P 279

ANUL XIX-lea, No. 8-9-10 August—Oct. 1946

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

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

M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

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

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.

IONESCU-MIHĂEŞTI
Director Inst. „I. Cantacuzino", Membru al Acad. Române şi al Acad. de Med.

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

ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

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. CĂNCIULESCU: Spre o Mitropolie şi Universitate a Olteniei. — Probleme universitare. — Psichoze sociale. — Servicile de consultaţii din spitale şi clinici. — I. P. Pavlov şi enigmele creierului. — Insemnările D-rului Gh. Ulieru . . . . 495 — 508

REVISTA GENERALĂ

O. MALLER: Reflexele condiţionate în psichopatologie . 509

M. HAGIEŢEANU: Despre coastele cervicale 520

LUCRĂRI ORIGINALE

MARIA CĂNCIULESCU-BUNGEŢIANU: Zona Zoster — Boala generalizată a nevraxului 526

D. LAZARESCU: Câteva cuvinte asupra progreselor în studiul tracomului 535

D. PAULIAN şi I. TEMELIESCU: Herniile discurilor intervertebrale 541

RAŢIU JAGER FRANCISC: Procedeu chirurgical de corectură a prolapsului şi deviaţiei uterine 542

(Urmare pag. 2 cop.)

10225 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

O. L. RUSSU şi I. ANGHEL: **Asupra apariţiei cancerului uterin la femei mai tinere la noi în ţară şi asupra timpului de tergiversare** 550

V. M. PLATAREANU: **Tratamentul maladiei serice prin injecţiuni intravenoase de histamină** 557

I. PRAGOIU, O. MAGDA şi N. CRISTIAN: **Asupra teratomelor regiunei sacro-coccigiene în legătură cu un caz** 562

NINA VORNICESCU SCHIOPU: **Despre etio-patogenia scarlatinei. — Nefrita în scarlatină. — Curiozităţi în câteva boale contagioase. — Complicaţii rare în scarlatină** 574 588

CAZURI ANATOMO-CLINICE

STATISTICE — NOTE

A. Bustea şi **Fl. Cismigiu:** Consideraţiuni asupra malformaţiilor gemenilor univitelini. — Asupra unui caz de polifibromatoză uterină. — Trombusuri vulvo-vaginale după naşteri spontane. — **P. Chiper** şi **Eug. Firescu:** O complicaţie extra pulmonară rară în cursul tuberculozei pulmonare (flebita tuberculoasă). — **M. Dabija** şi **Em. Guţu:** Lipogranulomatoza generalizată subcutanată. — **O. Ivancenco** şi **R. Nimereanu:** Consideraţiuni asupra patogeniei suflajului cavitar. — **Marg. Coro.-Marcov:** Sindromul extremităţilor şi trombarterita obliterantă. — **Marg. Coroiu Marcov** şi **V. Coroiu:** Un caz de cărbune lingual. — **Aurelia Marinescu:** Asupra hemoragiilor intestinale în febra tifoidă. — **A. Marinescu** şi **P. Firescu:** O complicaţie rară a febrei tifoide. — **I. Mircea, Al. Scurtu** şi **I. Roşianu:** Două cazuri de febră recurentă în prima copilărie. — **M. Munteanu** şi **Gh. Speranţă:** Eritem inelar centrifug. — **M. Mustăciosu** şi **C. Dulgheru:** Sifilom al barbiei la femee. — **Gh. Speranţă:** Două şancre sifilitice ale pielei capului. — **E. Pacu** şi **Al. Pugna:** Asupra stenozelor cicatrizate ale vaginului în legătură cu un caz. — **Alex. Corciova-Pascu** şi **V. Lapusan:** Rolul vaccinării cu anatoxină în profilaxia scarlatinei. — **N. Roşianu** şi **Il. Popescu:** Studiu statistic asupra cazurilor necesitând tratament antirabic, pe 5 ani, în judeţul Gorj. — **Sieg. Schaerf:** Dare de seamă asupra unei epidemii de febră recurentă în Bucovina de Sud. — **L. D-trescu, D. Nedelescu** şi **P. Radovici:** Asupra unei epidemii de febra „Pappataci". — **I. Pasculescu** şi **O. T. Iliescu:** Asupra unui accident oclusiv pe un caz de maladie Hirschsprung. — **M. Paraschiv:** In faţa unei epidemii cu caracter aparte. . 589 660

MEDICINA SOCIALA

P. DARIU: **Propuneri pentru ocrotirea mamei şi a copilului în legătură cu mortalitatea din centrele de ocrotire pentru copii** 661

D. MILOTA: **Ocrotirea copilului** 665

TERAPEUTICE

C. LUPESCU: **Este eficace tratamentul tifosului exantematic cu atebrină şi injecţii de calciu?** 671

M. MOHORA: **Asupra tratamentului prin şocuri hipoglicemice insulinice în astm** 674

ALEX. NICULESCU, M. MARTINOVICI şi I. GIUGIULAN: **Tratamentul cărbunelui prin şocul proteinic** 678

I. V. POPESCU şi V. GASNAŞ: **Asupra penicilino-terapiei într'un caz de tetanos acut** 683

(*Urmare în pag. 4 cop.*)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL al XIX-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4, 1938

Nr. 8-9-10/1946

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINA ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

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 (Cluj), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), V. PLĂTĂREANU (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Buc.), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Bucureşti), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.

URMĂTOARE *)

Prof. E. APOSTOLEANU: Antagonismul în biologie.

P. MICHAESCU-Galați: Contrib. la narcoza intra-venoasă de lungă durată cu barbiturice: Evipan sodic și Eunarcon în chirurgia cervico-cranio-cerebrală.

GH. SPERANȚĂ-Iași: Prurigo nodular Hyde.

D. CIOCHINA-Bacău: Observațiuni critice asupra boalelor microbiene.

C. ANTONESCU-Cluj: Sincopa cardiacă prin asociierea extractului hepatic cu clorura de carbaminoilcholină.

V. GASNAȘ-Târgoviște: Achiziţiune recentă de tratament în „Enureza nocturnă".

T. PĂSCULESCU și OCT. ILIESCU-Ploești: Meningo-encefalocelul.

P. BRÂNZEIU-Iași: Consid. asupra unui caz de meningo-nevraxiță ataxo-spasmodică cronică sifilitică.

GH. DEȘLIU-Brezoiu: Consid. asupra profilaxiei și combaterii guşei endemice în mediul rural.

S. STOICOVICIU-Lugoj: Consid. în leg. cu un caz de — dermatită polimorfă Brocq — Dühring.

EUG. CORNELEAC-Alexandria: Problema șocului traumatic în lumina noilor cercetări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. SECĂREA, O. FODOR și G. MORARIU-Cluj: Un caz cu anevrisme multiple și calcefierea pereților aortei.

I. GRAUR și M. MUSTĂCIOSU-R. Vâlcea: Cons. în legătură cu diagn. unei leucemii limfoide acute.

I. RADVAN-București: Les abcès de pancréas.

GH. COSMA-Hațeg: Pe marginea organizării sanitare rurale.

C. TODEA-Sibiu: Infecția de focar și ap. respirator.

V. ILIAN și C. MIRCIOIU-Cluj: Canc. tiroidian epidermoid primitiv.

M. MUNTEANU și N. FLANDIN-București: Consid. asupra icterului la sifilitici.

N. ROȘIANU, A. APOSTOLEANU, Â. SĂRĂCĂCIANU, H. POPESCU: Tg. Jiu: O nouă epidemie, febră de 3 zile (Pappataccі).

C. RĂDULESCU-Calafat: Tularemia.

C. STANCA și I. ANGHEL-București: Operațiuni pentru deviațiuni uterine.

G. DIACONIȚA, G. BUNGEȚIANU și A. BOTEZ-București: Asupra terapeuticei vegetative medicale și chirurgicale.

EUG. STRĂCHINESCU-Câmpulung Mold.: Un caz de hematocolpos.

I. VINȚI și N. MIȘCĂ-Timișoara: Asupra avorturilor internate în ultimii 6 ani în Clinica gin.-obst. din Cluj.

(Urmare cop. III)

*) In afară de „*Articolele cu urmare*".

CRONICA MEDICALĂ

Apariţia cu întârziere a numărului permite prezentarea în cadrul lui a evenimentului care a avut loc în ziua de 15 N-brie a. c., cu ocazia vizitei la Craiova a d-lor D-r Petru Groza, Prim-Ministrul ţării şi Ştefan Voitec, Ministrul Culturii Naţionale, cari în numele guvernului au luat hotărîrea de a înfiinţa o Universitate la Craiova şi a reînfiinţa vechea Mitropolie a Olteniei, Râmnicului şi Noului Severin.

SPRE O MITROPOLIE ŞI UNIVERSITATE A OLTENIEI

Este justificată tratarea într'o revistă medicală a acestui subiect? Desigur, din moment ce — odată cu reînfiinţarea Mitropoliei se va crea o Universitate, care va cuprinde, pe lângă alte facultăţi, o facultate de medicină şi o facultate de teologie; — mai fiind date raporturile strânse cari există între religie şi medicină, între biserică şi spital; — şi influenţa de ordin biologic a culturii generale asupra sănătăţii sufleteşti şi trupeşti.

CC-BY / Central University Library Cluj

In cuvântarea ţinută în cadrul unei mari adunări de cărturari, preoţi şi reprezentanţi ai tuturor categoriilor de cetăţeni ai Olteniei, am expus în faţa Repr. Onor. Guvern al ţării, între altele, cele ce redăm în esenţă *):

Oltenii revendică reînfiinţarea **Mitropoliei** lor, desfiinţată în ultimul timp, pentru a o lega pe firul tradiţiei de Mitropolia dela Strehaia şi a Noului Severin din 1673 păstrându-se fiinţă de sine stătătoare Episcopiei Râmnicului, cea mai veche Episcopie din ţările româneşti după a Ungro-Vlahiei, înfiinţată în anul 1370 la 11 ani după Arhiepiscopia domnească.

Răspunzându-se la chemarea lor, se va servi biserica strămoşească, iar Oltenii vor fi întăriţi spiritualiceşte.

O **Universitate a Olteniei** este revendicată tot pe bază de tradiţie şi de ideologia democrată instaurată în ţara noastră ca în toată lumea.

In **Proclamaţia îndreptată în numele poporului român,** către fraţii români, **în ziua de 9 Iunie** (Miercuri dimineaţa) **în anul 1848, la Islaz** — jurându-se pe Constituţia coprinsă în proclamaţie şi pe Evanghelie — **de către Guvernul provizoriu,** din care făceau parte, în afară de Ion Heliade Rădulescu şi Ştefan Golescu, Oltenii Pr. Şapcă, Cristian Tell, Gheorghe Magheru

*) In mod amplu documentat, expunerea a fost făcută în Conferinţa care a avut loc în sala „Dalles" din Bucureşti, în ziua de 5 Sept. 1943.

şi Nicolae Pleşoianu, primul semnatar al Proclamaţiei fiind Popa Şapcă, se cere între altele **„...câte o Universitate în Bucureşti şi Craiova...“**.

Iar cu altă sută de ani mai înainte, adică acum peste 200 de ani, şcoală de cultură superioară pentru Oltenia revendicase Episcopul Damaschin al Râmnicului.

Mereu, ca şi în Ardeal, Biserica cu Şcoala, Preotul alături de Învăţător.

Practica **Democraţiei** cere, la rândul ei, şcoli de toate gradele în regiune, la îndemâna tuturor, mai cu seamă a elevilor săraci dela ţară, cari vor face ei şcoala primară şi gimnaziul unic al d-lui Ministru Ştefan Voitec, dar mai sus nu vor putea merge, nu vor avea cu ce, şi, dacă cu grele sacrificii vor putea unii răzbate, în lupta cu greutăţile vieţii, îşi vor pierde avântul, li se vor tăia aripile, îşi vor deforma sufletul — ca în trecutul apropiat. Şi poate că tocmai cei mai înzestraţi vor rămâne în drum.

„Infiinţând această Universitate, veţi face Dumneavoastră pentru Oltenia, ceea ce n'au făcut vechile partide. Şi, Oltenii, D-le Prim Ministru, nu sunt făloşi, nu se declară, dar pe unde se duc ajung şi ei fruncea“.

Cât priveşte **Organizarea Universităţii Oltene** i se potrivesc 5 facultăţi în legătură cu condiţiile speciale, oarecum specifice, pământului şi sufletului Oltenesc, în legătură şi cu condiţiile generale ale ţării: o facultate de medicină umană, o facultate de medicină veterinară, o facultate de agronomie, o academie de comerţ, o facultate de teologie. Nu se vor organiza toate dela început, ci pe măsura posibilităţilor, şi poate că şi altele mai târziu.

1. Anul acesta au fost admişi la Facultatea de Medicină din Bucureşti, 250 studenţi din 1600 candidaţi (din lipsă de locuri; pentru capacitatea de instruire a facultăţii şi aceştia sunt prea mulţi), nefiind primiţi unii cari ar fi dat poate, medici de valoare, în timp ce: ne mor copii pe capete la sate, din lipsă de medici; — nu se găsesc medici nici pentru cele 1600 circ. sanitare rurale (546 erau vacante în vara aceasta); — din 360.000 de morţi în anul 1945, 304.000, adică 84%, au fost din mediul rural „dintre plugarii D-voastră, D-le Prim Ministru“; iar de la 14,4 la 1000 de locuitori excedent de naşteri în 1910, am ajuns în 1945 la 9,4; şi noile promoţii de medici ies catastrofal de nepregătiţi.

Pentru aceasta se impune **crearea cu precădere a unei facultăţi de medicină**, la Craiova, în care se găsesc Instituţiuni spitaliceşti grandioase şi se respiră de mult atmosfera ştiinţifică necesară.

2. Vitele mor la fel cu copii, nu cresc şi nu se înmulţesc. **Zootehnia** nu lucrează la noi, după cum nu puericultura. Nici la oraş nu se găseşte, la nevoe, medic veterinar, dar la ţară. Vita este factorul capital în economia ţăranului.

3. Oltenia cu jud. Dolj constitue **grânarul ţării.** Intotdeauna a făcut rezervă pentru judeţele de dincoa şi de dincolo de munţi. In prezent dă prisosul său tuturor judeţelor înfometate. Şi totuşi nu are o facultate de agronomie pentru **agronomi de teren,** căci şcolile acestea s'au aşezat la noi în Capitală şi în oraşele industriale, iar agronomii noştri lucrează în biurou.

4. Oltenia este patria şi dă ţării pe **Frecupeţii** cari practică cu cobilţele un comerţ minor, în loc să înveţe tocmai ei cartea superioară de comerţ şi să reînvie prin ei înfloritorul comerţ românesc de altădată.

5. In Oltenia, cu cele mai multe biserici şi mânăstiri din ţară, s'a tipărit prima carte bisericească. Incât şi tradiţia ar cere ca tot **aci să şi înveţe cartea de teologie** viitorul Preot Creştin Ortodox Român.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această Universitate va constitui **„Sanatoriul cultural naţional“** pe care îl reclama răp. Prof. I. Bianu, Preşedintele Academiei române la Craiova; în Oltenia, **„Cetatea românismului“**, cum a socotit-o Dimitrie Onciul, alt mare învăţat al neamului.

Oltenii nu vor numai o nouă Universitate a lor, dar o **Universitate nouă**, o **Instituţie nouă**, pentru împrejurările noui, în care să oficieze **Oameni noui**, selecţionaţi şi verificaţi, căci iluminaţii — cari au luptat şi aşteaptă împlinirea acestui ideal al vieţii lor, de nu le vine să creadă că este pe punctul de a fi realizat — nu umblă după titluri pentru ei. Să intre cei demni, mai bunii dintre cei mai buni.

Crearea unei **Eforii Universitare**, în felul celei create pentru Universitatea de Vest, va da putinţa strângerii de fonduri, din care să se înzestreze, cum trebue, şi să se întreţină facultăţile Universităţii, grupate în cadrul unei **Cetăţi Universitare.** Dând cât va putea, fiecare, cât de puţin, vor lua parte cu toţii şi sufleteşte la închegarea acestei Instituţiuni de cultură superioară, deschisă pentru ei.

Infiinţată mai de mult — preocupare pe care n'a avut-o niciunul din oamenii mari politici ai Olteniei, cu cuvânt în sfatul ţării în care i-a trimis — o Universitate a Olteniei ar fi temperat **Exodiul intelectualilor olteni** în spre celelalte centre universitare prielnice desvoltării şi manifestării lor.

In numele bisericii I. P. S. S. Atanasie, Episcop Locot. al Râmnicului şi Noului Severin, o minte luminată aplecată asupra nevoilor sufleteşti ale Olteniei, a pus înainte, ca de mai mare necesitate şi stringentă urgenţă, înfiinţarea Universităţii.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

*

Infiinţarea de Universităţi în centrele din provincie, chiar când este justificată de satisfacerea nevoilor regionale şi de desavantagiile centralismului cultural excesiv, este întâmpinată cu proteste şi îngrijorări. La noi. Protestele vin din partea vechilor universităţi, cari pretind ca: — să se satisfacă mai întâi nevoile lor şi să fie puse în situaţie de a funcţiona cum trebue, şi pe urmă să se facă investiţiuni în Universităţi noui (Universitatea din Cluj şi cea din Iaşi încă nu se instalaseră după întoarcerea din refugiu, când s'a decis înfiinţarea Universităţii de Vest); — precum şi la recrutarea corpului profesoral, să nu se eludeze prevederile legei învăţământului superior, ştirbindu-se autonomia universitară. Au mai obiectat unele Universităţi (cea dela Cluj) că li se nesocotesc drepturile mai vechi la complectarea în primul rând a lor cu facultăţi noui.

Proteste justificate, din nenorocire. Graba cu care s'a legiferat înfiinţarea Universităţii din Vest (mai ales că, din raportul la decretul-lege de înfiinţare a Universităţii lipsea motivarea cea mai temeinică a aspiraţiei Banatului la „titlul de cel mai înalt colţ de cultură al ţării“, — o anumită conjunctură de ordin politic); crearea profesorilor „onorifici“ în afară de prevederile legei învăţământului superior (ce contează leafa pe lângă titlu) şi transformarea profesorilor dela Academia de teologie din Oradia în profesori universitari la Facultatea de teologie din Timişoara, printr'o legiferare ad hoc şi ad hominem — au provocat atacurile îndreptăţite ale d-lui Prof. universitar C. Ma-

rinescu dela Cluj, membru al Academiei Române, în articolele faimoase: „Avalanşe de Universităţi şi de Universitari" — „Despre un sat care arde şi o babă care se piaptănă" — „A zecea fericire sau cum poţi ajunge profesor universitar în câteva ore", publicate în „Semnalul" din 12, 17 şi 21 Ian. 1945. Au indispus şi exagerările laudative ale unei prese cointeresate; — instituirea distincţiei unui „onorific universitar local" cu prerogative conferite prin lege specială; — amestecul membrilor Eforiei în chestiuni cari le depăşesc misiunea şi competinţa.

Cu ocazia înfiinţării unei Universităţi cu un număr redus de facultăţi în Oltenia — singura regiune din ţară care nu are nicio instituţie de cultură superioară şi de învăţământ universitar, — au început să se manifeste îngrijorări. De unde bani? De unde atâtea microscoape, localuri de clinice şi laboratoare, biblioteci şi muzee? De unde atâţia profesori? Acestor grijulii, bine intenţionaţi dar nu îndeajuns de informaţi — răspund: *) Noile universităţi îşi creiază dela început Eforii universitare, ca în America, care să le înzestreze, să le întreţină şi să le asigure o funcţionare în condiţiuni optime — aşa cum vor trebui să procedeze şi vechile universităţi pe cari statul nu le mai poate susţine. Nu este nevoie chiar de atâtea microscoape, aparate, instalaţii şi instrumente, în orice caz nu de toate dela început, — este nevoie de altceva: elevii lui I. Atanasiu, V. Babeş şi I. Cantacuzino; ai lui Cr. Buicliu, I. Nanu-Muscel, G. Stoicescu şi A. Teohari; ai lui Toma Jonescu, D. Gerotă şi alţii — ajunşi şi ei azi savanţi iluştri şi clinicieni reputaţi, îşi aduc aminte în ce condiţiuni au învăţat şi cum se învăţa de bine pe atunci, cu toată penuria de mijloace, încât au ajuns unii să şi întreacă pe maeştrii lor. Localuri? în centrele acestea există spitale grandioase, laboratoare de stat regionale, biblioteci şi muzee — cari pot servi ca anexe pentru învăţământ. Profesori? dar viitorii profesori vor fi recrutaţi, în conformitate cu toate normele de selecţionare ale legei învăţământului superior, din admirabilul corp didactic ajutător, format de conferenţiari, şefi de clinică şi de laborator, asistenţi — cari înconjoară pe profesorii lor şi constituesc împreună adevărate şcoli. Profesorul nu aşteaptă în vitrină, de unde să-i iei gata confecţionat; el se desăvârşeşte pe măsură ce funcţionează, mai învaţă şi el, şi se roade.

O Universitate se ridică sau decade prin corpul profesoral şi prin spiritul care o animă. Noile universităţi au în vedere aceste criterii de justificare şi de afirmare.

PROBLEME UNIVERSITARE

Ne aflăm în faza înfiinţării de Universităţi nuoi (cea dela Temişoara şi cea ungurească dela Tg.-Mureş), sau pe cale de înfiinţare (cea din Oltenia).

Este deci, de actualitate vie prezentarea ce face d-l Prof. D-r

*) Locuind în centrele dotate cu universităţi, alături de facultăţile lor şi ale copiilor lor, aceşti protestatari platonici nu-şi dau seama de dezavantagiile oraşelor suprapopulate pentru studenţi; de condiţiile mizere în care sunt siliţi să trăiască studenţii săraci veniţi din provincie; de tentaţiile de tot felul la cari sunt supuşi; de sacrificiile părinţilor; şi de imposibilitatea, în care se găsesc atâţia înzestraţi, de a urma la o şcoala departe de casa lor şi de regiunea lor.

Rămneanţu în Bul. eugenic şi biopolitic No. 1—3/1946, în ce priveşte organizarea învăţământului în America în „Universităţile americane". Articolul prezintă conferinţa publică, ce autorul a desvoltat în Colegiul Academic din Cluj, la 6 Febr. 1946, în cadrul Soc. Româno-Americane din Transilvania.

Expune felul de concepţie, organizare şi funcţionare a **Universităţilor americane**, începând cu toată şcolaritatea americană dela şcoala elementară (Grammar sau Gradi School), de 8 ani şi trecând prin cei 4 ani de şcoală secundară (sau High School), până la cei 2 până la 4 ani de colegiu (College) preuniversitar — în total deci 14 până la 16 ani de învăţământ, încât, faţă de studenţii dela noi, **americanii au 2—4 ani de şcolaritate mai mult**, înainte de începerea studiilor universitare. Câteva caracteristice ale şcoalei americane sunt: ultimii 2 ani ai şcoalei elementare se transformă într'o **şcoală intermediară** între cea elementară şi cea secundară; **specializarea începe din şcoala secundară**; comunele, oraşele, iniţiativa particulară — guvernul federal numai contribuind — **întreţin şcoalele**, asigurând o întinsă gratuitate; **colegiile constituesc temelia de bază** a culturii americane, titlurile acordate de colegii se numesc bacalaureat; **8 profesori la 100 studenţi într'un an şcolar**; instrucţia se face în **clase de câte 30 studenţi**; metoda de instrucţie se bazează pe întrebări şi răspunsuri; se urmăreşte **concentraţia studiilor**; cursuri de onoare şi de instrucţie tutorială apropie pe elevi de profesori; se are în vedere **persoana studentului, apropierea între studenţi şi eliminarea dificultăţilor financiare** (totuşi 60% dintre studenţi, se întreţin singuri, cari **muncesc şi câştigă ca să studieze**): viaţa din interiorul colegiilor se face în **campus**-uri de câte 160—200 studenţi cari îşi satisfac lor întru toate, în ceea ce priveşte viaţa spirituală, bucurându-se de resursele mari ale universităţilor; **viaţa extraşcolară se petrece în organizaţiile studenţeşti**, sunt şi cluburi internaţionale, **societăţi** (fraternităţi şi sorarităţi) **de onoare**; studentul **american se pregăteşte pentru viaţa politică, dar nu o practică în facultate**; colegiul este considerat ca partea I a facultăţilor, dar **facultatea reprezintă o şcoală graduată superioară care conferă titlul de doctor** în specialitate; **fundaţiile particulare** joacă rol capital în viaţa universitară americană; **numărul studenţilor într'un an de facultate trece rar peste 70**, cu toate că universităţile au personal didactic numeros şi zestre bogată; **laboratorul, biblioteca, muzeul**, posedarea unui mare număr de **metode technice** — joacă rol mare în pregătirea universitarilor; se dau **examene pentru diplomă**, înainte de examen, studentul semnează un **sistem de onoare**, prin care se leagă să nu se folosească de manuale, să nu împrumute dela vecini (adică **să nu copieze**, şi mai târziu **să nu plagieze**. — Nota noastră), angajament pe care îl respectă; se trece şi o **teză** care, dacă aduce o contribuţie reală, se tipăreşte în întregime sau parţial, şi titlul lor se publică anual de „Consiliul Naţional de Cercetări"; se pune la îndemâna studenţilor **manuale şi material didactic ieftin**, multe universităţi au **edituri proprii**; în Statele Unite se conferă aproximativ 300 titluri academice. **Spiritul universitar american** tinde spre o justiţie dreaptă a tuturor problemelor internaţionale şi naţionale, spre înţelegerea reciprocă, toleranţă, judecată dreaptă, moderaţie în vorbă şi în purtare. **Taxele** şcolare în universităţi sunt mai mici decât în colegii; studenţilor merituoşi li se fac reduceri, li se acordă gratuităţi, burse, căminuri. **Activitatea universităţii se întinde pe teren.** In cercetările din instituţiile ştiinţifice americane se

BCU Cluj / Central University Library Cluj

practică **colaborarea**. In America, Alumnii, adică **foştii studenţi ai universităţii** (**în legătură cu universitatea lor** şi o înzestrează, **omul de ştiinţă şi cel cu avere materială colaborează.**

Autorul termină remarcând goana mare a naţiunei americane de a-şi eterniza numele în toate unghiurile vieţii.

O **Confraternitate spirituală** la fel cu cea din America, a încercat la noi Vasile Pârvan, care în 1919 a propus pentru Universitatea Clujană o organizare la fel cu cea din America. Incercarea se impune a fi reluată de nouile Universităţi şi chiar de cele vechi.

*

In timp ce — în art. **„Spre o reformă a învăţământului medical în România"**, publicat în No. 4—6/1946, al Bul. eug. şi b.opolitic dela Cluj, pe care îl prezentăm în esenţă la „Analize" — d-l D-r I. Nestor cere pentru viitorul medic o viziune de ansamblu a omului sănătos şi bolnav (ca individ şi făcând parte din colectivitate) cu un fond de cunoştiinţe generale peste care să vină o specializare pentru aprofundarea diferitelor cunoştinţe,

Specialitate care să vină pe urmă, „în toţi cei 6 ani de şcolaritate, timp scurt şi scump, studentul căutând să-şi croiască o temelie solidă, pe care să se edifice întreaga lui activitate",

Apare în jurnale — venind tot dela Cluj — o **Rugăminte în legătură cu reforma învăţământului medical**, pe care o face

Un grup de studenţi medicinişti din Cluj, care scriu, exprimându-şi satisfacţia faţă de reforma învăţământului medical, potrivit căreia după trei ani de facultate vor putea să studieze specialitatea, pe care şi-au ales-o, timp de doi ani, reducându-se astfel anii de studii pentru specializare la cinci, iar pentru medicina generală rămânând aceiaşi.

Şi roagă forurile competente să se puie în practică chiar anul acesta, reforma învăţământului medical spre a da posibilitate cât mai multor elemente să-şi câştige anii de studii.

Incât, în Organizarea sanitară faci fără voie apropierea studentului grăbit de Medicul V. N., din plasa Noroaiele de Sus, despre care se spunea — scrie răp. D-r Gh. Ulieru în **Insemnările**, ce publicăm la sfârşitul acestui număr:

Că l-ar fi văzut cineva, trecând dela o comună la alta **„în pas alergător"**, în inspecţiile ce face pe jos, ca un adevărat apostol.

*

Intr'un cotidian (Semnalul din 9 N-brie 1946), d-l Conf. D-r Al. Crăiniceanu, bazându-se pe considerentul că între profesie şi individ trebue să existe o strânsă corelaţie, socoteşte că **Orientarea profesională** se impune ca metodă în alegerea unei cariere, examenul medical şi cel de admitere de azi, nefiind în stare să „măsoare calităţile şi funcţiunile sufleteşti" cari se fac azi cu „teste" psichologice obiective şi valabile. Menţionând cercetările făcute în Lab. de psichologie experimentală al Universităţii din Bucureşti de D-l Conf. I. Nestor cu colaboratori, ca şi în centrul universitar din Cluj, autorul scrie:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S-au executat **examene psihologice la admiterea la Universitate,** între anii 1932 şi 1942. Rezultatele au fost revelatoare: 15% dintre candidaţi s'au dovedit inapţi mintali pentru orice studiu universitar; această cifră se măreşte, dacă îi adăogăm numărul celor lipsiţi de însuşirile necesare pentru exercitarea unei anumite profesiuni.

Orientarea va trebui însă încercată din anii de şcolaritate secundară. **Fişa individuală,** pusă să înlocuiască catalogul de altădată, şi pe care d-l Ştefan Voitec, Ministrul Culturii Naţionale, a introdus-o şi în şcoala primară, este chemată să remedieze răul, dacă se va face şi pregătirea psihologilor din învăţământ, după cum cere autorul, într'un **Institut de Biotipologie şi eugenie şcolară.**

Dar, oricum va fi găsit elevul sau studentul, metodologia cea mai potrivită de predare a materiei se cere a fi aplicată cum trebue, şi în universitate, nu numai în şcoala primară şi în cea secundară profesorul universitar fiind în facultate pedagog, iar în Laborator sau Institut, om de ştiinţă.

*

In cadrul **Reformelor universitare,** d-l Conf. D-r M. Enăchescu se ocupă într'un articol intitulat „Prezentul", publicat într'un cotidian, de recenta modificare a legei învăţământului superior, în special de art. 64 bis.

Autorul denunţă legiferarea care s'a făcut de curând, fără a se cere avizul universităţilor. Indreptarea pe care a cerut-o în toamna anului 1944, un grup de universitari printr'un memoriu, anume o **„epuraţie tehnică"** pe lângă cea politică, — cu revizuirea numirilor care nu s'a făcut în trecutul apropiat de către oameni calificaţi — nu s'a produs. Au fost menţinute atribuţiile forurilor universitare, consiliile profesorale şi senaturile univ., dar prin art. 64 bis se dă posibilitate Ministerului să eludeze avizele lor prin instituirea unei comisii, **Consiliul consultativ pentru învăţământul superior,** numite de Ministru. Autonomia universitară n'a fost suprimată dar eludată, substituită la nevoe. Asemenea puteri discreţionare niciodată în trecut nu şi-au arogat Miniştrii Culturii Naţionale, mărginindu-se la modificări restrânse pentru favoriţii zilei. Azi, frâna a trecut de tot în mâna Ministrului de resort, care oricâte intenţii bune i s'ar presupune, fiind om politic, este supus influenţelor şi sugestiilor personale.

Nu ne-a căzut în mână şi articolul precedent, la care se face aluzie în articolul de faţă. Probabil că trata „Trecutul" de atotputernicie şi arbitrar al forurilor universitare, în care membrii făceau jocul partidelor politice respective sau al cenaclurilor lor mai restrânse, cu legături personale.

„Autonomia universitară a fost întotdeauna apărată cu îndârjire; principial, dar a **acoperit multe lacune şi interese.** Ca această autonomie atât de justificată în fond, să se poată menţine, va trebui să se renunţe la unele atitudini, **pentru ca** la un moment dat, **autoritatea statului să nu i se substitue".**

Temerea exprimată de d-l D-r Al. Crăiniceanu la sfârşitul art., ce am prezentat în cadrul Cronicei din No. 1—2/1946 al revistei, a fost deci justificată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu eu — care cer ca în noua universitate proectată, în Universitatea Olteniei, să intre pe poarta cea mare mai bunii dintre cei mai buni, selecţionaţi şi verificaţi, — voiu aproba desconsiderarea autonomiei universitare. Dar s'a ajuns aici din vina chiar a universitarilor, al căror arbitrar este cu atât mai odios şi mai condamnabil. Să sperăm că Ministrul actual, d-l Ştefan Voitec, bine intenţionat, nu va abuza de prerogativele creiate temporar şi provizoriu, şi că supapa, deschisă pentru a urgenta lucrările şi a servi de avertisment, va fi închisă la timp.

PSICHOZE SOCIALE

D-nul Profesor I. Zamfirescu, Conferenţiar de Filosofia Istoriei şi Filosofia Culturei la Universitatea din Bucureşti, în 2 articole publicate în „Semnalul" din 31 Oct. şi 7 N-brie 1946, tratează despre stările de psichoze cari au precedat, au însoţit şi urmează războiului. In **Ani fără psichologie** cari încep din ziua când s'a formulat teoria spaţiului vital şi s'au instaurat regimurile de dictatură.

Autorul expune evenimentele cari s'au petrecut cu ignorarea regulelor elementare de psichologie, eroare psichologică pe care nu trebue să se clădească pacea viitoare.

Iar în **Consideraţiuni de nespecialist**, pe care le face în numele aceluiaşi „om de rând", dar de bun simţ,

Denunţă risipa ce se face în toate sectoarele vieţei cu o monedă depreciată; goana tutulor dupe împrumuturi (pe care le vor plăti mâine cu nimic); investiţiunile de tot felul (cari ar putea servi şi la speculă); desconsiderarea tuturor regulelor de măsură, de ordine, de decenţă, de cinste, de sobrietate ale colectivităţii, tendinţele de „funcţionarizare" a tutulor şi de a nu se face nimic fără „autorizaţie" de care te poţi lipsi oricând — şi autorul termină exprimându-şi teama ca cei cari risipesc valorile materiei, să nu risipească tot atât de uşor valorile spiritului.

Alături de aceste Psichoze de războiu, vom menţiona altele. Un neurolog (pe care nu-l citează d-l Brunea-Fox), ar fi identificat la numeroşi pacienţi **Maladia seismică** provocată de cutremurul din 1940, dela începutul mişcării legionare, **Maladia legionară** — o psichoză la fel cu Hitlerismul, Fascismul şi alte asemenea mişcări bazate pe mistică şi teroare. **Psichoza bombardamentelor aeriene**, Bombardita, cum a chemat-o alt neurolog — asupra căreia am inzistat pe larg în Nr. 3—4/1944, în legătură cu instituţiile medico-sanitare — se situiază la fel; ca şi **Războiul nervilor** condus prin metode de **Alarmism** şi **Terorism**, pe care l-au încercat mai cu seamă ţările cari nu aveau putinţa să se apere răspunzând în aceiaşi măsură, ci populaţia recurgea la evacuare şi dispersare pentru câteva ore, cu întreruperea oricărei activităţi şi mărirea confuziei; ca şi **Starea de prealarmă** (cu atenţia mărită) din trecut; ca şi **Boala neliniştei** de un nou război, din prezent — sunt tot psichoze belice şi postbelice.

Toate aceste stări de nevroză şi psichoză sunt încă vii în mintea tutulor. Trecătoare de alură acută, durând cât cauza provocatoare, ele nu se prelungeşte şi nu lasă urme. Nu pe ele doresc să pun accentul în această cronică, ci pe o ultimă şi întinsă maladie socială, post-

belică, cu mers cronic, pe care d-l D-r M. Blechmann o numeşte **Apatie socială** (Semnalul din 14 Oct. 1946).

Maladie polimorfă — care se ascunde uneori sub aspectul izolaţianismului antisocial, al unei expectative motivate sau nemotivate, al unui pasivism oportunist, negativism reacţionar sau politicianism demagogic — constă în nepăsarea pentru bunul public (chiar dispreţ afişat); în lenea de a activa pentru binele social (şi chiar în folosul său personal, fără a recurge la expediente); în stare de lâncezeală şi abatere dela participarea activă a societăţii la prevenirea şi redresarea sănătăţii ei. Maladia are repercusiuni tot atât de grave asupra evoluţiei fizice şi morale a individului.

Autorul aplică această maladie cu precădere la sănătatea publică de ordin medico-sanitar. Noi o întindem la toată sănătatea trupească şi sufletească, morală, economică şi politică, a colectivităţii şi naţiunei. De esenţă sufletească, boala porneşte dela individ şi se întinde la colectivitate, ca o epidemie care loveşte pe toţi şi-i paralizează. Cauza principală rezidă în dezechilibrul şi răsturnarea criteriilor de valoare care succede sguduirilor mari sociale, depresiune care vine după uragan. Tratamenul se adresează tot individului, celulei. Reconstruindu-se pe el, va participa la reconstruirea societăţii din care face parte. Binele public, la rândul lui, se răsfrânge asupra fiecăruia.

Sub acest unghiu de terapeutică socială, considerăm **Mişcarea de reconstrucţie a ţării**, la care au fost chemaţi să participe intelectualii. La loc de frunte. Opera de redresare naţională se bazează pe muncă, pe munca tutulor, a fiecăruia în sectorul lui de activitate. Labor improbus omnia vincit. Mai mult, munca ocupă şi previne preocuparea care, cu lipsa de ocupaţie, stă la baza apatiei sociale şi anarhiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SERVICIILE DE CONSULTAŢII DIN SPITALE ŞI CLINICI

Aceste servicii asigură asistenţa medicală a populaţiei. — fac legătură cu secţiile de spitale, — pot servi la instrucţia studenţilor.

Asistenţa medico-socială. In Serv. de Consultaţii se practică gratuitatea pentru bolnavii săraci, cari sunt ţinuţi să facă dovada. Aceste servicii deschid spitalele pentru bolnavii cari au nevoie de internare constituesc centre de raliere, în cari bolnavii sunt examinaţi (eventual, prin toate metodele ştiinţei medicale moderne), li se dresează fişe individuală (care va fi ţinută la curent), sunt tratati ambulator, internaţi la nevoie în secţiile de specialitate. In ele este revăzut bolnavul, după ieşirea din spital, sau când revine la vizită. Cu aceste servicii lucrează organele sanitare (din mediul urban şi rural), instituţiile de asistenţă socială şi ocrotire, societăţile de binefacere, diferitele administraţii de stat sau particulare — cari îşi trimet bolnavii la spital. Prin aceste servicii de consultaţii, medicul de circ. rurală va interna în spital bolnavii dela ţară, cu adresă oficială. Pentru legătura ce stabilesc cu colectivitatea, cu masa populaţiei muncitoare şi proletare, aceste servicii de esenţă democratică, îndeplinesc un rol social de cel mai mare folos. Cele mai utile date de ordin statistic medico-social de aci s'ar putea recolta.

Funcţionarea spitalelor. Numai prin serviciile de consultaţii (şi

de gardă), ţinute la curent în fiecare dimineaţă cu mişcarea din secţii, va pătrunde bolnavul în spital şi va fi internat, după ce se vor fi îndeplinit formalităţile ad-tive. Forfoteala pe sălile spitalului, la secţiile de specialitate cari ţin (şi ţin mai toate) să-şi facă în spital consultaţiile respective şi să-şi trateze în mod ambulator bolnavii, este inadmisibilă. Pentru motive de ordin multiplu, între cari de bună ordine şi higienă. Secţiile reprezintă celule închise în care se internează bolnavul la nevoie, când nu se poate trata acasă şi nici la consultaţii. Serviciile de consultaţie, prin contactul ce ţin cu bolnavul, sunt chemate să să desvolte activitatea cea mai mare a unui spital, ale cărui secţii vor interna bolnavii cari necesită ospitalizarea — este concepţia modernă care prezidează azi la organizarea spitalelor mari, a'e căror secţii sunt puse la dispoziţia serviciului de consultaţii atunci, când bolnavu trebue internat şi pe care secţia respectivă nu-l poate refuza dacă n'a trecut în prealabil pe la şeful său.

Rolul în învăţământ. Prin rularea imensului material patologic, serviciile de consultaţii oferă cele mai active mijloace pentru instrucţia studentului şi educarea medicului. In sălile de consultaţie, cu bolnavul sărac este bine să ia primul contact medicul de mâine. Il vede aci aşa cum vine de-acasă, cu haine'e şi parcă cu poziţia lui socială, nu depersonalizat ca pe patul din secţie, necum pregătit pentru demonstraţie ca în clinică. Aci îşi va forma studentul, delá început, mentalitatea de ordin social ca medic. Considerăm serviciile de consultaţii ca cele mai preţioase anexe de învăţământ, în care studentul să intre cât mai din vreme, din anul al 2-lea, ca să se obişnuiască cu bolnavii şi pentru ca cu un moment mai de vreme să înceapă exercitarea simţurilor în acest muzeu de suferinţă umană. Cu atât mai indicate vor fi în acest scop, serviciile proprii de consultaţii ce fiecare clinică posedă, stagiarul regăşindu-şi bolnavul în salon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organizarea serv. de consultaţii. Aceste servicii reprezintă policlinici cu tot felul de specialităţi. Un bolnav poate fi examinat de mai multe ori, după caz; fişa lui rămâne unică, dar ţinută la curent şi completată, pe măsura revenirilor (şi după ce a ieşit din spital, dacă a fost cândva internat). Regulamente speciale vor organiza funcţionarea acestor servicii de consultaţii, prevăzute cu personal propriu şi cu toate mijloacele de investigaţie clinică şi de tratament ambulator, ridicate la rangul de serviciu autonom. In lipsă de medici proprii, consultaţiile atât cele generale cât şi cele de specialitate pot fi asigurate de către corpul medical al secţiilor (medicii secundari).

Astfel organizate, serviciile de consultaţii au rol însemnat în asanarea ţării. Dar când sunt transformate în anticameră personală; când servesc ca triaj pentru plată (în spital sau acasă) — aceste servicii nu-şi ating scopul; demoralizează; îndepărtează pe bolnavi de spitale şi de binefacerile medicinei, dându-i pradă şarlatanismului şi practicelor ilicite. Prin practica ilicită din spitale, pată de ulei care se întinde, sufere toată sănătatea publică.

In trecut, o conducere sanitară — care s'a ilustrat prin multe măsuri bune luate în teorie, pe hârtie, dar nu traduse în practică — luase dispoziţia ca toate serviciile de consultaţii dintr'o localitate să fie grupate într'o policlinică unică organizată pe lângă spitalul mai mare. In

unele orașe se pusese baza acestei organizări de asistență medicală. Războiul a întrerupt-o. Este timpul a fi reluată.

I. P. PAVLOV ȘI ENIGMELE CREIERULUI

Se publică în acest număr partea finală a articolului **Reflexele condiționate în psichopatologie**, scris de d-l D-r O. Maller. In No. 1—2/1945 al revistei s'a prezentat după d-l Prof. D-r C. I. Parhon, **Activitatea științifică a Prof. Pavlov.** Cetitorii își vor putea da seama de ce reprezintă în știință descoperirile acestui mare fiziolog rus „Starostele fiziologilor din lumea întreagă". Dar ca să-și facă o idee complectă de ce a fost viața și opera acestui mare om de știință, să citească cartea **Pavlov și Enigmele creierului**, scrisă de A. Iugov și tradusă din limba rusă de N. Werțheim, apărută în Edit. „Cartea rusă", 1946.

De **Introducere** în materie, servește o **Prefață** scrisă de D-l Conf. Dr. Radovici, prezentare de ansamblu a cuprinsului de ordin științific. In cele 8 părți cu numeroase capitole și epilog, facem cunoștință pe rând cu: Cartografia creierului pe care sunt înregistrate numele unei serii de învățați; **bolnavul Kalcialkin** internat într'o clinică psichiatrică din Petrograd, care a adormit în 1900 și s-a deșteptat dupe primul răsboiu mondial (în tot acest timp auzea și înțelegea totul, dar nu se putea mișca; a fost hrănit cu sonda) pe care bolnav a făcut Pavlov primele investigațiuni în domeniul psichiatriei; ener-vările simple și marile mânii ale lui Pavlov; turnurile tăcerii, cu cabine refractare la pătrunderea sunetului, în care a trebuit să închidă câinii pentru experiențe. — In 1897 Pavlov a publicat **„Lecțiunile despre activitatea principalelor glande digestive"**; în 1904 i se decernează **Premiul Nobel** „ca semn de apreciere a lucrărilor lui în legătura cu fiziologia digestiei, lucrări prin care a transformat și complectat cunoștințele esențiale din acest domeniu"; în anul 1902 Pavlov a părăsit cercetările **secreției psichice digestive** și **fistula gastrică**, căreia îi dedicase jumătate din viață, și trece la **secreția glandei salivare** „fleculețul de glandă" pe care o va studia în cealaltă jumătate din viața prin ajutorul **fistulei salivare**, glandă asupra căreia și-a fixat atenția „din întâmplare", încă din 1878, când ca student observase că glanda salivară răspunde la excitarea nervului sciatic; celebritatea doctorului Snarski, care a avut îndrăsneala să-și contrazică șeful; răsboiul spiritual prin „întreceri verbale" contra animiștilor; pasiunea lui Pavlov pentru „Gorodki", un joc rusesc, ca distracție. — Reflexul înăscut, definit pentru întâ ia oară de R. Decartes, este datorat adaprării vieței la media, este o operă a selecțiunei naturale; experiența lui Türck, cu decapitarea broaștei, a „evacuat" pe animiști din măduva spinării, ei s'au retras în cupola craniană, de unde îi va goni Pavlov; Pavlov a impus acceptarea **„Reflexelor creierului"** din cartea lui Secenov, părintele fiziologiei ruse și inspiratorul operei lui Pavlov; „cu mâna proprie și cu ochiul propriu, să faceți totul personal, de la început până la sfârșit" era principiul de lucru al lui Pavlov; experiențele se înregistrau în caetele numite „tablele legii din biblie". — **Gândirea continuă**, caracterizează metoda de lucru a lui Pavlov, „în fie-care moment, în fie-care pedioadă de lucru, Pavlov dorea să gândească doar un singur lucru", scrie Orbeli, continuatorul operei lui Pavlov; Pavlov nu credea decât în „Măria Sa Faptul Con-

© Biblioteca Academiei Române

cret". La Congresul de fiziologie din Madrid Pavlov a prezentat **„reflexele condiționate"** *). Pentru Pavlov discuțiile sunt un minunat catalizator al gândirii"; celebrele dispute cu Bechterev în Societatea medicilor ruși din Petrograd; respingerea „reflexelor de asociație" și pretențiilor de prioritate ale lui Bechterev în acest domeniu. Până la 50 ani Pavlov nu obținuse post de catedră; rămăsese docent; pentru-că nu era om de lume, odată a fost respins. Din această cauză, nici **elevii lui Pavlov** nu căpătau burse în străinătate; „o privire fundamentală și universală se naște din activitatea colaboratorilor mei, care se bazează pe o atmosferă comună de laborator", cuvântul „eu" înseamnă de fapt „noi", la noi adesea este greu de distins ce e „al meu" de ce este „al tău" — spunea Pavlov; el nu atingea independența elevilor săi, ci inducea; la ședințe citea rapoartele făcute de studenți, elevii lui; comunicările maestrului alternau cu ale elevilor. Prin luptă Pavlov făcea drum teoriilor sale. Era punctual ca un ceasornic. Comunicările lui începeau cu „Onorat auditoriu"; lecțiile lui erau dispute aprinse cu vechea fiziologie; vorbirea nu era academică, ci clară, emoționată, pătrunsă de sarcasm și mânie, de mirare și ironie veselă; socotea că „limba cea mai convingătoare e limba faptelor concrete".

(Urmarea prezentării în No. viitor).

Nu știu dacă citatele puse în ghilimele reproduc numai spusele lui Pavlov, sau și pe cele ale autorului cărții, ale traducătorului cărții și ale supraveghetorului traducerii. Le-am reprodus din abundență, ca din ele să iese imaginea fidelă a omului, a temperamentului său și metodei de lucru, a descoperirilor lui geniale.

Cartea trebue să pătrundă în marele public, nu numai de cărturari, pentrucă interesează pe toată lumea și este ușor de cetit; pentrucă fiecare va găsi în ea o enigmă a propriei sale cerebralități și chiar a temperamentului său. Pentru oamenii de știință, este un îndreptar. Medicilor le dă de gândit asupra amestecului reflexelor condiționate nu numai în psichopatologie, dar în fiziopatologia întregului organism. Pedagogia, educația și orientarea profesională vor folosi din plin datele reflexologiei pavloviene. Pe români îi va interesa îndeosebi prin discursul antifascist pe care l-a ținut Pavlov la al XV-lea Congres internațional de fiziologie din August 1935, dela Leningrad.

Dacă pe traducător d-l A. Radovici, sub supravegherea căruia s'a făcut traducerea acestei cărți, îl socotește ca un savant în embrion, ce să spunem despre autorul A. Jugov, care parcă a trăit luând parte la epopeea pavloviană și la experiențele relatate, substituindu-se eroului care a trecut apologistului său propria sa claritate de gândire,

*) Exemplu de un reflex condiționat simplu: ursul joacă dupe muzică, chiar când nu mai are sub piceoare grătarul încins; pe care la început a trebuit să joace, ca să nu-l ardă, ridicându-și labele (A. Radovici).

Exemplu de reflex condiționat, complicat (cel mai complex): gândirea, lanț de reflexe condiționate; veșnic schimbate, mereu altele, cași factorii cari le provoacă — încât, ca să i se găsească oare-cari permanențe valabile pentru deducțiuni și adevăruri imuabile, trebue să fie considerată pe paralaxa sa sub unghiuri variate și larg deschise în spațiu și timp (Gr. T. Popa: Paralaxa gândirii. In „Insemnări ieșene" No. 6.1939).

putere de simţire şi mijloace de exprimare. Recenzentul din R. F. R. No. 10/1946, care impută autorului neajunsul de a fi prezentat adesea cercetările ştiinţifice relatate într'o atmosferă de mister şi ca de nouă magie, dovedeşte că n'a citit sau că n'a pătruns cartea. In orice caz, descoperirile lui Pavlov au de ce să „epateze" chiar pe cetitorii preveniţi.

INSEMNĂRILE D-rului GH. ULIERU

Prezentăm în partea finală a acestui număr, câteva din **Insemnările** scoase din **Carnetul unui medic de plasă** al D-rului Gh. Ulieru, pe care le publică în prezent „Revista Fundaţiilor Regale".

Pregătisem din vreme pentru acest număr extrase din **Jurnalul dela Iaşi** al Prof. Fr. Rainer. Acestea având caracter de permanenţă, de aprofundare şi desăvârşire a spiritului omenesc, vor ceda pasul cestorlalte, efemeride cari jugrăvesc o epocă de tranziţie, prelungită din nefericire până în zilele noastre. Le dăm prioritate pentru a pune în lumină deplină „besna" sanitară şi culturală care domneşte la sate. Din ele se va vedea că problema sanitară rurală la noi nu este simplă, ea merge în mână cu problemele culturală, economică şi politică — cari toate trebuesc atacate de front şi de urgenţă.

Intr'un vibrant articol, publicat în ziarul „Adevărul", d-l D-r Şt. Irimescu socoteşte Revelaţiile D-rului Ulieru, ca desvăluind o **Tragedie puţin cunoscută**. Să fi rămas această tragedie atât de puţin cunoscută? In orice caz, avertismentele nu au lipsit. Vina cade cu atât mai greu pe conducătorii politicei generale de stat şi ai departamentelor respective, cari n'au luat din timp măsurile de îndreptare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A bătut-o bărbatul, n'are urme de lovituri, dar acasă **„a urinat o vadră de sânge"**; — pentrucă **i-a născut nevista fată**, Simion Dobrilă **a bătut moaşa**; — (chiar) preotul satului D., un vechi alcoolic, înainte de a cădea lovit de dambla, ar fi auzit deodată **„cântec de iele"**; — Nae Ţăpoi (bătrân agent sanitar) s'a amărît şi a blestemat când în drum la un proces **„i-a ieşit înainte popa Iancu"**[1]; — pe pictorul F. l-au bătut grav 2 săteni din satul R., în care venise **„să le fure umbra"**; — un tată mi-a strecorat în plic o hârtie de 100 lei, ca să declar că femeia fusese fată în ajun, **pentru ca să nu-i mai pretindă ginere-său 5000 lei**[2]; — conducătoarea grădiniţei de copii dintr'o comună, D-şoara Pipica D., poartă la gât, o atârnă şi la gâtul fiecărui copil, o **căpăţână de usturoi** înfăşurată în panglică tricoloră, **ca să-i ferească de boli**; — medicul de judeţ a declarat contaminată de tifos exantematic pe 10 zile, până după alegeri, o comună[3]; — la o serbare şcolară, învăţătorul a preamărit pe Alexandru Makedon, învăţătoarea a cântat „la arme" şi **„minte-mă, dar spune-mi vorbe dulci"**, în urmă revizorul a trimis o telegramă omagială d-lui Iorga; — M-terul Sănătăţii cere mereu complectări la tablourile de guşaţi şi surdo-muţi; — din iniţiativa primarului şi la propunerea preotului din sat, s'au făcut instalaţii provizorii

1) In Oltenia, când îţi ese un popă în cale, ca să nu-ţi meargă rău vâri repede mâna în pantaloni şi strângi.

2) Obiceiul nu-i strict rural; la oraşe, şi dupe caz, se pretinde mai mult.

3 Procedeul este perimat; a fost înlocuit cu arestarea in ajun a capilor opoziţiei „ca să nu provoace turburări".

de cârciumă **de Ziua Eroilor**, cu **vin și țuică din belșug — grătar special și lăutari în jurul Cimitirului cu eroi** „unde să fie chemați toți sătenii, dela mic la mare, care să ia pildă dela cei morți și, totdeodată, să-i prăznuiască așa cum se cuvine"; — se făcea **„sfințania"** puțului, din care în ajun se scosese un cadavru de câine; la propunerea medicului să arunce var nestins și să-l sleiască, preotul a strigat autoritar „că nu mai e nevoie"; — la doftoroaia din cătunul M. veneau, la nevoie, **„ca să-i tragă de rânză"**, prefectul, 2 deputați țărani și chiar unui fost Ministru **„i-a întors-o de 2 ori"**; — ș. a.

Am cunoscut personal pe Doctorul Ulieru. Frequenta clinicile în care funcționam ca intern. Un om mărunt de statură, o față rotundă cu plete mari date peste cap, o înfățișare blajină, o atitudine rezervată, vorbă domoală. N'ai fi bănuit că în acest om zeflemisit și privit cu superioritate de colegi, se ascundea un ironist fin, un literat și un filosof. Născut la Câmpulung (Muscel) în anul 1887, a decedat în același oraș în anul 1944, în vârstă de 57 ani; doctor în medicină în 1913, a funcționat ca medic de plasă, mai ales în jud. Muscel, până în anul 1939, când a cerut să fie scos la pensie.

Doctorul Ulieru a desvoltat și o oarecare activitate publicistică literară, editând câteva periodice locale. Adevărata vocație literară o manifesta însă în aceste „Insemnări" instantanee fotografice, care prezintă oameni și evenimente pe partea lor caracteristică. Din ele apare, așa cum scria d-l D-r Irimescu, figura sculptată și turnată pentru eternitate în marmoră și bronz a medicului dela țară; erezurile în care este îmbrobodită mintea țăranului; propaganda sanitară prin discursuri, la banchete, a dregătorilor; lipsa de medicamente; lipsa mijloacelor de transport; instabilitatea medicilor; necesitatea reformelor cari se impun, dar se amână la infinit — și toată tristețea, și mai mare tragedie, a vieței culturale dela țară.

Toate acestea sunt jugrăvite cu cuvinte simple și potrivite; în fraze scurte; învăluite într'o blândă ironie, uneori „amară și desnădăjduită", niciodată crudă; din joc de umbre și lumini; prin trăsături fine de peniță sau apăsări groase cu cărbune; de aluzii abia ghicite și afirmări categorice — dând impresia că autorul uneori se amuză, deși de cele mai multe ori sufere și întotdeauna condamnă. Spiritul de șarje de care este uneori animat, îl debordează atunci când este indignat, dar de îndată redevine senin. Caricaturizarea o substitue, ca procedeu de punere în evidență, exagerării care pe alocurea mijește sau reprezintă o trăsătură fundamentală a spiritului ca la cei cari mânuesc biciul râzând, el surâzând.

Vom spicui în numerile următoare și din celelalte 2 părți, toate sunt 3, ale acestor „Insemnări" cari au apărut în Nr. 7, 8 și 9/1946, ale Revistei Fundațiilor Regale. Ceea ce nu vom reda în original, vom înfățișa ca acum, în esență, în cadrul acestei cronici — pentru un Omagiu suprem adus memoriei D-rului Gh. Ulieru, care nu a vrut să se smulgă din acest mediu rural, ci a rămas până la capăt, făcându-și datoria de apostol, de medic într'o circumscripție sanitară rurală românească.

M. CANCIULESCU

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

REFLEXELE CONDIŢIONATE IN PSICHOPATOLOGIE

de

D-r OCTAV MALLER
Medic secundar la Spitalul Central
de Boale Mintale şi Nervoase Bucureşti

(Sfârşit)

Materialul obţinut pe animale, considerat din punct de vedere al evoluţiei funcţiunilor, ne duce la concluzia că localizarea funcţiunilor în cortexul uman e mult mai delicată şi că aceasta exercită o influenţă mai mare asupra segmentelor subjacente, decât la animale.

Cu toate acestea, totalitatea rezultatelor obţinute prin studiul anatomiei comparate, al citoarhitectoniei şi al datelor clinice (din leziunile corticale) — permit concluzia că legile fundamentale descoperite experimental la animale sunt valabile şi pentru om. Pentru a confirma această ipoteză, cercetători ca Krasnogorski şi Bechterew, Lashly, Ivanov-Smolenski, etc., au întreprins studiul reflexelor condiţionate la om.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel, experimentând asupra reacţiei digestive, Krasnogorski studiază reflexele condiţionate la copii.

El înregistrează mişcările glotatorii, apoi mişcările efectuate în timpul deschiderii gurii, în fine, însuşi secreţia de salivă, cu ajutorul unei capsule adaptabile la mucoasa bucală în dreptul orificiului canalului salivar. Reflexul condiţionat creat la sunetul metronomului, este analog celui dela câine: metronomul ajunge cu timpul să producă el singur, fără prezentarea concomitentă de alimente, secreţia salivară şi mişcări automate ale gurii.

Ivanov-Smolenski. în locul acestor două reacţii, utilizează reacţia de prehensiune a hranei cu mâna sau reacţia (reflexul) de orientare.

Bechterew studiază reflexele condiţionate de apărare, cu ajutorul unor excitanţi concomitenţi unor descărcări electrice.

In general, se poate afirma că şi la om pot fi evidenţiate legile fiziologice stabilite la câini: legea asociaţiilor temporare, a raporturilor de intensitate, fenomenele inhibiţiei interne, a iradiaţiei, concentraţiei şi inducţiei reciproce. La om însă, procesele de iradiaţie şi concentrare se produc extrem de rapid. Exemple de reflexe condiţionate la om, ar fi: greţuri pe care un individ care a suferit de rău

de mare, le are chiar la vederea unei lămpi care se balansează, stări deprimate survenite atunci când există analogii numai de cadru cu momentele în care au survenit reacţii emotive profunde, — în fine, reflexe condiţionate de ordinul al doilea sau superior, adică nu format pe baza unui reflex necondiţionat (r. digestiv), ci suprapus unui reflex tot condiţionat: Din această categorie ar face parte următoarea experienţă: întovărăşim alimentarea de sunetul unui clopoţel (este reflexul condiţionat de gradul I). După câtva timp, introducem în experienţă, producerea unei excitaţii luminoase, care să preceadă cu 5 secunde clopoţelul rămas singur ca excitaţia condiţionată. Se va ajunge cu timpul, ca lumina singură să dea salivaţie, înlocuind la rândul ei clopoţelul (reflex condiţionat de gradul II), — experienţă făcută de Fursicow la copil. Alt exemplu ar fi experienţa dureroasă a copilului şi asocierea ei de noţiunea „durere".

Aceste experienţe duc pe Pavlov la afirmarea existenţii unor sisteme de semnalizare etajate.

Primul sistem e format din patrimoniul comun animalelor şi omului e alcătuit din complexul terminaţiunilor cerebrale ale diferiţilor analizatori şi din formaţiunile subcorticale vecine.

Aci se reflectă toate modificările mediului înconjurător organismului. Materialul furnizat acestui sistem, e format din semnalele venite din jur (senzaţii), iar procesele de iritaţie şi inhibiţie, urmează legile asociaţiilor temporare ale iradiaţii şi ale inducţiei.

Al doilea sistem, specific uman, este legat de limbajul articulat. El e concentrat în zonele corticale care deservesc limbajul, adică regiunile auditive, vizuale, grafice. Materialul acestui sistem, e format din exerciţiile care sosesc dela primul sistem — deci sunt semnale ale semnalelor venite din lumea exterioară. Rezultatul activităţii acestui sistem, este structurarea abstracţiilor, a genearlizărilor, analiza şi sinteza specifică psihismului uman.

Din păcate, această teorie rămâne până în prezent numai ca o ipoteză de lucru, ce urmează a fi verificată de experienţele ulterioare.

Cu toate că experienţele făcute de colaboratorii şi elevii săi, tindeau spre confirmarea acestor ipoteze, Pavlov s'a ferit totdeauna de a transpune în clinică, metodele de laborator. Deasemenea, el a evitat experienţele în psihoze şi nevroze, mărginindu-se numai la observaţii şi anamneză. Rezultatele astfel obţinute, erau apoi analizate în lumina legilor găsite la animale şi a specificului uman. De exemplu, vorbind de mecanismul isteriei ca un „produs al unui sistem nervos slab", Pavlov scrie că starea de veghe a cortexului (adică starea de analiză şi sinteză neîntreruptă), creează în regiunile subcorticale o inducţie negativă, adică le frenează activitatea. Dimpotrivă, starea de inhibiţie a cortexului, eliberează sau creează inducţie pozitivă în subcortex.

„Prin urmare, scrie el, descărcările motorii şi accesele convulsive observate la isterici, fie sub aspectul unor acţiuni reflexe instinctive, mai mult sau mai puţin definite, fie sub o formă cu totul haotică, după localizarea şi deplasarea inhibiţiei în cortexul şi

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

în subcortexul mai apropiat sau mai îndepărtat, sunt justificate suficient din punct de vedere fiziologic. Ele se produc la aceşti bolnavi, în caz de frenaj acut al cortexului, ca urmare a unor excitaţiuni care-i depăşesc rezistenţa, sau în caz de slăbiciune primitivă a cortexului". Mai departe. Pavlov face observaţia că în cazul deplasării procesului inhibitor spre regiunea subcorticală, apare o stare de hipnoză profundă, somn complet şi în fine letargie, toate făcând parte din manifestaţiunile clinice ale isteriei.

Cu această analiză, — desigur sumară — a fenomenelor fiziologice care ar sta la baza isteriei, abordăm partea a doua a comunicării noastre, referitoare la interpretarea fiziologică a stărilor psihice morbide.

*

Stările patologice ale activităţii psihice (sau nervoase superioare, după nomenclatura sovietică), pot fi provocate funcţional prin acţiunea unor excitanţi dotaţi cu o intensitate exagerată. Prima formă de contrariere a reflexelor condiţionate — deci a manifestărilor psihice cele mai elementare —, ar fi însuşi **procesul de inhibiţie.** Atunci când simultan cu reflexele condiţionate, cortexul mai este impresionat de un alt excitant puternic, are loc aşa zise **inhibiţie externă**, exteriorizată printr'un nou reflex: diferit de cel iniţial şi anume un reflex condiţionat de orientare, de apărare sau digestiv. Inhibiţia externă poate avea caracter extinctiv (adică se stinge dela sine, cum ar fi cazul reflexului de orientare intercurent) sau permanent, dacă prezintă o importanţă vitală. Astfel poate fi cazul unui excitant sonor, care prin intensitatea sa dă nu numai reflexul de orientare, dar chiar spaimă, cu toate semnele sale fizice (gastro-intestinale), timp în care reflexele condiţionate, uneori chiar şi cele necondiţionate, sunt complet inhibitte.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Primul fenomen patologic propriu zis, ar fi disocierea activităţii nervoase superioare. Această defecttare în armonia vieţii psihice, are loc în cazurile când se urmăreşte o diferenţiere prea fină între două reflexe condiţionate, ceeace produce turburări în activitatea nervoasă a animalului.

In acest caz, se observă fie că ambii excitanţi (pozitiv şi negativ) nu dau niciun efect, fie că ambii dau efect pozitiv (deplin sau diminuat) fie că va naşte aşa zisa fază ultra-paradoxală — când excitantul negativ dă un efect augmentat iar cel pozitiv, un efect diminuat.

Alt fenomen patologic, ar fi turburările în legea intensităţii reflexelor condiţionate. In loc să existe o corespondenţă între intensităţile excitantului şi a efectelor, observăm în aceste cazuri că excitaţii puternice dau efecte diminuate, iar cele slabe dau efecte mai puternice decât înainte. Valorile efectelor se apropie până la un nivel mediu, realizând ceeace se numeşte **faza de egalizare.** Această stare a activităţii nervoase, reprezintă unul din primele stadii ale **parabiozei.**

Uneori însă, efectele din egale, ajung să se depăşească, dar în sens contrar celui normal. Excitanţi puternici dau efecte tot mai

slabe, iar cei slabi dau efecte tot mai puternice, depăşind astfel media. Faza aceasta, ia numele de **faze paradoxală** şi este deja tipică stării de parabioză.

Faza următoare — **ultraparadoxală** — e caracterizată prin inhibiţia şi dispariţia tuturor reflexelor, sub influenţa excitantului pozitiv, în timp ce agentul inhibitor (negativ), declanşează efectul secretor. In fine, ultima fază — de inhibiţie totală a cortexului cu nereceptivitate completă faţă de orice excitant extern.

Abateri dela normal iau naştere însă nu numai în raport cu intensitatea celor două procese, dar şi în cazul predominării unuia dintre ele (asupra celuilalt), care achiziţionează o tenacitate specială. Ca exemplu, poate servi fenomenul de extincţie observat în evoluţia unui reflex condiţionat, atunci când acesta nu e periodic întărit (susţinut) cu reflexul necondiţionat. In acest caz însă, fenomenul de extincţie poate surveni rapid: reflexul condiţionat nesusţinut se stinge — se inhibă dela sine — după câtva timp, după cum se poate întâmpla ca reflexul condiţionat să persiste chiar nesusţinut, ceeace denotă o slăbiciune a procesului de inhibiţie internă.

In acest caz, procesul iritativ a căpătat o tenacitate excepţională în acel sistem nervos, împiedicând astfel stingerea dela sine a reflexului condiţionat nesusţinut. Ceeace se observă şi în fazele ultraparadoxale, când excitantul negativ devenit pozitiv prin efecte, nu mai poate fi stins, timp de săptămâni întregi.

Or, aceste stări se aseamănă în mod particular cu ceeace în psihopatologia umană se înţelege sub numele de **nevroze.**

Aceste stări, ele demonstrează că trecerea dela normal la patologic, poate avea loc fără fenomene toxice, infecţioase, fără traume fizice importante, fără dezechilibru între organele interne, numai datorite unei supratensiuni a procesului nervos. In acest caz, iau naştere modificări de durată mai mult sau mai puţin mare, cu caracter anormal, care pun în discuţie chiar problema vindecării lor în general.

Astfel s'a ajuns la ideea studiului experimental al nevrozelor — bineînţeles numai în seria animală — de care s'a ocupat mai ales M. K. Petrova, profesor la Institutul de Medicină experimentală din Leningrad.

Supratensiunea poate fi obţinută în trei moduri: 1) printr'o potenţiare a procesului iritativ; 2) prin potenţierea procesului de inhibiţie, în fine: 3) supertensiunea obţinută prin mobilitatea acestor două procese.

Potenţierea procesului iritativ se face cu ajutorul unor excitanţi supra-acuţi, cum ar fi forţele naturii (furtuna-inundaţia), cu ajutorul cărora Speranski provoacă nevroza la câini.

Potenţierea procesului inhibitor, se obţine, obligându-se animalul la o diferenţiere fină, dificilă. In fine, în cazul mobilităţii, supertensiunea e provocată de ciocnirea proceselor între ele, într'un sector al cortexului, datorită unor treceri brusce dela un excitant pozitiv la cel inhibitor.

Care sunt caracterele generale ale nevrozelor experimentale?

In primul rând, atât reflexele condiţionate cât şi comportamentul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

habitual în intervalul dintre experienţe prezintă un aspect de haos complet: animalul neliniştit, prezintă faze hipnotice, catalepsie, latră, schiaună, are turburări vegetative, sufocări, fenomene care apar la câteva zile după utilizarea metodei patogene.

Fiziologic e vorba de o slăbire a funcţiunii celulelor corticale. Pragul randamentului lor e coborât, ceeace duce la fazele hipnotice — adică la stări de trecere între veghe şi inhibiţie completă. Aceste faze care în mod normal pot fi observate şi în iradiaţia proceselor inhibitorii, sunt aci tenace, devenind uneori cronice pentru zile, luni, uneori ani. Când însă e vorba de turburări în funcţiunea de deplasare a proceselor, atunci nevroza se manifestă: 1) fie prin moartea proceselor corticale; 2) fie printr'o labilitate o extremă mobilitate a acestora, având drept consecinţă aşa zisul „caracter exploziv".

Bine înţeles că — după cum am mai subliniat în expunerea noastră, — datele experimentale pot fi cel mult subiect de analogii cu fenomenele observate la om şi acesta încă cu multă circumscripţie. Ele însă l-au ajutat pe Pavlov să se orienteze spre clinică. Anamneze evidenţiază conflicte grele, care ar putea fi asemănate cu ciocnirea dintre procesul de inhibiţie şi cel de iritaţie. Din această categorie ar face parte — după Orbeli — traumele psihice rezultate din continuarea anumitor tendinţe, anumitor dorinţe, cu structurarea consecutivă a diferitelor complexe. După autorii sovietici, dintre aceste tendinţe, cele mai frecvente sunt cele de natură familială sau socială.

Cu toate reticenţele şi prudenţa lui Pavlov, şcoala psihiatrică sovietică (Ghiliarevski) nu se fereşte să utilizeze concepţia reflexelor condiţionate chiar în interpretarea anumitor sindrome clinice. Fenomene nevrotice la copii ca pavor nocturnus, apărut iniţial noaptea în urma unei spaime şi repetat ulterior la aceiaşi oră din noapte, chiar în absenţa excitantului emoţional — sunt analizate din punctul de vedere al dinamicei corticale. In acelaş mod explică şcoala lui Pavlov accesele de agitaţie survenite numai în caz de realizare a unei anumite ambianţe. In isterie, Pavlov singur a întreprins o sistematizare fiziologică a bogatei simptomatologii caracteristice acestui sindrom. Traducă în limbajul mecanismelor corticale, fenomenele observate în isterie pot fi urmărite pe suprafaţa hemisferelor cerebrale în raporturile pomenite mai sus, dintre cele două procese fundamentale: iritaţia şi inhibiţia. Am văzut că o excitaţie supra-liminală (supra acută), poate provoca o inhibiţie de acelaş grad. Aceasta în baza legii iradiaţiei se va întinde pe întregul cortex, comprimându-i activitatea. Consecinţa acestei totale inhibiţii corticale, va fi inducţia negativă (adică de sens invers) a regiunilor subcorticale, care astfel vor intra într'o stare de excitaţie, cauză primară a emotivităţii explosive şi a acceselor de agitaţie din cursul isteriei. In fine, trecerea inhibiţiei supraliminale în faza paradoxală, ar fi echivalentul fiziologic al celuilalt simptom cardinal din isterie — **sugestibilitatea** patologică.

Alt capitol al Psihiatriei, abordat de Pavlov, a fost **Parano'a** şi **stările obsesive**. In acelaş spirit cu Pierre Janet şi cu Kretschmer,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

el consideră că la baza ambelor sindrome stă fenomenul fiziologic numit de el: inerţie patologică. Această inerţie ia naştere în cazuri de supratensiune a procesului iritativ şi se manifestă prin exagerarea, intensificarea şi tenacitatea acelei concentrări spirituale caracteristice atât nevrozelor obsesive cât şi paranoiei. Ceeace le-ar diferenţia fără a le putea separa, ar fi elementul conştient, care intervine în primul caz — bolnavul are conştiinţa maladiei — şi care e absent în al doilea. Orientarea unui individ spre una sau spre cealaltă formă de manifestare clinică a „inerţiei patologice", ar fi datorită deosebirilor de teren şi inegalităţii totalităţii excitanţilor externi.

Lucrări mai recente, care deschid orizonturi largi interpretării fiziologice a diferitelor manifestaţiuni, morbide au fost făcute de colaboratorii Institutului de Fiziologie „Pavlov" ca D-rii: Vinogradov, Prof. M. K. Petrova, etc. Experienţele D-rului Vinogradov, se ocupă de stratificările sau suprapunerile funcţionale în dinamica corticală.

Lucrarea lui Vinogradov poate fi rezumată la următoarele fapte: într'un punct al cortexului — numit punctul I — autorul elaborează aşa numitul reflex condiţionat „întârziat" la metronomul 120. Reflexul condiţionat „întârziat", e caracterizat prin distanţarea progresivă până la 2'-3' a excitantului necondiţionat de cel condiţionat pe care trebue să-l susţină. In acest interval deşi excitantul continuă să funcţioneze, secreţia salivară nu se produce. Ea apare mult mai târziu decât înainte, întrucât perioada sa de latenţă s'a mărit şi ea. Intr'un cuvânt, reflexul condiţionat întârzie, din cauza întârzierii progresive a excitantului necondiţionat, de susţinere. Acest reflex condiţionat din punctul I este consolidat pe de o parte prin îndelungata sa repetare, pe de altă parte prin faptul că în restul cortexului nu au mai fost elaborate alte reflexe. Experienţa se întrerupe pentru un anumit interval de timp, destul de lung, după care se elaborează în acelaş punct reflexe condiţionate în care intervalul dintre cei coi excitanţi — condiţionat şi necondiţionat, e redus dela 2' la 20": Intre alţi excitanţi, aci se foloseşte şi metronomul 120. In acest timp, vechiul reflex întârziat nu mai apare în punctul I. Dar a fost suficientă reproducerea lui într'un alt punct al cortexului (punctul II) pentru ca el să reînvie şi în punctul I. De aci, autorul presupune a fi reuşit să producă experimental fenomenul de stratificare. Reînvierea reflexului (sau a sedimentului) primitiv, ar fi datorită unei însumări a elementelor acesteia, rămase în stare de latenţă cu influenţă inhibitorie care are loc în prima fază a aceluiaş reflex întârziat produs în partea II.

In concluzie, autorul arată că principiul dinamic fundamental al evoluţiei ontogenetice, este cel al „stratificării" reacţiilor şi comportamentelor noui deasupra celor vechi care trec în stare latentă? Acestea la rândul lor pot fi reactualizate printr'o turburare sau o inhibiţie a stratificărilor de dată recentă.

In Psihiatrie, putem stabili analogii cu cazurile de puerilism istoric anumite forme ale psihoneyrozelor traumatice, regresul simbolic în asociaţiile experimentale (Jung) şi cu apariţia gândirii primitive în schizofrenie (Storch).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. M. K. Petrova studiind reflexele condiționate în alcoolissmul cronic, arată că la animal și prin analogie la om stările de excitație sunt datorite absenței de control din partea cortexului, care produce în subcortex inducție pozitivă, intensificând activitatea acesteia. Dar ceeace aceste experiențe aduc ca inedit, este evidențierea mecanismului fiziologic care are loc în aceste raporturi dintre cortex și subcortex. Intr'adevăr, Petrova arată că în alcoolizarea cronică există variate modificări ale procentului inhibitor ca și a celui iritativ ca: abolirea ambelor procese și mobilitatea lor patologică, adică labilitatea, inerția patologică, apariția fazelor (de egalizare, paradoxală u. —. paradoxală, negativistă).

In fine, un alt capitol pe cât de important pe atât de dificil al psihopatologiei — delirul — primește o explicație dacă nu invulnerabilă, în orice caz coherentă și experimental fiziologică din partea Școalei reflexologice.

La baza delirului Pavlov așează „inerția patologică" — despre care vom vorbi la analiza tipurilor nervoase — și faza ultraparadoxală. Am văzut că această fază e caracterizată prin inversarea am putea spune — prin pervertirea — raporturilor dintre excitant și reacția cortexului. Răspunzând la excitanți negativi (inhibitori), printr'un efect pozitiv și la cei pozitivi cu reacții negative (inhibiție), individul devine sediul unor impresiuni false, opuse celor care în mod normal corespund unei afirmări a personalității și a tendințelor sale.

Academicianul Orbeli însuși, într'una din lucrările sale, expune bazele fiziologice ale delirului, pe care — dată fiind importanța și extensiunea problemei, — noi ne vom mulțumi doar a le enunța.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Orbeli și în lumina datelor furnizate de concepția reflexelor condiționate, de fiziologia comparată, de fiziologia filo și ontogenetică, delirul își are sursele în câteva fenomene ca: stările de parabioză, starea de inerție patologică a sistemului nervos, repartiția fenomenelor nervoase conform anumitor sisteme fiziologice corticale, a căror localizare e dată de evoluția ento și filogenetică, stratificarea diferitelor combinații de semnale, inducția negativă sau pozitivă repartizată tot conform sistemelor funcționale, inter-acțiunea dintre sisteme și crearea de blocuri funcționale, concurența între sistemul aferent cenestezic și extern, în fine epuizarea, adaptarea și sensibilizarea sistemului nervos.

Toate aceste fenomene care participă la structurarea delirului maladiilor mintale, sunt atât de importante și deschid atâtea perspective. încât fiecare din ele ar putea da subiect pentru un articol. A insista asupra lor, ar fi însemnat a mutila o întreagă concepție, făcând-o prin aceasta mai puțin explicită.

*

Tipurile nervoase. Alt capitol important în fiziologia activității nervoase superioare, este constituit de problema tipurilor sistemului nervos. Spre deosebire de celelalte clasificări tipologice, care în majoritatea cazurilor au drept criteriu elementul anatomo-morfologic al unui

organism, clasificaţia lui Pavlov, porneşte dela momentul fiziologic, în care funcţionează sistemul nervos.

In mecanismul regulator neuro-humoral din organism, Pavlov şi şcoala sa consideră sistemul nervos ca fiind preeminent, ca având rolul determinant.

Pentru Pavlov, există două tipuri nervoase fundamentale: **tipul nervos puternic şi cel slab.** La rândul său, tipul puternic este de două feluri: **echilibrat** şi **neechilibrat** (sau nereţinut). In fine, tipul echilibrat poate fi **mobil** sau **inert.**

Astfel încât, pentru mai multă claritate, am putea imagina schema următoare:

Tipul puternic	echilibrat	mobil
		inert
	neechilibrat.	
Tipul slab		

Din această schemă întrezărim şi criteriile care au prezidat la elaborarea ei. Intr'adevăr, criteriile pe care le foloseşte Plavov în clasificarea sa, se referă la mecanismul activităţii corticale, aşa cum se defineşte ea prin raporturile dintre inhibiţie şi iritaţie.

Primul criteriu este **intensitatea proceselor** (iritativ şi inhibitor). Această intensitate se defineşte prin capacitatea variabilă de travaliu a celulei corticale ca răspuns — la un proces iritativ sau inhibitor.

Capacitatea de travaliu sau randamentul celulei corticale atunci când ea reacţionează numai la un excitant (pozitiv sau negativ-inhibitor), de intensitate redusă, poate aparţine tipului slab. Randamentul şi deci intensitatea proceselor, poate fi **ridicat** atunci când atât excitantul slab cât şi cel puternic dau reacţiuni puternice. In fine, acest randament poate fi **mediu** sau **intermediar** celorlalte două.

Gradul de echilibrare reciprocă a celor două procese fundamentale (iritaţie-inhibiţie), este al doilea criteriu. In aprecierea acestui echilibru, este vorba de stabilirea acelei excitaţii pozitive, care e capabilă să genereze inhibiţia suficientă şi corespunzătoare unei stări de echilibru. Şi aci, Pavlov remarcă două categorii de indivizi: 1) unii la care acest echilibru se instalează la orice intensitate a excitantului pozitiv, cu ajutorul unei inhibiţii corespunzătoare şi 2) alţii, la care echilibrul nu se produce — cel puţin la început — întrucât nu ia naştere o inhibiţie suficientă de a acoperi o excitaţie a cărei intensitate depăşeşte media.

In fine, **mobilitatea proceselor nervoase fundamentale,** este al treilea criteriu de apreciere a sistemului nervos, în vederea clasificării. Mobilitatea proceselor de inhibiţie şi iritaţie este indicată de viteza lor de deplasare pe suprafaţa cerebrală, de viteza cu care ele pot alterna, de viteza cu care procesul de inhibiţie se poate transforma în proces iritativ şi invers, în fine, de iuţeala cu care aceste procese iradiază pentru care apoi să revină să se concentreze din nou la punctul de origine.

Din experienţele şcoalei lui Pavlov, s'a constatat că indivizii dotaţi cu o mobilitate mare, sunt capabili de treceri uşoare dela o

BCU Cluj / Central University Library Cluj

activitate la alta, de modificări rapide în comportament, în fine, în reacţiuni prompte faţă de fenomenele externe. Din punct de vedere al mobilităţii, am văzut că sistemul nervos poate fi **inert sau mobil.** In caz de inerţie, procesul de excitaţie nu generează dintru început starea de inducţie negativă (adică inhibitorie). Această inducţie ia naştere după ce se învinge o oarecare rezistenţă, o stare de inerţie a cortexului, dar odată starea de inhibiţie instalată manifestă la rândul său acelaş caracter de inerţie, opunând rezistenţă la reapariţia procesului de excitaţie.

Cât priveşte iradiaţia şi concentrarea acestor procese fundamentale, s'a constatat că numai excitanţii de intensitate medie, sunt susceptibili de a produce concentraţia imediat consecutiv iradierii proceselor.

In acest caz, procesul iritativ iradiat este nevoit să se reîntoarcă la punctul de origine, din momentul în care întâlneşte o zonă de inhibiţie generală — indusă — chiar de el, ceeace se întâmplă foarte curând. De unde rezultă o delimitare precisă a focarelor de iritaţie corticală, tradusă subiectiv prin preciziunea impresiilor, a senzaţiilor noastre.

Din contră, excitaţiile de intensitate foarte redusă sau exagerată, dau naştere unui proces iritativ uşor iradiabil, care nu se mai localizează în focare bine delimitate şi a cărei consecinţă sunt senzaţiile imprecise. Astfel L. Orbeli dă ca exemplu excitaţii luminoase în cazul unei intensităţi foarte slabe sau foarte puternice a excitaţiei, adică a iradiaţiei fără limită a procesului iritativ. Acestea dau impresiuni cu contururi neprecise, neclare, confuze. Din contră, senzaţia e clară, atunci când intensitatea luminii e medie, deci iradiaţia e la timp delimitată de procesul opus.

Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi

Cum s'ar traduce în clinică această clasificaţie a tipurilor nervoase? Pavlov — şi elevii săi care s'au ocupat de legătura dintre clinică şi datele experimentale, consideră că **tipul slab** constituie fondul fiziologic al **melancolicilor.** In acest caz, inhibiţia urmează îndeaproape excitaţia şi de multe ori o întrece. Individul e mai mult inhibat, ceeace se termină printr'o stare de depresiune. Din punct de vedere „social" acest tip manifestă un exces de prudenţă — tot un corespondent al stării sale de inhibiţie — care îl reţine dela aventuri, dela lupte, dela concurenţă şi care implicit îl fereşte de pericole. Intr'un cuvânt, inhibiţia sa este conservatoare, ceeace a şi contribuit la persistenţa acestui tip.

Dimpotrivă, tipul **puternic-dezechilibrat,** poate fi asimilat temperamentului choleric (Hipocrat). Este un tip cu o excitabilitate ridicată, care nu cunoaşte limite, la care procesul iritativ predomină, împingând individul la o activitate energică şi care nu ocoleşte pericolele. In ştiinţă, aceşti indivizi fac descoperiri importante, dar fac şi generalizări uneori precipitate şi nu ferite de erori.

In fine, **tipul echilibrat,** la care supratensiunea proceselor fundamentale sau nu dă deloc rezultate, sau dă rezultate temporare şi efemere, poate fi asimilat temperamentului **flegmatic,** atunci când e inert, sau celui sanguin — cel mai avantajat din punct de vedere

social — atunci când e dotat cu mobilitatea proceselor corticale, fundamentale.

In acest mod noţiunilor empiric-descriptive ale temperamentului Pavlov le furnizează o bază fiziologic-experimentală.

Din punct de vedere genetic, tipurile nervoase definite de Pavlov, sunt considerate ca o rezultantă între ereditate şi educaţie. Aceasta din urmă e elementul care face adesea ca un individ dotat cu un sistem nervos puternic, să aibă comportamentul unui individ slab sau invers. In procesul educativ, Pavlov distinge un moment de o capitală importanţă, pe care el îl numeşte „reflexul biologic al prudenţei primitive". Acest reflex face parte din patrimoniul biologic al speciei — poate fi deci considerat ca un instinct care determină pe noul născut să răspundă în timpul primelor săptămâni la toate modificările mediului, printr'o inhibiţie a tuturor mişcărilor. Mai târziu, acest reflex va fi înlocuit de aşa zisul **„reflex de explorare"**, căruia îi urmează **„reacţia de investigaţie activă"**.

Dar pentru a ajunge până la acest stadiu, se impune o lărgire treptată a experienţei individuale, o extindere a razei de acţiune care să nu întâlnească obstacole. In caz contrar „reflexul prudenţei primitive" se menţine, ancorează mai solid în sistemul nervos şi individul apare ca un amestec de frică şi comportament slab, cu totul necorespunzător proprietăţilor fundamentale şi originare ale sistemului său nervos.

Importanţa acestor idei pentru pedagogia viitorului ca şi pentru o psihopatologie a grupurilor etnice, este prea mare spre a le trece cu vederea, după cum ea este prea complexă spre a fi desvoltată în cadrul acestui articol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

După ce am arătat valoarea concepţiei reflexelor condiţionate, ca instrument de interpretare al diferitelor manifestări psihopatologice, mai rămâne să vedem semnificaţia teoretică a ideilor lui Pavlov.

După cum am subliniat în introducere, opera lui Pavlov reprezintă prima încercare de a edifica adevărata fiziologie a hemisferelor cerebrale.

Fiziologia activităţii nervoase superioare ca o completare la cunoştinţele existente asupra măduvei şi bulbului — îşi propune pe de o parte să dea o imagine despre modul de funcţionare a cortexului, pe de altă parte, să stabilească o corelaţie între anatomie şi datele furnizate de excitarea cortexului animal, şi de localizările funcţionale din cortex.

„Fiziologia hemisferelor câinelui îi era necesară (lui Pavlov), pentru a construi adevărata fiziologie a hemisferelor omului şi pentru a obţine astfel canavaua fiziologică pe care se va dispune cândva lumea subiectivă umană în toată diversitatea ei" — scrie Orbeli [1]).

Realizarea unei psihologii pe baze fiziologice, a fost scopul urmărit de Pavlov încă dela începutul cercetărilor sale asupra sistemului

1) ORBELI: Prelegeri asupra activităţii nervoase superioare.

nervos, unde a căutat Pavlov jonctiunea, anastomoza, dintre creer și psihic, dintre lumea subiectivă și lumea precisă a mecanismelor fiziologici. Pentru a găsi soluția la această problemă, care a preocupat generații întregi de cercetători, el s'a adresat **fiziologiei organelor de simț.** Pornind dela ideea că organele de simț sunt alambicul care distilează elementele lumii obiective în drumul lor spre cortex și spre conștiință, Pavlov a dat o importanță și o amploare deosebită acestui capitol al fiziologiei nervoase. Inaintea lui, fiziologia organelor de simț a fost luminată de numele a trei mari savanți: **Helmholtz, W. Wundt** și **Ewald Hering.** Primul — la origine fizician — a căutat să obțină date precise asupra senzațiilor, punând bazele biofizicei. Atunci însă când a încercat să stabilească o corelație între elementul fizic (excitantul) și cel biologic (senzația), el s'a lovit de neconcordanța dintre condițiile fizice și rezonanța acestora în conștiință.

Wilhelm Wundt, elev al lui Helmholtz, preocupat de aceiași problemă, pornește dela versantul său psihologic, ocupându-se însă exclusiv de falsele percepțiuni.

Abia lui **E. Hering** îi e sortit să pășească pe drumul adevărului, din momentul în care el are fericita idee de a aplica și aci metodele experimentale. Hering demonstrează că (activitatea nervoasă superioară nu are numai două componente: componentă fizică și cea psihică, cum se vedea până atunci, ci trei componente) celor două componente admise până atunci activității nervoase superioare — componenta fizică și cea psihică — trebue să li se intercaleze și a treia — componenta fiziologică, trăsura de unire între celelalte două. Pornind dela fenomenele subiective, Hering ajunge la aceleași legi la care ajunge independent de el Pavlov, pornind dela studiul fenomenelor obiective — în speță dela secreția glandei salivare și variațiile ei în raport cu excitațiile mediului. Atât unul cât și celălalt, recunosc în organele de simț mijlocul optim de a aborda fiziologicul care stă la baza psihologiei umane.

In încheere, nu ne putem opri cel puțin de a atrage atenția asupra perspectivelor pe care concepția reflexelor condiționate și a sistemelor de semnalizare — primit gr. I. și achiziționat sau gradul II — le deschid pentru studiul științific — experimental al eredității în comportament și în viața psihică.

BIBLIOGRAFIE

V. A. Ghiliarewsky: Concepția de reflex la diferitele epoci ale Psihiatriei. (Neuropatologia și Psihiatria. XIV, 1, Moscova, 1945). — I. P. Pavlov: Prelegeri asupra activității emisferelor cerebrale Leningrad, 1927. — I. P. Pavlov: 20 ani de experiență în studiul obiectiv al activității nervoase superioare. (Comportamentul animalelor). 1938. — V. M. Bechterew: Bazele reflexologiei umane. 1928. — N. E. Vedensky: Excitație, inhibiție, narcoză. Op. compl., vol. IV. 1935. — Dusser de Barennes: Localizarea funcțională în cortexul cerebral. 1937. — A. G. Ivanov-Smolensky: Metodice de cercetare a reflexelor condiționate la om. 1928. — Idem: Mecanismele fundamentale ale activității reflexelor condiționate la copil. Culegerea 1,2,3,4,5, 1928—1938. — V. Cannon: Fiziologia emo-

ţiilor. 1927. — N. I. Krasnogorsky: Evoluţia doctrinei activităţii fiziologice a creerului la copil. 1939. — L. A. Orbeli: Prelegeri asupra problemei activităţii nervoase superioare. 1945. — Idem: Bazele fiziologice ale delirului. Raport la a cincea conferinţă a fiziologilor. Moscova, 1939. — I. M. Secenow: Reflexele encefalului. Opere alese, 1935. — D. Watson: Psihologia, ştiinţa comportamentului. — C. S. Gherington: The integrativ action of the nervous system. 1906. — M. K. Petrova: Influenţa alcoolismului cronic asupra activităţii nervoase superioare la câini. Buletinul Laboratorului Fiziologic. Vol. XII. fasc. 1 pag. 102/1945. — N. V. Vinogradov: Stratificările funcţionale în dinamica corticală. Idem, fasc. 2, Vol. XII, pag. 74, 1945. — Airapetjantz Balakşina: Bykow, Podkopaev, Rikke: Curs de fiziologie a activităţii nervoase superioare. Leningrad, 1941.

DESPRE COASTELE CERVICALE

de

D-r M. HAGIEŢEANU
Medic asistent al Spit. Filantropia din Craiova

Coasta cervicală reprezintă, din punct de vedere anatomic, o anomalie congenitală osoasă de tip reversiv, însă din punct de vedere clinic syndromul ei — de obiceiu silenţios până la inexistenţă, — poate împrumuta la un moment dat, în cursul vieţei, un caracter de o excesivă complexitate şi gravitate.

Brukenthal Central University Library Cluj

Cercetând literatura ultimilor 30 ani constatăm că, — în ţara noastră, — studiul acestei malformaţiuni a făcut obiectul doar a câtorva succinte şi sporadice preocupări în lumea specialiştilor — exceptând două Teze de Doctorat (R. Tătaru, 1925 şi D. Borş, 1930) şi o Revistă Generală a D-rilor Tr. Nasta şi Dorin Dumitrescu.

Marea masă a medicilor însă, continuă să ignoreze, — în genere, — prezenţa unei atare afecţiuni.

De aceia, credem că un studiu rezumativ al chestiunei, în paginile acestei reviste, nu va fi lipsit de interes.

Având ocaziunea recent de a întâlni un caz instructiv de coastă supranumerară cervicală vom reda mai întâi observaţiunea clinică a lui:

Doamna C. V., soţie de ofiţer, în vârstă de 32 ani, vine să ne consulte în ziua de 28 August 1945, pentru dureri vii cervico-laterale drepte cu iradiaţiuni spre umărul şi braţul corespunzător.

Din **antecedentele heredo-colaterale** ale pacientei culegem că: părinţii şi o soră mai mică sunt perfect sănătoşi, iar o soră mai mare suferea de un tic nervos cervical şi un dezechilibru vago-simpatic cu stări de emotivitate şi simpaticotonism foarte accentuat (Basedow frust?).

Ant. personale: Menstruată pentru prima dată la 13 ani; s'a succedat până la vârsta de 22 ani foarte neregulat, — cu caracter bradimenoreic — la $1\frac{1}{2}$—3 luni, însoţite de dureri cantitativ abundent, durată 7—8 zile.

După această vârstă menstruele s'au normalizat, menţinându-se astfel şi după căsătorie (la 27 ani).

A avut 2 naşteri la termen, normale, cu feţi vii, ce-i trăesc sănătoşi. Lăuziile normale. Alăptări materne. Nicio afecţiune ginecologică. 2 aborturi medicale în primele luni. Neagă sifilisul. Scarlatină în copilărie.

Istoric: Boala actuală a debutat cu 5 zile mai înainte, cu dureri cu caracter nevralgic în regiunea muşchilor gâtului şi cefei, dureri cari, — după spusele bolnavei, — mai surveniseră şi anterior în diferite intervale, dar cari cedaseră uşor după câteva zile de administrare a unor medicamente antinevralgice.

De data aceasta durerile de partea dreaptă împrumutând un caracter mai persistent — după 2 zile de aşteptare — soţul bolnavei, spre a-i uşura suferinţă, îi practică o şedinţă de masaj şi fricţiuni energice ale muşchilor regiunei.

In timpul acestor manevre, pacienta afirmă a fi resimţit brusc o trosnitură în regiunea supraclaviculară dreaptă, urmată de dureri foarte vii şi înţepenire a cefei, cari au obligat-o a păstra patul într'o poziţie imobilă, timp de 3 zile, neputând rota nici capul, nici a contracta muşchii gâtului spre a se culca sau ridica din pat, dureri persistând fără întrerupere şi având un caracter lancinant.

A doua zi după accident, o maseuză profesionistă a supus-o din nou la o şedinţă de masaj mai blând — bolnava aflându-se în poziţia de decubit, — masaj care a părut că-i atenuează pentru moment acuitatea durerilor, pentru ca după un scurt interval, acestea să se exacerbeze din nou şi să o determine a ne consulta.

Starea prezentă: Bolnava de constituţie medie, de talie mijlocie, anemică, afebrilă, cu o atitudine de înţepenire a capului flexat spre dreapta spre dreapta şi rotat uşor spre stânga, ni se plânge că are dureri vii cu caracter neregulat, în muşchii gâtului şi mai cu deosebire de partea dreaptă, dureri ce nu-i permit a-şi rota capul fără a şi le exagera.

Aceste dureri radiază spre umărul şi puţin spre braţul corespunzător, iar în momente de prehenziune a unui corp solid cu mâna dreaptă — deci de contracţiune musculară activă, — resimte dureri foarte acute în umăr.

Nicio turburare de sensibilitate de tip obiectiv (tactilă, termică, dureroasă) sau motilitate în teritoriul cervico-brachial.

Reflexele cutanate şi osteo-articulare regionale normale. Nicio turburare circulatorie. Mâna şi antebraţul drept de acelaşi aspect, cu aceiaşi troficitate, tonicitate şi dimensiuni cu omonimele lor. Pulsul umeralei şi radialei de ambele părţi identic: 78 pe minut. T. Mx. 12 — Mn. 6. Oscilometria egală: 5.

Reflexele patelare, achiliene, plantare, normale, de asemeni cele oculo-pupilare.

Pupilele egale, centrale, de contur regulat. In regiunea supraclaviculară dreaptă, — dând atitudine anatomică capului, — se remarcă o modificare evidentă a ariei triunghiului intermusculo-clavicular în sensul că zona centrală în loc de a fi deprimată ca aceia de partea opusă, ne apare proeminentă în sens antero-posterior, al cărui capăt posterior se pierde sub masa muschiului trapez; iar cel anterior pare să coincidă cu o tumoretă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

semi-rotundă, de mărimea unei 1/2 de corcoduşă, moale, elastică, pulsatilă, uşor dureroasă, fixă, susţinută de un plan solid subjacent; tumoretă ce ne sugerează ideia unei dilataţiuni vasculare, mai ales că şi tegumentele zonei locale traduc prin transparenţă o coloraţie uşor albăstruie.

La auscultaţie suflu sistolic; nu se percepe thril.

Cum bolnava — care ne este cunoscută de mai mulţi ani — ne-a repetat afirmaţia — la insistenţele noastre, de a nu fi observat absolut nimic anormal anterior în configuraţia anatomică a regiunei, am dedus că această tumoretă, care interesează foarte probabil un vas, nu şi-a putut manifesta mai evident existenţa, decât cu ocazia recentului traumatism.

Prezenţa acestei expansiuni vasculare, anormale, expuse ostentativ vederei şi palpărei noastre, printr'un suport anatomic subjacent mai solid, ne-a determinat să stabilim un diagnostic de probabilitate pentru un anevrism arterial incipient, cu spină iritativă subjacentă tumorală de natură osoasă (exostoză, periostită, coastă supranumerară, etc.; ori idireçt o adenopatie tbc.). Şi care anevrism se anunţă, în urma traumatismului suferit, a se complica în plus, cu un tablou patologic de ordin nervos.

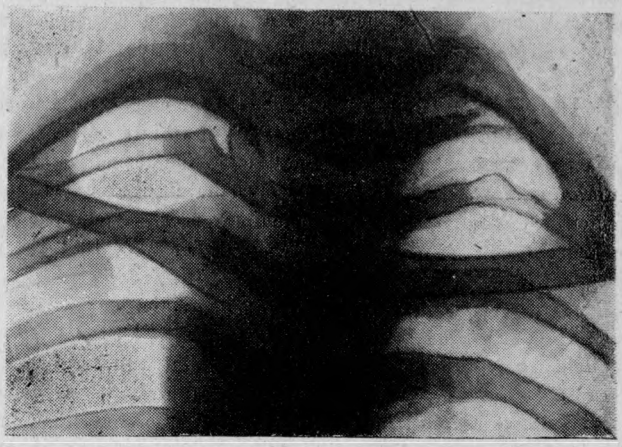
Până la elucidarea diagnosticului printr'o radiografie a regiunei, s'a ordonat pacientei să sisteze orice manevră traumatizantă de ordin kinesic; să aplice din contră pansamente umede calde locale sau şedinţe de unde ultrascurte sau diatermie, şi să-şi administreze zilnic medicamente antinervine (vitamina B, novalgine, etc.).

Examenul somatic visceral nu a arătat nimic obiectiv anormal. Reflexul oculo-cardiac exagerat.

Placard de atrofie congenitală, tegumentară, laterocervicală stângă, cât un pod de palmă mijlociu; nicio altă malformaţiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După o săptămână, fenomenele dureroase s'au amendat, iar în urmă, bolnava revăzută afirmă a se simţi bine fără nicio jenă manifestă în regiunea afectată, tumoreta vasculară şi patul său osos subiacent persistând totuşi ambele, sub acelaşi aspect iniţial.



Din studiul celor două **clişee radiografice** ale cazului (D-r N. Becherescu) se vede clar că avem aface cu o malformaţiune osoasă locală, — recte o **coastă supranumerară,** — lungă de 5—6 cm., plecată dela apofiza trans-

versă a celei de a 7-a vertebră cervicală, hipertrofiată şi ea, dirijându-se aproape brusc, oblic în jos şi înainte spre claviculă, până a atinge curbura coastei a 1-a dorsale. De partea stângă nu există niciun proces similar.

Conexând imaginea radiografică cu constatarea clinică expusă mai sus, deducem că în cazul nostru — până la o eventuală explorare operatoare — coasta cervicală s'a substituit foarte probabil, în ce priveşte raporturile sale topografice cu vasele subclaviculare primei coaste dorsale, insinuându-se şub ele; cazul invers fiind semnalat foarte rar.

Din iritaţiunea lentă a contiguităţii anormale costo-vasculare, la care se mai adaogă din când în când biciuiri în sensul traumatismului intempestiv, ca cel relatat mai sus, şindromul coastei cervicale capătă de obiceiu un sens mai precis.

In cazul nostru bănuim că s'a produs şi o subluxaţie a articulaţiei costo-vertebrale echivalentă trosniturei pe care a resimţit-o bolnava în clipa masajului şi care subluxaţie a putut prin accentuarea modificării raporturilor anatomice costo-vasculare să dea desigur un biciu procesului iritativ insidios anterior, astfel încât suferinţa vasculară (rădăcinile plexului brachial învecinat, nepărând a fi încă incomodate până în prezent), s'a tradus deocamdată prin acel aspect local de ectazie incipientă, fără alte simptome trofoneurotice de arterită obliterantă, cu tot cortegiul lor nefast asupra irigaţiei membrului *).

Bazaţi pe anumite consideraţiuni clinice posibile cazului: amendarea rapidă a durerilor; simptome discrete de tumoră locală vasculo-osoasă, vârsta şi poziţia socială a bolnavei, cunoscând şi incertitudinea rezultatelor operatorii, nu întotdeauna favorabile în atari malformaţiuni, am adoptat, — în ce priveşte terapeutica, — o atitudine de expectativă armată, conducându-ne de principiul „văzând şi făcând".

BCU Cluj / Central University Library, Cluj

O atitudine activă chirurgicală, — extirparea coastei, — instituită prematur şi neimpusă de considerente agravante pentru viaţa bolnavei, la o femeie tânără (condiţiuni estetice), şi într'o regiune topografică din cele mai ingrate, din punct de vedere operator, ar fi constituit, credem, o eroare şi de aceea preocupat fiind de a aplica şi în materie de coastă cervicală cel mai sever eclectism, conform adagiului „primum non nocere", am pus bolnava sub observaţie atentă, trecând sub tăcere eventualele grave complicaţiuni ce ar putea surveni spontan, insistând doar pentru evitarea pe viitor a repetării oricăror imprudenţe de ordin fizic, care ar putea constitui un factor agravant de prim ordin.

* * *

Coastele cervicale fac parte din categoria aşa ziselor coaste supranumerare sau accesorii.

Ele constituiesc o malformaţiune a rachisului cervical, definită printr'o dorsalizare a vertebrelor cervicale inferioare.

Reamintim că diferiţi autori au arătat că alături de coastele

*) Quinn şi Davison opiniază în acelaşi sens (deplasarea coastei) în legătură cu un caz la o femee de 75 ani, purtătoare de coastă şi anevrism, de 30 ani, fără a fi incomodată, căreia i s'a redeşteptat simptomele nervoase prin căderea pe umăr.

cervicale propriu zise, nu arareori simptomatologia clinică, — exprimată prin iritaţiuni nervoase — poate fi imputabilă unei simple hipertrofii a apofizei transverse a celei de a 7-a vertebră cervicală (dintre cari, un exemplu din cele mai demonstrative, — înafara cazurilor mai vechi a **Prof. Iacobovici** şi **R. Tătaru**, îl posedă şi literatura noastră indigena, în cazul prezentat recent (15 Oct. 945) la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova de către D-rul **Sava Lăzărescu** şi **D-rul A. Grigorescu**, caz, cu un caracter de disociaţie bizoră — amiotrofii fără turburări sensitive); şi chiar unei hipertrofii a celei de a 6-a vertebră cervicală **(Gaudier-Bousneville şi Lepève)**. Aşa de pildă, Crouzon *) relatează că din cele 70 cazuri adunate de el, numai în 14 există o coastă cervicală însoţită sau nu şi de o hipertrofie a apofizei transverse, în rest, — adică în celelalte 56 cazuri există numai o hipertrofie transversară.

De altfel asupra etichetării acestei hipertrofii transversare pure, în sens strict anatomic, vom reveni atunci când vom studia morfologia coastelor cervicale şi când vom vedea că asupra acestui punct nu toţi autorii sunt de acord.

Ca titlu de curiozitate rarissim mai menţionăm că asemenea malformaţiunei se pot întâlni nu numai pe a 7-a vertebră cervicală — care deţine aproape exclusivitatea, şi pe a 6-a, ci şi pe a 5-a, a 4-a, a 3-a şi chiar pe a 2-a.

Cunoscută de foarte multă vreme coasta cervicală începe pare-se a fi mai bine studiată din anul 1742 când **Hunauld** face prima menţiune anatomică despre ea, urmat de Sue, care în 1775 prezintă un memoriu asupra chestiunei.

Colegiul Babeş University Library Cluj

Cowper în 1818 publică prima observaţiune clinică iar prima intervenţiune chirurgicală datează din 1861, făcută de **Holmes Coote**.

De atunci şi până în prezent literatura universală s'a îmbogăţit cu un material anatomic, clinic şi terapeutic considerabil expus în nenumăratele publicaţiuni, studii monografice, comunicări, rapoarte, şi discuţiuni din sânul societăţilor ştiinţifice din lumea întreagă.

Dar progresul real în materie de coaste cervicale s'a făcut simţit abia în epoca cercetărilor radiologice (1907) şi mai ales în aceia a explorării sistematice prin această metodă, a toracelui şi rachisului, precum şi în epoca avântului considerabil pe care l'a luat chirurgia modernă **).

Anomalie congenitală de tip reversiv coasta cervicală este de obiceiu bilaterală se desvoltă inegal şi determină într'un procent accentuat turburări exclusiv unilaterale.

*

*) Presse Médicale, 1923, pag. 969.

**) Pentru cine interesează problema „Istoricului", chestiunei recomandăm capitolul din trecutul de terapeutică chirurgicală „sistemul aortic superior" al D-rului Dorin Dumitrescu, Ed. Cartea Românească, 1943. Tratat ce face mare cinste literaturii indigene.

Ca la toate malformațiunile osoase etio-patogenia este încă foarte obscură.

Din embiologie se știe că din cele 29 perechi de rudimente costale 17 dispar în cursul vieței intrauterine; unele din acestea din urmă, însă, printre cari în special cea de a 7-a cervicală, poate persista mai mult sau mai puțin timp, în raport cu celelalte. Această persistență, la unii indivizi poate deveni chiar definitivă, luând un aspect din p. d. v. morfologic fie de coastă completă fie de rudiment mai mult sau mai puțin desvoltat.

Cum coasta cervicală există în mod normal la unele vertebrate, — ca de pildă la reptile și pești, — și la unele mamifere, se înțelege ușor că la om ea reprezintă, precum am amintit, o anomalie regresivă.

Asupra cauzei sau cauzelor cari pot influența direct sau indirect evoluțiunea acestei anomalii s'au emis o numeroasă serie de ipoteze; dealtfel ca în toate malformațiunile sau distrofiile osoase.

Aceasta dovedește încă odată mai mult ignoranța noastră în acest domeniu.

Din acțiunea factorilor patogenici ca cei **toxiinfecțioși cronici** (sifilis și mai ales tbc.), invocați mai des, sau **biologici osteogenetici**, privind metabolismul diverșilor Ioni de Ca, F. Mg., etc., sau catalizator **vitaminic** sub influența disfuncțiunilor anumitor **glande endocrine**, îndeosebi: tiroida, parotidele, hipofiza, ovarul, etc., precum și a altor **factori de ordin mecanic externi** (traumatismul) nu se poate trage până în prezent nicio concluzie valabilă — care este primum movens al unui asemenea impuls osteogenic, la anumită vârstă și mai ales într'un domeniu anatomic așa de limitat (puncte de osificație costală), și de alură evolutivă quasi fiziologică în raport cu restul scheletului?

Traumatismul este știut astăzi că nu poate determina un proces de hipergeneză osoasă normală, ci cel mult s'o micșoreze sau s'o lase intactă. Reversibilitatea histogenetică a țesutului mezenchimal conjunctiv (din care face parte și țesutul osteo-cartilaginos) în diverse procese inflamatorii tumorale sau traumatice pledează în acest sens.

Să plece nu stimul care să acționeze printr'un mecanism complex dela sistemul nervos central, — așa cum vedem influențându-se în malformațiunile congenitale ale spinei bifida cartilagiile de conjugare ale membrelor inferioare?

Sau prin intermediul sistemului neuro-vascular simpatic?

Tot atâtea întrebări ce nu au primit încă un răspuns satisfăcător atât în studiul coastelor cervicale, — la cari majoritatea autorilor nici nu pomenesc vreun rând, — ci în acela mai generic al altor malformațiuni sau distrofii osoase congenitale sau câștigate (de ex: rachitismul, maladia osteogenetică, acromegalia polidactilia etc).

(Urmare)

ZONA ZOSTER — BOALA GENERALIZATĂ A NEVRAXULUI

de

D-r MARIA CÂNCIULESCU-BUNGEȚIANU

Suntem obișnuiți a socoti zona zoster sau herpesul zoster ca o neuroinfecție localizată într'unul din ganglionii rachidieni posteriori sau homologii lor cerebrali, exteriorizându-se clinic prin semne infecțioase, neurologice și o erupție cutanată particulară cu topografie metamerică.

Ori o bună parte din observațiile cazurilor de zona zoster nu arată această infecție cu ultravirus neurotrop ca pe o maladie localizată, ci din contra dovedesc că boala este generalizată, însă că procesul morbid e predominent în anumită parte a sistemului nervos manifestându-se astfel prin semnele caracteristice ei într'un metamer oarecare și numai într'o jumătate a corpului, fie că distribuția este myomerică fie că este rhizomerică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dealtfel zona bilaterală încrucișată sau cazurile cu vezicule aberante, trecând pragul metameric într'o regiune îndepărtată și nu la nervii învecinați, sunt în favoarea teoriei că herpesul zoster e o infecție generalizată a întregului nevrax, cu predominența virusului zosterian pentru căile senzitive.

Este o poliomyelită posteriaoră acută cum o socotesc Head și Campbell. Autorii englezi limitează leziunile la un ganglion spinal. Trebue ținut seama că procesul patologic este mult mai întins în nevrax decât s'ar crede; că putem întâlni placarde de vezicule zosteriene aberante sau generalizate, că ganglionii limfatici regionali sunt atinși, că se întâlnesc turburări nervoase senzitive, motorii sau vegetative.

Observația alăturată confirmă cele spuse mai sus:

D-na M. N., de 77 ani, de profesiune casnică, are în seara de 15 Febr. 1946, un junghiu sub omoplatul stâng. Noaptea are o stare rea, e dispneică, se sufocă, stă în sus ca să-și ușureze senzația de apăsare, aude numeroase sgomote în piept, începe să tușească, la început sec apoi expectorează din ce în ce mai mult o spută albicioasă, spumoasă, aerată.

E consultată dimineața de un medic care-i pune diagnosticul **„dublă pneumonie"**.

Examinată pe la ora prânzului, se constată că bolnava neliniștită, agitată, având nasul și degetele ușor cianotice, stă în pat cu perne multe

la spate încât are aproape o poziție verticală pentru torace; tușește și expectorează continuu o spută abundentă, f. aerată, spumoasă.

La examenul fizic se găsește o hipersonoritate în ambii plămâni, se aud raluri sgomotoase chiar dela distanță, la ureche raluri subcrepitante pe întinderea ambilor plămâni, mascând orice alte sgomote.

Cordul în limite normale, la ascultație are un suflu sistolic dur, aspru la vârf.

Abdomen sensibil în întregime, **ficatul** și **splina** nu sunt palpabile.

Nu prezintă edeme la membrele inferioare.

Puls 104. Tensiunea arterială $24^1/_2$ — 15. Temperatura 28°.

Punând diagnosticul de **edem pulmonar acut,** se face îndată o flebopuncție scoțând 340 cmc. de sânge, se injectează 1/8 miligr., ouabaină intravenos și 0,01 gr. pantopon subcutanat.

Seara 15 picături de digitalină.

Ziua următoare starrea generală mult mai bună, bolnava a putut să doarmă cursul nopții, dispneea a diminuat mult, expectorația a scăzut cantitativ.

Ascultatoriu plămânul arată raluri subcrepitante la ambele baze. La vârful stâng submatitate, un suflu nu prea intens și raluri fine ce apar după tuse. In axilă raluri crepitante.

Cordul degajat de ralurile edemului pulmonar care-l acopereau în ziua precedentă, arată un suflu sistolic la vârf cu o dedublare la bază.

Tensiunea arterială este $19^1/_2$—10. Puls 120 pe minut. Temperatura s'a ridicat la 41° (luată rectal).

Se recomandă 4 gr. de Ronin pe 24 ore (bolnava e de constituție mică și slăbuță), se dă un expectorant, injecție de ouabaină 1/8 mgr., și digitalină de două ori câte 15 picături.

In ziua a treia temperatura scade la 37,7, apoi a 4-a zi de boală 37,2 și sub 37.

Se continuă tratamentul pneumoniei cu sulfamide și susținerea cordului.

Bolnava e din ce în ce mai bine, răsuflă ușor, are apetit, vrea să se scoale din pat să facă treabă.

Se întrerup sulfamidele după patru zile de tratament.

In ziua de 22 Februarie, deci a 7-a zi de boală, bolnava are un aspect mai abătut, fără chef, fără apetit, cu dureri mari de cap. Temperatura este 37, 6, pulsul 68, nefiind explicată de nimic din partea plămânului.

In afară de cefalee se plânge doar de arsuri și dureri în regiunea sacrată. In acest loc se vede un tegument eritematos pe jumătatea stângă a corpului și bănuind începutul unei escare sacrate, se recomandă măsuri igienice, colac de cauciuc și o pomadă cu lanolină.

La 23/II temperatura se menține peste 37° la 37,7, stare generală e bună.

In regiunea fesieră stângă, pe porțiunea eritematoasă se observă un placard cu șase vezicule, de mărimea unui bob de mei, proeminente, dure. Palpând toată regiunea învecinată se simte sub deget un alt placard cu nodozități mici, ca niște alice sub piele, sensibile la palpare, durerile și senzația de arsură continuă să existe.

Bolnava se plânge de dureri cu furnicături în brațul stâng.

BCU Iași / Central University Library Iași

Două zile mai târziu placardele zonatoase sunt nete, unul are veziculo-pustule cu tendinţă la disecare cel de al doilea apărut în regiunea unde cu două zile înainte se simţeau papulele, are vezicule herpetice — nouă la număr — pline cu lichid uşor opalescent; un al treilea placard are vezicule pe cale de formare.

Arsurile sunt mai puţin tari.

De remarcat că grupele veziculare sunt numai pe fesa stângă şi în regiunea sacrată până la linia mediană.

Nevralgii accentuate în membrul superior stâng turbură bolnava şi cere să-i fie mereu fricţionat braţul spre a se calma.

La 25/II zona fesier are un nou placard mai mic, cât o monedă de 5 lei, unul din placarde are veziculele complet uscate. La membrul supeiror stâng durerile sunt tot aşa de accentuate şi antinevralgice nu au efect. Au apărut edeme, dosul mâinii şi antebraţul în 1/3 inf. sunt tumefiate, rămâne godet la apăsare.

Cercetând ganglionii regionali se constată un ganglion de mărimea unei cireşe în axilă, pe peretele extern, spre partea internă a braţului. Ganglinul este mobil, neaderent sensibil, aproape dureros la palpare. In mod spontan nu supără bolnava decât dacă apropie braţul de trunchiu.

La 27/II stare foarte bună deşi febra se menţine la 37,8°. Somnul şi apetitul bun. Pulmonar bine.

Zona fesieră mai prezintă trei buchete de vezicule, în evoluţie deosebită dela un placard la altul.

La mâna stângă edemul s'a ridicat până la jumătatea braţului, nevralgiile sunt mai accetabile, totuşi mişcările degetelor se fac cu greutate şi braţul e mutat mai greu din loc; însă bolnava se plânge de junghiuri în membrul inferior stâng. La examen se constată că un uşor edem a prins faţa dorsală a piciorului. Membrul opus este perfect normal. Nu există ganglioni limfatici tumefiaţi în spaţiul popliteu sau în regiunea ingvvinală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 3 Martie 1946 bolnava e sculată din pat, a început să lucreze, are apetit bun şi somn liniştit, se simte însă slăbită. Temperatura este încă 37,4.

In regiunea fesieră stângă se văd două urme pigmentare în urma unor placarde de vezicule, un grup de vezicule pe cale de uscare, un altul cu vezicule sparte. Două vezicule aberante sunt tot în jumătatea stângă a corpului.

Edemul e complet dispărut la membrul superior stâng, persistă doar durerile. La piciorul stâng edemul a suit perimaleolar, nevralgiile sunt supărătoare.

Peste câteva zile, văzând ultima dată bolnava, se constată că toate fenomenele de zonă au dispărut în afară de durerile nevralgice ce continuă a exista, mai slabe la membrul superior stâng, mai accentuate la cel inferior.

Intâlnim dar aci simptomele caracteristice afecţiunei:

a) semnele infecţioase

1. o uşoară stare subfebrilă, ce ar fi trecut poate neobservată, dacă maladia pentru care era tratată bolnava n'ar fi cerut măsurarea zilnică a temperaturei.

2. adenita zosteriană primitivă şi nicidecum secundară întrucât la

membrul superior stând nu am descoperit nici o erupţie cutanată ce ar fi putut prin infecţie să dea tumefacţia ganglionilor limfatici regionali. Ori tumefacţia ganglionară primitivă asociată durerilor nevralgice foarte violente cu senzaţii de arsură — dureri ce fac ca boala să fie denumită şi focul sacru (ignis sacer), feu de Saint Antoine — asociată uşoarei parezii şi turburărilor trofice (edemul), nu pun la îndoială existenţa zonei zoster.

Tumefacţia ganglionară era vizibilă, de mărimea unui bob de cireaşă ferm, elastic, mobil, dureros numai la palpare; a diminuat şi s'a rezorbit treptat.

Louis Ramonnd socoteşte adenita zonatoasă de mare valoare diagnostică, el descriind o triadă simptomatică: adenită, dureri, erupţie.

Adenopatia este un semn net infecţios, mai important chiar decât febra care uneori poate lipsi sau este discretă şi trece neobservată.

In cazurile de zona zoster monosimptomatică lipsa placardului vezicular nu infirmă un diagnostic de herpes zoster, dacă se întâlnesc celelalte 2 semne: adenopatia primitivă şi nevralgiile într'un teritoriu innervat de acelaş nerv.

Hipertrofia inflamatorie a ganglionilor limfatici regionali nu ţine numai de existenţa veziculelor herpetice, ea putând chiar precede apariţia placardului, poate fi şi de partea opusă placardului, ci este în legătură cu acţiunea directă a virusului zosterian pe lângă acţiunea produselor de descompunere ale ţesuturilor.

b) semnele cutanate în cazul nostru apar numai în regiunea fesieră, ca placarde eritemato-veziculare ce îşi fac apariţia la interval de câteva zile, placarde ce nu depăşesc linia mediană, deci cu topografia şi aspectul clasic al veziculelor zosteriene. Nu e cazul să insistăm asupra caracterelor cutanate ale zonei care sunt foarte cunoscute.

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library, Cluj

c) semnele nervoase sunt cele mai importante.

Intâlnim în cazul nostru: turburări sensitive,
turburări motorii,
turburări vegetative,
uşoare semne meningeale.

1. **turburări sensitive**, senzaţia de arsură şi jenă pe care o acuză bolnava în regiunea fesieră — adevărat ignis sacer — astfel, încât în primul moment se putea bănui începutul unei escare sacrate, apoi nevralgii puternice crescând în intensitate întâiu în membrul superior stâng, peste câteva zile dureri asemănătoare în piciorul din aceiaş parte. Durerile au persistat şi după ce boala a fost aparent vindecată *).

2. **turburările motorii** s'au instalat la câteva zile după apariţia durerilor din membrul superior. Ele se manifestă printr'o uşoară jenă la mişcările fine ale degetelor şi o greutate în a ridica braţul; pareza a fost trecătoare — în 2—3 zile bolnava nu s'a mai plâns de turburări de felul acesta.

3. **Turburările vegetative** se constată după apariţia edemelor, în-

*) Ţinând seama de vârsta bolnavei, durerile vor persista multă vreme, dealtfel se şi spune că „în zona durerea creşte cu vârsta".

tâiu la membrul superior, cam la o zi după apariţia nevralgiilor, acelaş lucru la membrul inferior după instalarea fenomenelor sensitive. Edemul a apărut întâiu la degete apoi a trecut la mână şi picior şi a crescut ajungând să depăşească cotul la braţul stâng, menţinându-se perimaleolar la membrul inferior. Nu putea fi vorba de un edem renal sau cardiac, nu erau semne clinice sau de laborator pentru această ipoteză. Dealtfel existenţa edemelor numai la membrele din jumătatea stângă a corpului, această unilateralitate netă ne-a făcut să le atribuim infecţiei zosteriene.

4. Semnele meningeale au fost discrete. Câteva zile de cefalee şi bradicardie paradoxală în primul momen tne-au făcut să constatăm că e vorba de o iritaţie a meningelor. N'am putut face o puncţie lombară spre a confirma această ipoteză prin reacţia albumino-limfocitară *).

In cazul nostru se constată doar un zoster unilateral însă ce nu se limitează numai la un teritoriu nervos. Infecţia e mult mai întinsă.

De bună seamă că virusul specific s'a localizat întâiu în ganglionii spinali ai nervilor sacraţi determinând semnele clasice de zona zoster.

Câteva zile mai târziu constatând însă că se instalează treptat nevralgiile, adenopatia şi edemul la membrul superior stâng, am bănuit că procesul infecţios a trecut din ganglionul spinal prin rădăcina posterioară în cornul posterior, apoi ascendent până la nivelul plexului brahial (C5—D1) realizând tabloul clinic mai sus descris, dând chiar uşoare fenomene motorii probabil prin comprimarea rădăcinei anterioare în gaura de conjugare prin ganglionul intervertebral respectiv tumefiat sau poate prin propagarea inflamaţiei prin contiguitate la filetele motorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acelaş lucru spunem despre nevralgiile şi edemul membrului inferior stâng, socotindu-le ca pe o întindere a procesului patologic în jos spre nervii sacraţi, însă aci nu mai apar fenomene motorii. Se ştie că în desvoltarea ontogenetică măduva sufere o ascensiune şi ganglionii lombo-sacraţi ai nervilor membrelor inferioare nu mai sunt în găurile de conjugare ci în spaţiul epidural, larg şi spaţios şi aci rădăcinile anterioare şi posterioare sunt separate de câţiva milimetri distanţă.

Prin urmare infecţia zosteriană a fost întinsă, desigur generalizată, însă predominând în jumătatea stângă a nevraxului şi cu deosebire la nivelul plexului sacrat, unde sindromul clinic a fost complet.

Difuziunea infecţiei în susul şi în josul măduvei a fost evidentă, se vede însă că nu a dat fenomene inflamatorii atât de accentuate, astfel încât au lipsit unele simptome: fenomenele cutanate (la membrul superior), placardul cutanat şi adenopatia (la membrul inf.).

Deasemeni turburările trofice (edemele) se explică prin iritaţia celulelor din cornul lateral al măduvei, fie prin aceea a fibrelor amielinice din rădăcina anterioară, fibre care ţin sub dependinţa lor troficitatea ţesuturilor şi conţin nervii vaso-motorii.

Ken Kuré şi colaboratorii săi atribuesc o funcţie trofică fibrelor din

*) Meningita zonatoasă este aproape totdeauna uşoară, atenuată, fugace, traducându-se prin cefalee cu bradicardie şi rareori prin redoarea cefei sau semnul Kernig. (Louis Ramond).

rădăcinile posterioare, parasimpatice, care conţin mielină într'un strat subţire *).

Leziunile din nevrax fiind atât de întinse nu e de mirare că au apărut uşoare semne meningeale, fie că au pornit dela ganglionul intervertebral mai mult atins, fie dela cornul posterior al măduvei.

Comunicarea lui **Touraine** şi **Ruel** despre „Zona paralitică cu episod apoplectiform" făcută la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (8 Nov. 945) arată de asemeni că leziunile nervoase sunt mult mai întinse.

Autorii prezintă un bătrân de 70 ani cu zona cervicală foarte dureroasă care 2 zile mai târziu face o paralizie facială de tip periferic, cu mare reacţie meningee, iar în convalescenţă face un ictus apoplectiform, urmat timp de câteva ore de o paraplegie flască a membrelor inferioare cu o reacţie meningee continu importantă **).

Deci numai excepţional se limitează procesul în porţiunea unde se exteriorizează prin erupţie.

Lhermitte şi **de Ajurriaguerra** aduc un caz demonstrativ la Société de Neurologie (5 Nov. 1936) al unui bătrân cu zona în teritoriul L I şi L II care sucombă şi la autopsie se găsesc leziunile myelitice maxime pe segmentele inferioare ale măduvei cervicale, deşi bolnavul n'a manifestat nici un simptom zonatos în regiunea corespunzătoare. Aceiaşi autori arată că în afară de leziunile ganglionare tipice se găsesc infiltraţii în rădăcina posterioară, în hemi-măduva corespunzătoare ca şi în hemi-măduva opusă, cu limfocite în jurul vaselor, proliferarea celulelor microglice, dilataţii vasculare şi degenerescenţa celulor nervoase (cromolyză şi cariolyză) din coarnele anterioare şi posterioare.

Procesul zosterian depăşeşte sensibil în înălţime limitele myelomerului corespunzând dermatomului sediu al erupţiei.

Procesul myelitic înaintează în sus, ganglionii şi rădăcinile vecine ganglionului principal fiind afectate.

Van der Scheer şi **Stuurman** arată că se poate întâmpla ca leziunile acestora să fie mai accentuate decât acelea ale ganglionului zosterian.

In zona generalizată procesul infecţios este şi mai întins. Chiar în zona monosegmentară afecţiunea nevraxului se întinde pe tot corpul şi produce fennomene corespunzătoare (ex. paralizia **Landry-Hardy, Triantaphyllidis, Wohawill, Schuback, Rieser** şi **Sol**).

In zona facială se prinde ganglionul Gasser, în zona oftalmică a-

*) Dealtfel **Mehlis** a constatat încă din 1818 relaţii între dispoziţia veziculelor zosteriene şi sistemul nervos simpatic. Pot exista modificări sudorale (hiperhydroză sau anhydroză) modificări ale temperaturei cutanate, căderea părului, pierderea dinţilor, salivaţie, edeme ale extremităţilor atinse de erupţie, alteraţii osteo-articulare, alteraţii pupilare, câteodată chiar sindromul Horner complet.

) **A. Dumas explică unele crize hypertensive din cursul zonei prin afinitatea virusului zosterian probabil şi pentru centrii nervoşi tensionali.

par fenomene asemănătoare oftalmiei simpatice, în cea auriculară se prinnd mai mulţi nervi cranieni *).

Berggreen şi Schüler constată că pe 2014 cazuri de zona localizările infecţioase nu erau numai pe un segment, ci pe 2 sau mai multe segmente ale corpului, uneori chiar pe 2 segmente ce nu sunt vecine.

Leziunile foarte întinse în sistemul nervos au fost constatate de Edinger, von Zumbusch, de Besch, Magnus, Hedinger, André Thomas, şi Laminére, Déjérine şi André Thomas, van der Scheer şi Stuurman, şi Schlesinger, Wohlwill constată pe 15 cazuri că „nervii periferici, rădăcinile anterioare şi posterioare, măduva spinării şi sistemul periferic simpatic, sunt focare de boală în afară de ganglionul spinal. Leziunile ganglionului spinal domină însă tabloul anatomo-patologic şi clinic al acestei neuro-ganglio-radiculo-mielite".

Inainte de a termina ţinem să reamintim importanţa zonei zoster monnosimptomatice, a „zonelor fruste" cum le numeşte Louis Ramond, întru cât multe algii sau paralizii sunt nediagnosticate etiologic. Şi pentru noi ar fi rămas nelămurite sau falş interpretate fenomenele observate la membrele stângi ale bolnavei a cărei foaie de observaţie am citat-o, dacă n'am fi avut certitudinea infecţiei zosteriene din metamerele lombosacrate.

Multe nevralgii şi adenopatii regionale pot fi explicate dacă ne gândim la un herpes zoster posibil.

Ramond arată că există zone fruste numai cu adenopatie, fără leziuni cutanate. Acelaş lucru îl descriu Widal, Sicard şi Minet.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

După cum admitem forme algice pure, fără erupţie, tot aşa trebuie să admitem şi forme motrice pure, sau sensitivo motrice, fără erupţie. (Leon Michaux, M-selle Granier şi R. Lacourbe).

BIBLIOGRAFIE

Amic M: Zona ophtalmique au cours d'une maladie hypertensive. Soc. nationale de méd. et des sciences médicales de Lyon. 18 Novembrie 1936. — **Autissier P:** Six cas de zona-varicelle et de varicelle-zona. Soc méd. chir. des hôp. libres, 3 Févr. 938. — **Agregaţi medicali:** Maladies infectieuses, Varicelle, vol. II pag. 316 F. Bezançon, M. Labbé, L. Bernard, J.-A. Sicard, A. Clerc, etc. — **Barraux et Rocques:** Névralgie du trijumeau et sympathalgies associées secondaires à un zona post traumatique. Soc. de méd. mil. française. 27 Mai 1937. — **Beau M:** Syndrome de Browne-Séquard ancien de 22 ans ràactivé à l'occasion d'un zona. Soc. de Néurologie. 8 Avril 1937. — **Berggreen et Schüler:** La localisation du zona. Dermatologische Wochenschrift, Nr. 8, Fevr. 1938 pag. 216. — **Bologa Emil:** Zona bilaterală (încrucişată). Acta medica romana, Nr. 1—2 1946 pag. 75. — **Bonnet-Roy:** Zona de la face avec paralysie faciale, otite suppurée,

*) **Gougerot** şi **Salin** socotesc că cel mai obişnuit e ca zona să rămâie localizată la singura rădăcină prinsă, pentrucă celelalte rădăcini capătă o imunizare rapidă. Iar **Duvoir, Pollet, Desville şi Herrenschimdt** interpretează veziculele aberante ca o auto imunizare ce se stabileşte lent.

éysipèll et épithélioma secondaire du pavillon. Soc. d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 28 Nov. 1935. — **Bronsses:** Zona et varicelle. Soc. de méd. mil. franç. 10 Nov. 1938. — **Chevallier P. et Garsc:** Zona accompagné d'éléments varicelliformes faisant penser à une varicelle concomitante. Soc. méd. des hôp. 17 Javier 1936. — **Delay Jean et J. Le Beau:** Péiarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona localisé dans le territoire de l'éruption. Soc. méd. des Hôpitaux, 25 Juin 1937. — **Dumas A:** Cryses hypertensives au cours de zona. Soc. méd. des Hôp. à Lyon, 12 Mai 1936. — **Duvoir, Pollet, Desville et Herrenschmidt:** Zona et vesicules aberrantes. Soc. franç. de Derm. et Syphil. 11 Mars 1937. — **Duvoir, Pollet, Gaultier et Goutner:** Zona auriculaire et bucco-pharyngé associés compliqués de paralysie faciale et d'hémiplégie vélopalatine. Soc. franç. de Derm. et de Syph., 9 Dec. 1937. — **Durand Paul:** Varicelle et pseudo chez son petit fils. Soc. méd. chir. des Hôp. libres, 4 Oct. 1938. — **Durand Paul:** Zona et herpes généralisé chez un léucémique et varicelle chez son petit fils. Soc. méd. chiar. des Hôp. libres, 4 Oct. 1938. — **Enriquezz Ed. et Mathieu Pierre Weil:** Zona pag. 446, Nouveau traité de pathologie interne vol. I. Maladies infectieuses et parasitaires. — **Euzière, Fassio et Lafon:** Mydriase unilatérale et zona ophtalmique. Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen. Janv. 1939. — **Prof. Gane Titu, D-r Maria Georgescu şi D-r Const.** Bellu: Zona zoster şi varicela. Soc. de Pedriatrie şi puericultură, 30 Oct. 1943. — **Gaté J., P. Cuilleret et H. Fumox:** Zona lombo abdominal et génito crural à évolution mortelle. Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 21 Juin 1938. — **Gavrila I.:** Zona zoster, pag. 81 vol. III din Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală — Hatieganu Goia. — **Gougerot et Blum:** Lymphangite zonateuse. Soc. franç. de Derm. et de Syphil., 8 Juin 1939. — **Grigorescu D. şi A. Păunescu Podeanu:** Zona. Herpes zoster pag. 360. „Neurologie practică" ed. I. — **Houzel Guy:** Existe-t-il une parantéentre la famille zona-varicelle et la leucémie? Soc. méd. chir. des Hôp. libres 3 Nov. 1938. — **Hissard M.:** Varicelle, puis zona chez un même sujet. Soc. franç. de Derm. et de Syph., 9 Dec. 1937. — **Iancu Axente:** Zona zoster şi varicela. Spitalul Nr. 11—12 1941 pag. 343. — **Ismain M.:** Paraplégie spasmodique grave par méningo-myélite au decour; d'un zona traité par l'acétylarsan. Soc. med. de Marseille 29 Mai 1942. — **Katz S.:** Le carbone intra veineux dans le traitement du zona. Presse méd. Nr. 44 1 Juin 1938. — **Kowler M.:** Deux cas de zona ophtalmique guéis en six et neuf jours par des badijeonnages au Bonain du cornet moyen nasal en éntier. Congrès français d'oto-rhino-laringologie, 18—21 Oct. 936. — **Loeper et G. Loisel:** Origine viscérale de certains zonas. Pr. méd. 1937, pag. 793. — **Laporte, Darnand et Berges:** La question du virus varicello-zonateux. Soc. de méd., chir, et pharm. de Touluse, 7 Juillet 1936. — **Lhermitte M. J. etde Ajurriaguerra:** La myélite extensive de zona. Soc. de Neurologie, 5 Nov. 1936. — **Lhermitte et Ajurriaguerra:** La myélite zosterienne. Soc. de Neur., 3 Fevr. 1938. — **Lhermitte et Ajurriaguerra:** La myélite zosterienne. Soc. de Neur., 3 Mars 1938. — **Masquin:** Zona et vitamine B. I. Soc. de Neur., 2 Mars 1939. — **Massini Rudolf-Basel:** Infectionskrankheiten (Bergmann şi Staehelin). Febris herpetica, pag. 698. — **Michaux, Lacourbe et Mlle Granier:** Paralysie post-zosterienne superposée sur une amyotrophie

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

préexistente. Soc. de Neur. 10 Juin 1943. — **Michaux Leon, Mlle Granier et R. Lacourbe:** Les paralysies zostériennes et le zona a debut paralytique. Presse Médicale Nr. 39 16 Oct. 1943 pag. 571. — **Payeur et Milaras:** Zona bilatéral de la deuxième branche du trijumeau. A propos du traitement du zona par la vaccination antistaphilococcique. Soc. d'oto-neuro-ophtalmologie de Strassbourg 14 Dec. 1935. — **Petges G., P. Sourreil et M. Deprecq:** Sur trois cas de zona avec éruption généralisée. Gazétte hebdomadaire de Soc. méd. de Bordeaux, Nr. 14-15 Apr. 1936 pag. 259. — **Piotrowski G. (Genève):** Traitement du zona par les extraits hypophysaires, Paris médical t. 27 Nr. 22 pag. 482 29 Mai 1937. — **Ramond Louis:** A propos du zona. pag. 33 vol. III Conférences de clinique médicale pratique. — **Ramond Louis:** Zona ophtalmique. Petites cliniques de la presse médicale 29 Janvier 1938. — **Rimbaud et H. Serre:** Zona des XI-e et XII-e racines dorsales après radiothérapie splénique au cours d'une léucemie myéloide. Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen Avr. 1938. — **Rupp^e Ch.:** Acquisitions récentes sur les lésions superficielles de la muquese buccale. (zona buccal). Presse médicale Nr. 81 Oct. 8 1938 Actualités thérapeutiques. — **Sarroy, Le Genissel et Stora:** Erythéme noueux ayant succédé à un zona chez un enfant inidgène. Soc. de méd. d'Alger 20 Mart. 1936. — **Sayer:** Zona fémoral récidivant. Archives of dermatology and syphilogogy t. 33 nr. 2 pag. 348 Fevr. 1936. — **Simons R. D. G. Ph.:** Herpes zoster, Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde (Amsterdam) T. 80 Nr. 18 2 Mai 1936 pag. 1910. — **Touraine et Ruel:** Zona paralitică, episod apoplectiform. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 8 Nov. 945. — **Touraine et Solente:** Zona double simultané, homolatéral. Soc. franç. de Derm. et de Syph. 10 Fevr. 1938. — **Touraine et Payet:** Algies persistantes d'un zona cervical inferieur avec paralysie du muscle peaucier correspondant. Soc. franç. de Derm. et de Syph. 10 Nov. 1938. — **Touraine et Picquart:** Zona duble asymétrique de la face sans réaction méningée, Soc. franç. de Derm. et de Syphil. 14 Janv. 1937. — **Touraine, Soulignac et Picquart:** L. histamine dans le traitement des douleurs de zona. Soc. franç. de Derm. et de Syph. II Mars 1937. — **Touraine et Baumgartner:** Algies du zona et réactions méningées. Soc. franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 8 Nov. 934. — **Tzanck, Bonnet et Jais:** Zona recidivant. Soc. franç. de Derm. et de Syph. II Mars 1937. — **Tzanck:** Traitement des algies du zona par l'anatoxine. Soc. franç. de Derm. et de Syphil. 2 Avr. 1936. — **Urechia et Elekes:** Zona bilatéral après injection de lipiodol. Soc. méd. des Hôp., 14 Janvier 1938. — **Voisin Jean:** Zona ophtalmique et ophtalmoplégie. Soc. d'ophtalmologie de Paris, Juin 1936. — **Warembourg et Crouwy:** Zona et varicelle. Réunion méd. chir. des hôp. de Lille 23 Jan., 1939. — **Weismann-Netter et Maurice Levy:** Varicelle chez un grabataire n'ayant pu être contractee qu'au voisinage d'un zona. Soc. méd. des hôp. 7 Janvier 1938. — **Wohlwill Lisbonne:** Zona. Les ultravirus des maladies humaines (C. Levaditti et P. Lépine) pag. 359. — **Zaharia N. I. şi A. Zwiecq:** Consideraţiuni asupra unui caz de zona zoster. Mişcarea medicală română Nr. 3-4 945 pag. 188. — **Zieler:** Zona zoster — Lehrbuch und Atlas der Haut — und Geschlechtskrankheiten IV Aufl. pg. 283.

© Biblioteca Universitară "Iaşi"

CÂTEVA CUVINTE ASUPRA PROGRESELOR IN STUDIUL TRACOMULUI

de

D-r LĂZĂRESCU DUMITRU (Iaşi)

Studiul tracomului s'a complectat în cursul ultimelor decade cu noţiuni foarte importante din care acele clinice au dus la lămurirea faptului necunoscut mai înainte anume al simptomelor iniţiale ale acestei infecţiuni cronice şi contagioase, astfel încât astăzi suntem foarte departe de afirmarea din 1877 a lui Varomont că „primele faze ale tracomului se petrec în mister". Aceasta se datoreşte cum ştim cu toţii metodei adoptate de medicii militari de punere în evidenţa a fundului de sac conjunnctival superior unde se petrece tot misterul. In lipsa îndepărtătorului lui Desmarres explorarea fundului de sac se poate face cu un ac de păr a cărui anză se curbează. Odată faza iniţială cunoscută s'a putut stabili toată filiaţiunea modificărilor mucoasei oculare, apoi ale corneei şi pleoapelor. Cunoaşterea tracomului dela primele sale manifestări a dus la posibilitatea unei profilaxii în condiţiunile cele mai eficace precum şi a înbunătăţirei pronostiicului într'un grad necunoscut până atunci şi în această privinţă şcoala oftalmologică dela Iaşi creiată de D-na Prof. D-r Elena Puşcariu şi condusă dela 1920—1940 a adus una din cele mai însemnate contribuţii dovedită prin lucrările sale asupra tracomului din care cea dintâi datează din 1914, care este una din primele lucrări dacă nu chiar prima în care e descris tracomul cu aspectul cel mai incipient, constituind I-a fază de evoluţie a bolii. Au urmat apoi şi alte cercetări atât ale D-nei Prof. E. Puşcariu cât şi ale personalului clinicei şi ale autorilor a numeroase teze lucrate în clinică. O dovadă de rolul practic al acestei şcoli este acela a unei stăviliri a răspândirei traconului, astfel încât în cursul acestui război problema acestuia a devenit aproape inexistentă, pe când în cursul şi mai ales în urma războiului trecut a fost o mare difuziune a acestei boale, devenind foarte răspândită în armată, orfelinate, şcoli, etc.

O boală cu cât este mai răspândită şi se dezvoltă timp îndelungat va prezenta o mare bogăţie de aspecte determinate de momentul în care se află, de reacţiunile individuale şi de afecţiunile asociate, aşa încât pentru începători simptomatologia tracomului e un adevărat chaos, aşa cum a fost pentru fiecare din noi la început. Pe normele creiatte de şcoala oftalmologică din Iaşi, aplicate, controlate, verificate în toate amănuntele pe materialul bogat de bolnavi din clinică s'a ajuns la cunoştinţe foarte precise. Aceste norme sunt în primul rând gruparea simptomatologiei în 3 faze în raport cu evoluţia leziunilor dela primele semne obiective, faze descrise de D-na Prof. Elena Puşcariu din 1914. In aceste trei faze se cuprind nenumăratele aspecte pe care le ia tracomul în cursul lungii sale dezvoltări; afară de acestea fac posibilă stabilirea pronosticului şi indicaţiunilor pentru tratament. In al doilea rând cunoaşterea aspectului caracteristic al tracomului incipient (faza întâia), face posibilă mai întâi prin tratamentul aplicat, o vindecare definitivă scutind pe acei atinşi de o boală atât de gravă cum e tracomul înaintat. Un alt

fapt extrem de important ce rezultă din cunoaşterea acestei faze, este posibilitatea profilaxiei Pe lângă acestea şcoala oftalmologică dela Iaşi a mai adus contribuţii în chestiunea panusului şi ulcerelor corneei, a contagiozităţii la adult şi a sistematizat metode de tratament cu care se obţin cele mai frumoase rezultate. Toate aceste chestiuni le expun pe scurt în cele ce urmează.

Fiindcă agentul patogen al tracomului nu se cunoaşte, definiţia boalei nu se poate face decât după caracterele clinice, cum este aceia a lui Saemisch „O afecţiune a conjunctivei care conduce la formarea de cicatrici". D-na Prof. Dr. Elena Puşcariu îl defineşte ca „o boală contagioasă a cărui agent e necunoscut, de lungă durată, care începe la conjunctivă, se întinde apoi la tars şi la cornee caracterizată prin un proces hiperplasic de inflamaţie cronică cu tendinţă la cicatrizare".

Necesitatea unei clasificări în simptomatologia tracomului a fost concepută şi de alţii ca Mac Callan, Cuénod şi în urmă Cornet. Deosebirea între clasificările acestor patru autori se văd în tabloul comparativ alăturat.

MAC CALLAN, 1909.

Faza I. Nimic patognomonic spre a-l deosebi de conjunctivita foliculară, E un tracom îndoielnic.

Faza II. a) Foliculi mari şi gelatinoşi; b) Cu desvoltare papilară.

Faza III. Când cicatrizarea a început. Adeseori necontagios.

Faza IV. Cicatrizare completă. Nu mai e contagios.

Faza V. — —.

ELENA PUŞCARIU, 1914.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faza I. Un aspect caracteristic cu foliculi în şirag sau grămezi, izolaţi sau confluenţi numai în fundul de sac superior.

Faza II. Invazie de ţseut tracomatos pe toată mucoasa, inclusiv regiunea tarsiană şi uneori pliul semliunar.

Faza III. Cicatrizare evidentă de obiceiu mai înaintată în fundul de sac. Adeseori şi panus cu sau fără ulcer şi complicaţiuni palpebrale.

Faza IV. — —.

Faza V. — —.

CUENOD, 1930.

Faza I. Tracom iniţial (Tr. I Mac Callan): Foliculi la marginea superioară a tarsului pleoapa superioară.

Faza II. Tracom generalizat şi la tars (2 a şi 2 b a lui Mac Callàn). Uneori cu panus.

Faza III. Tracom cicatricial şi precicatricial (3 şi 4 Mac Callan) cu complicaţii palpebrale.

Faza IV. — —.

Faza V. — —.

E. CARNET, 1937.

Faza I. Nimic patognemonic. Tracom îndoielnic.

Faza II. Foliculi în fundul de sac superior şi uneori pe bulb.

Faza III. Leziuni corneene în activitate fără început de cicatrizare.

Faza IV. Tracom precicatricial.

Faza V. Conjunctivă palpebrală sclerozată, uneori numai la fundul de sac. Tars dorsal, corneea uneori indemnă.

In clasificarea sa D-na prof. Dr. E. Puşcariu a cristalizat evoluţia clinică a tracomului în cele trei faze cu aspecte bine precizate şi atât de variate, care reprezintă momentele sau perioadele cele mai caracteristice din mersul acestei boale. Aaceastă clasificare având la bază evoluţia boalei stabileşte nu numai simptomatologia dar şi indicaţiile terapeutice şi pronosticul fiecărei faze în parte. Astfel faza I-a înseamnă modificări caracteristice în fundul de sac conjunctival superior, cu simptome subiective absente sau neînsemnate, având un pronostic bun adică se vindecă cu tratamentul de care vom vorbi; în faza 2 deşi toată mucoasa e invadată de procesul tracomatos simptomele subiective sunt relativ foarte intense, spre deosebire de alte conjunctivite mai mult sau mai puţin asemănătoare cum e conjunctivita de piscină, unde fenomenele subiective sunt intense; în această fază cu un tratament bine condus se obţin vindecări sau ameliorări de foarte lungă durată. Ţesutul cicatricial uneori fiind friabil se rupe când se răstoarnă pleoapa superioară producând mici hemoragii, constituind un semn sigur de tracom. Un pronostic grav îl deţine faza 3 la care nu se pot obţine decât ameliorări de durată variabilă pentru că în această fază procesul tracomatos a pătruns în grosimea tarsului având ca consecinţă complicaţiile palpebrale şi nu rare ori e invadată şi corneea.

Majoritatea trachomatologilor arată că panusul se observă numai la bolnavi vechi cu forme înaintate şi grave de tracom. Sunt rari autori ca Morax care admite că poate surveni şi mai precoce. El scrie: „Imprejurările care prezidă apariţia panusului nu ne sunt cunoscute şi se vede panus dezvoltându-se câteva săptămâni sau numeroşi ani după începutul tracomului". Cercetările făcute timp îndelungat de D-na Prof. Dr. E. Puşcariu au dus la concluzia ca panusul apare excluziv în ultima fază a boalei (3), corespunzătoare fazei 3 şi 4 a lui Mac Callan, şi nici odată în faza a 2-a a tracomului. Tot odată atrage atenţia că pânusul survenit la tracomatoşi în primele două faze este datorit cu siguranţă asociaţiunei unei alte afecţiuni în majoritatea cazurilor conjunctivita eczematoasă sau uneori conjunctivitei gonococice sau ulcerului serpiginos şi poate fi înlăturat printr'un tratament adequat, rămânând numai tracomul pur.

Din cercetările observaţiilor bolnaşilor internaţi în clinica oftalmologică din Iaşi, între 1918—1940 inclusiv, dată după care evenimentele războiului au făcut să nu se mai poată interna curent tracomatoşi, reese clar cele arătate mai sus relativ la panusul din conjunctivită granuloasă.

In aceşti 25 de ani au fost ospitalizaţi la clinică 2073 bolnavi cu tracom şi anume: 316 în faza I; 523 în faza 2 şi 1254 în faza 3 (dintre aceşti 901 cu panus). Cei mai mulţi pacienţi au fost ospitalizaţi între anii 1921—1929.

In linie generală numărul cazurilor din faza I-a şi 2-a este mai mare cu cât ne îndepărtăm spre trecutul post belic când a fost o epidemie de tracom şi prin inspecţii în orfelinate, şcoli etc., se descoperia boala dela începutul ei, — şi scade către ultimii ani făcând loc fazei 3-a cicatricială. Tracom I se vede astăzi destul de rar la consultaţiuni.

Ţinând seamă de faza bolii şi vârsta bolnavilor am întocmit următoarea statistică.

Digitized by Central University Library Cluj

Bolnavi între	Tracom 1	Tracom 2	Tracom 3	Tracom 3 cu panns
0— 1 ani	6	9	—	—
1— 5 „	12	10	—	1
5—10 „	24	22	6	12
10—15 „	97	111	20	28
15—20 „	76	146	56	87
20—30 „	68	126	81	237
30—40 „	15	53	70	215
40—50 „	11	19	45	170
50—60 „	5	18	43	96
60—70 „	2	8	11	50
70—80 „	—	—	1	5
	316	523	333	901

Deci dintr'un total de 1234 cazuri de tracom în ultima fază (3), panusul a fost prezent în 901 cazuri (73,07%). El nu poate fi pus în raport cu vârsta bolnavilor ci numai cu vechimea trocomului. Se poate vedea atât la adult şi bătrâni cât şi la copii. Atât D-na Prof. E. Puşcariu cât şi Meyerhof, au notat panus la copii între 3—10 ani, pentru că la aceştia boala data de multă vreme, din timpul alăptării, constituind după expresia unor oftalmologi „un cadou dela doică". Cazurile de tracom la sugari nu sunt excepţionale şi în statistica noastră există observaţii de tracom 1 şi 2 la etatea de 2 şi 3 luni. In legătură cu aceasta amintesc o epidemie la serviciul de puericultură Iaşi, în care o doică cu tracom înaintat a contaminat 30 de sugari şi copii până la 2 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faza I-a a boalei este mai rar notată către bătrânete. Intr'o lucrare, „Considérations statistiques sur les phases du trachome pendant l'âge de la scolarité (7—28 ans) chez des éleves et des non élèves" din Revue Internationale du Trachome, 1929, D-na Prof. E. Puşcariu, bazată pe statistici cuprinzând 391 cazuri de tracom între 7—20 ani la 291 elevi şi 100 neelevi, arată că faza 3 cu panus e mai rară (12/163) la elevi care se tratează de cât la neelevi (40%) de aceiaşi etate şi conclude ca panusul e frecvent, apare la tineri care nu se tratează şi când afecţiunea e deja veche. Panusul reprezintă o fază avansată de tracom la care însă nu ajung toate cazurile de tracom datorită fie rezistenţii individuale, precum şi altor împrejurări în special traumatismelor cât de neînsemnate, (Augstein), mici accidente de muncă (Morax, Sédan et Mastier), afară de acestea când se face o cheratotomie pentru o extracţie de cataractă sau iridectomie la un tracomatos vechi cât de bine cicatrizat, apariţia unui panus nu e exclusă. Foarte probabil ca tot prin o rezistenţă individuală uneori tracomul evoluiază pe nesimţite, se cicatrizează şi se vindecă spontan, lăsând urme deabia perceptibile o conjunctivă fin cicatrizată cum a fost semnalată şi descrisă de D-na Prof. E. Puşcariu din 1914, sub numele de „tracom benign". Apariţia panusului se întovărăşeşte de dureri, fotofobie, lacrimare şi scăderea vederei, care face pe bolnavi să ceară ajutorul medical.

Intre bolnavii noştri din faza 3-a am găsit notat entropionul de 17

ori ori iar la bolnavii cu tracom 3 şi panus de 64 ori. Ulcerul corneei a fost observat de 35 de ori la bolnavii cu panus.

Biomicroscopia a contribuit mult la studiul tracomului, stabilindu-se deosebiri între foliculii banali şi foliculii tracomatoşi; cei dintâi cu un buchet vascular în centrul lor, cei de al doilea numai cu o slabă vascularizaţie periferică, — dar mai ales punând în evidenţă primele semne de cicatrizare ceia ce este semnul cel mai caracteristic şi patognomonic. Pentru diagnosticul în faza I este tratamentul cu sulfat de zinc 1% în instilări 15—30 de zile cu care conjunctivita foliculară dispare în general.

In privinţa agentului patogen ignoranţa noastră se menţine pentru că unii după alţii agenţii presupuşi nu s'au dovedit a fi aceia ai tracomului (incluziunile lui Prowackzek şi Halberstädter, bacterium granulosis a lui Noguchi, richeţiile lui Busacca etc.).

O chestiunne care mai ridică câte odată discuţii dovedind divergenţe de păreri este aceia a contagiozităţii. Această chestiune a fost dezbătută la un congres al ligei contra tracomului ce a avut loc la Paris în 1937, unii autori fiind de părere că la adult contagiunea aproape nu există; fapte care nu confirmă această părere au fost expuse de D-na Prof. E. Puşcariu şi D-na E. Triandaf în o publicaţie din Revue Intern du Trachome 1939 şi care rezultând din observaţiile clinicei arată că numeroşi adulţi (293) s'au contaminat în cursul serviciului militar, precum şi din constatarea tracomului conjugal în 84 de cazuri pe care soţia îl contractase dela soţ care era bolnav din armată.

Afară de aceste fapte extrem de convingătoare este o epidemie de tracom care s'a produs la alienaţii ospiciului dela Socola în anii 1928—1929 cele mai multe cazuri (27 din 112) se găseau dela 20—40 ani. Această epidemie a format subiectul de teză a D-rei Pisarewski 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă adulţii contractă mai rareori tracomul, nu este din cauză unei rezistenţe mai mari ci pentru că ei îşi duc mai rare ori viaţa în aglomeraţiuni.

In privinţa tratamentului spaţial nu'mi permite să-l expun în toate amănuntele aşa cum le-a arătat D-na Prof. E. Puşcariu în România Medicală din 15.I.1931 şi mă voiu mărgini la principiile generale.

După o perioadă în cursul căreia la clinică s'a aplicat metodele cele mai reputate de tratament, s'a ajuns la constatarea că ori care tratament fie masaj, fie curetaj trebue urmat un oare care timp (20—45 de zile) — asta în raport cu vechimea boalei — de cauterizări zilnice cu creionul de sulfat de cupru. Numai cicatrizarea care se produce repede nu va da loc la îngroşări şi scurtări ale fundului de sac. Asupra panusului deasemenea au acţiunea cea mai eficace precum şi asupra ulcerelor. Bine înţeles că atunci când sunt complicaţii palpebrale, trebue intervenit cu tratament chirurgical.

BIBLIOGRAFIE

Busacca Archimede. La frequenza delle complicazioni corneali nel trachoma dedotta dallo esame di cento casi. Revue Intern, du Trachome 1932 p. 57. — Bruck A.: Contribution a la clasification du trachome. Idem. 1935 p. 24. — Mac Callan: The surgery and pathology of tracho-

matous conjunctivitis. Idem 1936 p. 1. — Cornet Emanuel: Clossification du trachome de cornet simplifiée par l'auteur pour l'usage courant. Idem. 1937 p. 178. — Cuénod et Roger Nataf. Une métode de traitement du pannus trachomateux. Idem. 1928 p. 129. — Cuénod et Roger Natof: Biomicroscopie de la conjouctive. Soc. Française d'ophtalmologie 1934. — Cuénod: Le trachome. 1929. — Iamandi Gr. é Lăzărescu D.: Contributo alla evoluzione ed. alla differenzazione dei panni corneali di natura eczematosa e tracomatosa. Annali di oftalmologia Bari 1932 p. 3. — E. Lăzărescu. Intradermo reacţia Tricoire în tracom. com. soc. rom. de oftalm. Bucureşti 1931. — Michal D.: L'étiologie, la contagiosité l'étude experimentale et l'anatomie pathologique du trachome. Raport la congrresul de oftalmologie, Bucureşti 1924. — Michail D.: Concepţia actuală a tracomului. Cluj. Medical 1923 p. 257. — Michail: Tratat de oftalmologie 1928. — Mihail E. Alex.: Cercetări asupra modificării formulei leucocitare în tracom. Teză. Iaşi 1935. — Morax: Trachome et accident du travail. Revue intern du Trachome 1929 p. 95. — Morax: Complications corneenes du trachome. Idem 1929 p. 91. — Morax et P. J. Petit: Le trachome (conjonctivite granuleuse) 1929. — Mayerhof Max: Sur quelques formes grav s de trachome observées en Egypt. Revue Intern du trachome 1929 p. 69. — Pisarewski: Consideraţiuni asupra tracomului la alienaţi cu studiul epidemiei dela spitalul Socola. Teza Iaşi 1930. — Pomarsky Ewdin: Valoarea corpusculului lui Prowaczeck Halberstädter pentru diagnosticul tracomului. Teza. Iaşi 1931. — E. Puşcariu: Le trachome au point de vue clinique et avec des considérations sur son état en Roumanie. Bucureşti. Revista Medico Chirurgicale 1914. — E. Puşcariu: Le trachome. Formes cliniques, affections associées, evolution durée, pronoştic. — E. Puşcariu: Le trachome pendant les années 1924 et 1929 à la clinique des maladies desyeux de la Fac. de Mèd. de Yassy. Ibid, 1927, p. 29. — E. Puşcariu: Cursuri de clinica şi teorie oftalmologică. Partea I. 1927. — E. Puşcariu: Considerations statistiques sur les phases du traitement pendant l'âge de la scolarité (7-10 ans) chez des élèves et des non élèves. Rev. Intern du Trachome, 1929, p. 121. — E. Puşcariu: Tratamentul şi profilaxia tracomului, România Medicală, 1931. — E. Puşcariu: Le trachome incipient, cicatrisation et récidives. Leur valeur diagnostique. Revue. Intern. du Trachome 1931 p. 159. — E. Puşcairu et J. Nitzulescu: Il Bacterium granulose di Noguchi a l'etiologi del Trachoma Annali di Ottalm. e clinic oculistica, 1932, p. 393. — E. Puşcariu: Les tracherches nouvelles sur l'étiologie du trachome. Revue Medico-Chirurrg de Iassy, 1938. — E. Puşcariu et E. Triandaf: Au sujet de la contagion du trachome specialement chez l'adulté. Revue. Intern du trachome 1939. p. 24. — Stănculeanu şi Michail: Conjunctivita granuloasă (Trahomul). Bucurest 1910. — Stănculeanu und Michail. Das Trachom nach dem Gegenwüştigen Stande der Forschung, Wien, Serfar, 1912. — Sedan: Sur la contagios du Trachome envisagé au point de vue clinique. Revue Interne du Trachome 1937 p. 65. — Sedan et Mastier: Trachome et accidents du traivail ibid. 1924 p. 138. — Szymanoski: Classification du trachome. ibid. 1931 p. 117. — Truc Valude Frenkel: Ophtolmologie. — Worws et Marnioiton: Le trachome 1929.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HERNIILE DISCURILOR INTERVERTEBRALE

de

DEM. PAULIAN și **ION TEMELIESCU**

Cunoașterea herniilor de disc constitue o etapă importantă în diagnosticul și tratamentul compresiunilor medulare și radiculare. **Majoritatea cazurilor de sciatică și lumbago rezistente la tratamentul medicamentos și fizioterapic sunt datorite herniilor posterioare ale discurilor intervertebrale.**

Prima mențiune de hernie a discului este făcută de **Virchow** în 1857.

In 1911 **Goldthwaite** atrage atenția asupra compresiunii rădăcinilor nervoase prin hernia posterioară a discului. In același an **Middleton** și **Teacher** publică un caz de hernie controlat necropsic. In 1925 **Adson** raportează extirparea unei masse cartilaginoase, eșită din discul intervertebral, care a comprimat măduva cervicală și a produs simptome caracteristice de tumoră medulară cervicală. In 1928 **Stookey** și **Byron** au descris 7 cazuri de hernii de disc, ce produceau compresiune medulară. In 1929 **Dandy** raportează 2 cazuri de paraplegie produse de hernii ale discurilor lombare. Observațiuni numeroase au mai fost făcute de **Krause** și **Oppenheim, Elsberg, Alajouanine** și **Petit-Dutailles, Crouzon, Kuttner, Alpers, Schachtschneider,** etc. **Mauric** a făcut în 1933 o excelentă sinteză.

Toate cazurile autorilor au fost diagnosticate operator sau necropsic.

Glorieux este acela care pune la punct diagnosticul radiologic al herniilor posterioare, printr'o serie de comunicări, începând din 1932 și prin frumoasa sa monografie apărută în 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Simultan au apărut lucrările clinico-radiologice, bogat documentate ale autorilor americani **Hamoton** și **Robinson, Love** și **Camp, Love** și **Walsh, Johnson.**

La noi în țară **Firică,** în raportul său făcut la Congresul național de Chirurgie din 1939, rezervă un amplu și documentat capitol herniilor posterioare ale discului. Au mai publicat un caz diagnosticat radiologic **Jovin, Melinte** și **Temeliescu. Calmarovici,** în teza sa, se ocupă de herniile intra-vertebrale.

Discul intervertebral se compune dintr'un sâmbure central-nucleul gelatinos sau pulpos („nucleus pulposus") — înconjurat de un inel fibros. El este limitat în partea superioară și inferioară de câte o placă de cartilagiu. Nucleul gelatos se află subt presiune. El face imediat relief când se secționează un disc intervertebral. Când chinga în care este strâns slăbește, nucleul pulpos herniază. Hernia se poate face, după cum au demonstrat **Schmorl** și **Junghanns,** fie în corpurile vertebrale (dând așa numiții „noduli ai lui Schmorl"), fie lateral, fie posterior (în canalul rachidian). In acest din urmă caz ea dă naștere la fenomenele de compresiune medulară, dacă este situată în regiunea cervicală, dorsală sau lombară superioară, sau la fenomene de compresiune radiculară, dacă este situată subt nivelul vertebrei L_2.

Grosimea discului este cea mai mare în regiunea lombară şi ea creşte dela primul la ultimul lombar. Cele mai voluminoase hernii le vom găsi la ultimele discuri lombare.

Hernia poate fi primitivă sau secundară (traumatică). Traumatismul poate fi destul de moderat, fără leziuni osoase. Fracturile vertebrale se pot însoţi de hernii intra-somatice sau de hernii posterioare.

Herniile posterioare pot fi unice — interesând un singur disc — sau multiple. Pot fi mediane sau laterale. Ele pot fi mici şi reductibile, foarte greu de descoperit radiologic şi operator, sau foarte voluminoase, în regiunea lombară inferioară mai ales, când pot da o obstrucţie totală a canalului rachidian.

Diagnosticul clinic este relativ uşor, când există în antecedente un traumatism şi când evoluţia fenomenelor este de lungă durată, cu remisiuni spontane şi exacerbări în anumite poziţii. Traumatismul are valoare etiologică chiar când este minim: o ridicătură, o mişcare bruscă, o cădere uşoară etc. Traumatismul lipseşte însă într'un mare număr din cazuri (cam 40%). Hernia nu se trădează uneori decât prin simple dureri sciatice sau lombare.

Un imens procent din sciaticele „Reumatismale" de lungă durată sunt datorite unor hernii posterioare de disc şi singurul tratament logic este cel chirurgical; extirparea herniei, sau simpla laminectomie aducând vindecarea bolnavului.

Hernia posterioară mai poate fi cauza unor turburări sfincteriene, cari pot merge dela incontinenţa periodică de urină la retenţie.

BIUO Gr. T. Popa Iaşi - Digitized by Google

In herniile superioare se produc fenomene de tetra — sau parapareză.

Examenul radiologic simplu şi examenul tranzitului de Lipiodol pe masa basculantă, permite, graţie progreselor technice din ultimul timp, un diagnostic de mare fineţe. El poate preciza sediul şi natura compresiunei şi este obligator în toate cazurile suspecte de hernie de disc.

PROCEDEU CHIRURGICAL DE CORECTURĂ A PROLAPSULUI ŞI DEVIAŢIEI UTERINE

de

D-r RAŢIU JAGER FRANCISC
Ginecolog — chirurg

Un procedeu care se bazează pe scurtarea prin rafie a ligamentelor rotunde, concomitent cu fixarea peritoneului vezical la peretele anterior al uterului prin 3 suturi, făcând prealabil o scarificaţie la acest loc, pentru obţinerea unei aderenţe solide. Prin procedeul preconizat de autor s'a reuşit să se aducă uterul într'o poziţie aproape normală, fiziologică.

Situaţia nouă nu dă nici o tulburare şi nu influenţează în rău evoluţia sarcinei, nici naşterea, astfel că funcţia de reproducere nu este jenată.

Recidivele se produc într'un procent mic. Operaţia se execută sub ochiul operatorului, permiţând explorarea regiunei, recunoaşterea leziunilor anexiale concomitente şi controlul poziţiei uterului redresat.

Din 26 de cazuri operate prin acest procedeu s'a ivit un singur caz de recidivă uşoară care s'a prezentat sub forma unui colpocel uşor, deci recidive de 2,7%.

Procedeul este din punct de vedere tehnic unul dintre cele mai simplu de executat

Avantajele şi desavantajele diferitelor procedee în terapia chirurgicală a prolapsului şi a deplasărilor patologice uterine sunt mai mult decât suficient cunoscute, astfel în cât nu este necesar să le trecem în revistă cu toate detaliile lor.

Totuşi, înainte de a descrie procedeul întrebuinţat de mine, şi pentru a putea face o comparaţie între metodele obişnuite şi cea întrebuinţată de mine, voi reaminti câteva din procedeele cele mai întrebuinţate, pentru a arăta avantajele şi desavantajele lor, în această lucrare. Tratamentul chirurgical al deviaţiunei uterine se bazează pe etiopatologia mijloacelor de suspensie şi de susţinere precum şi pe vârsta bolnavei. Intrucât subiectul acestei lucrări se încadrează în procedeele operatorii cari se bazează pe refacerea mijloacelor de suspensie şi anume pe scurtarea ligamentelor rotunde, cu fixarea peritoneului vezical de uter şi eventual de scurtarea ligamentelor largi — uterine, ne interesează în mod special anatomia aparatului de suspensie al uterului, din care cauză şi din lipsa de spaţiu ne vom mărgini numai la recapitularea pe scurt a mijloacelor de suspensie, cari se clasifică după inserţia lor, în două categorii: inserţii pe corp şi inserţii pe col.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. INSERŢII PE CORP

a) **Ligamentele rotunde:** sunt nişte cordoane fibro-muşchiulare, rotunde cari se înseră pe faţa anterioară a corpului uterin şi merg în sus şi lateral, trecând sub foaia peritoneală anterioară a ligamentului larg, trec pe sub artera epigastrică, intră în canalul inguinal, îl traversează şi se împart — eşind de acolo — în fascicole fibroase, cari se înseră la muntele Venus şi la bursele mari. Aceste ligamente — uneori subţiri — sunt susceptibile de a se opune într'un grad oarecare retroversiunei. Spiegelburg (1884) a făcut constatarea la o femeie, că o contractură a fibrelor netede din ligamentele rotunde ar fi capabilă să tragă uterul înainte. Chiar rezultatele obţinute în operaţiuni la retrodeviaţiilor pledează de asemenea în favoarea realităţii acestor afirmaţiuni.

b) **Ligamentele largi** sunt formate din dedublarea celor două foi

peritoneale cari acoperă uterul, merg la peretele lateral al excavației și căptușesc pe aceasta.

2. INSERȚII PE COL.

a) Ligamentele utero-sacrate: înconjură părțile laterale ale rectului și se inseră pe fața anterioară a sacrului, pe vertebrele 3 și 4 sacrate.

Tratamentul chirurgical al prolapsului uterin și al deviațiunilor uterine se poate împărți în patru categorii:

1. Operațiuni care se adresează mijloacelor de susținere a uterului (Colpoperinorafiile anterioare și posterioare).

2. Operațiuni cari se adresează mijloacelor de suspensiune (Ligamentopexia).

3. Operațiuni cari se adresează uterului direct (Hysteropexie, Hysterectomie parțială și Hysterectomie totală).

4. Operațiuni combinate cari se adresează și elementelor de susținere, precum și mijloacelor de suspensie.

Intrucât operația noastră se încadrează în categoria a II-a ne vom margini exclusiv la descrierea schematică a câtorva procedee mai întrebuințate, cari se adresează mijloacelor de suspensie.

Fixarea uterului în anteflexie, prin scurtarea ligamentelor rotunde se face pe două căi: I. extraperitoneal și II. intraperitoneal.

I. SCURTAREA LIGAMENTELOR PE CALE EXTRAPERITONEALA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. **Procedeul lui Alquis Alexander Adams.** Primul care a preconizat fixarea uterului prin scurtarea ligamentelor rotunde pe cale extraperitonală a fost Alquis Alexander Adams. Operația constă printr'o incizie oblică de cca. 6—7 cm. care trece lateral dela tuberozitatea osului pubian merge paralel cu ligamentul lui Poupart până la fascia mușchiului oblic extern. El face apoi ligatura vaselor epigastrice superficiale; o ramură a venei rușinoase externe și ramurile mici ale vaselor spermatice externe. După decolarea fasciei cu ajutorul unui tampon până la tuberozitatea pubiană, inelul canalului inguinal va fi liber. Dacă descoperirea ligamentului rotund ne face dificultăți, incizăm puțin inelul canalului și vom ridica ligamentul rotund cu ajutorul unei pense după care facem decolarea țesuturilor din jurul lui.

Pentru a evita durerile postoperatorii, este de recomandat ca să resecăm nervul ilioinguinal (nervul sermatic extern) pe care îl întâlnim aici. Pentru reducerea retro-versiunei un ajutor ridică uterul retroversat cu degetul prin vagin împingând colul în sus. Se fixează apoi ligamentele rotunde de canalul inguinal și se rezecă părțile exuberante ale ansei ligamentului rotund. Operația se termină cu închiderea plăgii. Este de la sine înțeles că această intervenție va fi executată bilateral și numai în cazuri excepționale (Stoeckel) și unilateral, în operațiile pentru sterilitate, când aceasta este datorită poziției vicioase a uterului. Rezultatele depind de alegerea potrivită a cazu-

rilor, totuş, recidivele după statistica lui Jaschke sunt de 10%. Aceste recidive nu se datoresc unei tehnici greşite, ci sunt cauzate mai mult de aderenţele cari au scăpat din vedere. Vedem astfel că recidivele sunt destul de frecvente din cauza lipsei de posibilitate a controlului direct al aderenţelor. Partizanii acestui procedeu preferă această metodă din motive tehnice, bolnava fiind scutită de şocul peritoneal şi o eventuală infecţie peritoneală. Insă cu tehnica de azi a asepsiei perfecte, deschiderea peritoneului nu constitue niciun pericol pentru bolnavă şi în schimb ne asigură o reuşită mai mare din cauza vizibilităţii perfecte a câmpului operator şi ne permite o orientare asupra situaţiei anatomice.

Avantajul ei este, că permite mobilitatea uterului în caz de sarcină, dar desavantajul întrece aceasta fiindcă lucrăm în obscur. Am executat şi eu această intervenţie în cazul de reflexiune uterină concomitentă cu hernie inguinală la două cazuri, dar când eram sigur că existenţa aderenţelor este exclusă, putând prin introducerea cu câteva zile înainte de operaţie a unui pesar să menţin poziţia uterului în antiflexie.

Pentru degajarea aderenţelor Franz a recomandat laparotomia Alexander, adică deschiderea peritoneului şi degajarea aderenţelor după care urmează scurtarea ligamentelor. Desavantagele acestei operaţiuni nici nu merită să fie discutate.

2. **Procedeu lui Juvara.** Consta prin scurtarea ligamentelor uterului pe calea inguinală. Prof. D. Juvara a preconizat două procedee:

1. După deschiderea canalului inguinal se disecă ligamentul rotund şi apoi se procedează ca în operaţia lui Bassini pentru reconstrucţia peretelui posterior al traectului inguinal.

2. Ligamentul rotund, după ce a fost disecat şi scos din abdomen până la cornul uterin, este divizat în două curele cari traversează, cea superioară planul micului oblic şi al transversului precum şi tendonul marelui oblic, cea inferioară arcada crurală.

Cele două curele ale ligamentului rotund sunt legate împreună deasupra aponevrozei marelui oblic.

3. **Procedeu lui Cristea Grigoriu.** Ligamentopexia intraabdominală a ligamentelor rotunde. După deschiderea abdomenului, se face de fiecare parte a uterului în meso-salipinx o butonieră pe unde sunt scoase ligamentele rotunde în forma de ansă. Deaci încolo diferă puţin de procedeul Baldy-Dartigues. Se cresteazā pe faţa posterioară a uterului la acelaş nivel sau în planuri diferite, două lambouri pediculizate, numai din muşchi, cari sunt trecute prin cele două anse ale ligamentului rotund.

Insfârşit lambourile sunt suturate prin fire separate la muşchiul uterin.

II. SCURTAREA LIGAMENTELOR PE CALE INTRA-PERITONEALA.

1. **Procedeu după Franke.** Cu ajutorul unei pense pean se trec ligamentele rotunde în mijlocul distanţei dela canalul inguinal şi uter pe sub trompă, adică prin mezosalpinx. Capetele ambelor îndoituri de ligamente vor fi fixate îndărătul uterului prin o sutură cu catgut,

sutura trecând atât prin capetele ligamentelor cât şi prin pereţele uterului.

2. **Ventrosuspensia ligamentelor rotunde după Gillian-Doléris.** Printr'o incizie mediană deschidem cavitatea abdominală şi după aducerea uterului în antiflexiune vom face o incizie de 1 cm., (butonieră) în fascia dreptului abdominal, de ambele părţi care este situată lateral de incizia mediană. Cu ajutorul unei pense ridicăm ligamentele rotunde la vreo 3-4 cm., dela uter, le trecem din cavitatea abdominală înaintea fasciei şi aci le vom uni prin o sutură între ele şi le fixăm de fascie.

Rezultatul acestor două procedee din urmă nu poate fi fericit, deoarece prin fixarea uterului mobilitatea acestuia mai ales în caz de sarcină este inhibată, femeia gravidă fiind expusă în multe cazuri la avorturi sau naşteri premature. S'au mai notat cazuri când femeia acuza deseori dureri în reg. abdominală, sacrată, şi alte simptome adjuvante.

Totodată trebue să amintim câteva procedee chirurgicale româneşti în tratamentul prolapsului şi retodeviaţiunilor cum sunt: **Procedeul Prof. Toma Ionescu, Proced. D-r N. Bărdescu, Proc. Prof. Iacobovici, Prof. Amza Jianu, D-r C. Leonte, D-r Victor Gomoiu, Prof. N. Ghiorghiu.**

Procedeul întrebuinţat de mine este o metodă care se bazează pe aducerea uterului într'o poziţie fiziologică normală. Sunt convins că această metodă nu se poate aplica în toate cazurile de deviaţiuni şi prolapsuri uterine, însă cred că are o indicaţie mai largă decât orice altă metodă, putând fi aplicată la orice vârstă şi tehnica procedeului este cât se poate de simplă. Este adevărat că materialul restrâns de 26 de cazuri nu permite încă concluzii — definitive — hotărîtoare, totuşi trebue să amintesc că am avut o singură recidivă uşoară după o naştere care s'a prezentat sub forma unui colpocel uşor. deci am un procent de 2,7% recidive.

ICCU Cluj Central University Library Cluj

Descrierea tehnică operatorie întrebuinţată de mine.

Se face laparatomie mediană subombilicală sau în cazuri de aderenţe prefer deschiderea transversală a abdomenului după Pfannanstiel. După deschiderea peritoneului, bolnava este aşezată în poziţia Trandelenburg, şi se pun valvele abdominale. Anselе intestinale sunt îndepărtate cu o compresă mare, după care se face decolarea eventuală a aderenţelor.

Inainte de toate, facem determinare aproximativă a lungimei cu cât trebuesc scurtate ligamentele: lucru care variază dela caz la caz şi depinde de gradul de relaxare a ligamentelor şi de deviere al uterului. Operaţia va decurge, dacă operatorul stă la partea stângă a bolnavei în modul următor: determinarea aproximativă cu cât trebuesc scurtate ligamentele, va fi stabilită comparativ cu lungimea de partea opusă; ajutorul ridică ligamentul rotund care se află la partea lui (drept) şi il aduce până la nivelul şi poziţia dorită în care va fi fixat uterul; după aceia, operatorul apucă ligamentul rotund care se află de partea lui (stâng) în două puncte: la nivelul treimei in-

terne şi la treimea externă; uneşte cele două capete cu ajutorul a două pense; stabileşte dacă scurtarea lor este suficientă sau nu, şi aduce corecţiunile necesare.

Vom începe cu rafia ligamentului care se află la partea operatorului (stâng), trecând un fir lung de catgut Nr. 2, o singură dată prin ligament. Asistentul ridică ligamentul cu ajutorul catgutului; îl ţine în sus în această poziţia pentru a putea lucra mai comod, în aşa fel că o parte din firul de catgut să rămână liber, apoi cu capătul liber al catgutului facem rafia, începând dela capătul intern mergând în direcţia extern (inguinală) deci de'a drept la stâng până când ligamentul este întins şi este într'un tonus fiziologic. Urmează scurtarea ligamentelor la partea opusă (drept) începând cu rafia tot (dela drept la stâng) dela partea inguinală spre uter. Ajutorul ridică jumătatea din firul de catgut tot astfel ca să rămână firul destul de lung, pentru a putea face rafia ligamentului.

Fixarea definitivă a părţii care a fost scurtată se face cu ajutorul unui fir de mătasă, putând face o corectură în plus acuma, dacă uterul eventual nu a fost fixat exact la locul dorit. Sutura de mătase — pentru a evita o necroză — va trece numai prin stratul superficial al ligamentelor.

Urmează partea a doua: **Fixarea peritoneului vezical** la partea anterioară a peretelui uterin cu ajutorul a trei suturi, cuprinzând peritoneul şi musculatura uterului, fără să ajungă la mucoasă. Cu această manoperă am îndeplinit 3 scopuri:

1. asigurarea poziţia uterului în antiflexie;
2. descărcăm ligamentele rotunde cu un grad oarecare;
3. suprimăm eventual un cistocel concomitent, fără să mai fie nevoe de colporafia anterioară.

Pentru stabilirea nivelului de fixare a peritoneului vezical la uter, vom proceda în modul următor: apucăm pe linea mediană peritoneul vezical cu o pensă anatomică, îl ridicăm şi întindem pe acesta până la nivelul de fixare definitivă. Stabilirea nivelului de fixare este necesar de făcut, întru cât la acest nivel obişnuesc să fac — pentru formarea aderenţelor solide, nişte sacrificaţiuni superficiale, longitudinale şi transversale fine. Pentru asigurarea unei stabilităţi mai mari ale aceste fixaţii, vom face de fiecare parte la o distanţă de vreo 2 cm. încă câte o sutură de catgut.

Cu ocazia unei relaparatomii pentru apendicectomie, caz care a fost anterior operat după acest procedeu, am putut stabili că aderenţele peritoneului vezical de cel uterin s'au solidarizat pe traectul suturei şi s'au format bride lungi fibroase, iar într'un al doilea caz am observat ţesut fibros cicatricial extrem de rezistent.

După cercetările fiziologiilor Richarts şi Beham reiese că pentru producerea aderenţelor, în general nu este nevoe ca ambele suprafeţe adiacente seroase să fie lezate. Cercetări asemănătoare au fost făcute de Ceerf şi Pauly în aderenţele viscero-viscerale şi sero-seroase. Timpul necesar după Hertzler şi Frisch pentru exudatul fibrinos este de două

ore, şi s'a demonstrat că o aderenţă solidă între suprafeţele peritoniale se produce în 6-12 ore.

In cazul când după fixarea descrisă persistă o mobilitate prea mare a colului uterin mai ales în sens lateral, se poate face o scurtare a ligamentelor largi, ceeace în cazurile mele n'a fost necesar.

Natural, accentuez din nou, acest procedeu nu poate fi aplicat în toate cazurile de prolapsuri sau deviaţiuni, astfel după cum am amintit deja mai sus după procedeul Alex. Adams. De aceia conduita mea este următoarea: nu interviu intraperitonial, dacă prolapsul este redresabil prin colpo-perineorafie, care deşi este o operaţie de mai lungă durată decât procedeul descris, este însă o operaţie extraperitoneală. Am executat această intervenţie în 21 de cazuri, faţă de 26 de cazuri după procedeu preconizat de mine, apoi în două cazuri am găsit aplicaţia mai utilă pentru operaţia lui Wertheim-Schauta (interpoziţia vezico vaginală) şi în cazuri de tumori uterine am făcut hysterectomia pe calea vaginală.

CONCLUZIUNI.

Prin procedeul preconizat de mine lacuna, care a dominat în ce priveşte metodele de fixare ale uterului, la femeile tinere cari vor să nască, credem că a fost oarecum rezolvată.

Procedeul amintit este din punct de vedere tehnic unul din cele mai simple de executat.

Poziţia uterului devine aproape normală, fiziologică.

Situaţia nouă nu dă nicio tulburare şi nu influenţează în rău evoluţia sarcinei, nici naşterea, astfel că funcţia de reproducere nu este jenată.

Recidivele se produc în procent mic, operaţia se execută sub ochiul operatorului, permiţând explorarea regiunei, recunoaşterea leziunilor anexiale concomitente şi a uterului redresat.

BIBLIOGRAFIE.

I. Constantinescu Theodor Teza: Tratamentul chirurgical al retrodeviaţiei uterine. — M. Cheval: Téchnique opératoire de la rétroversion utérine. La Gynécologie. — P. Dalché: Retroversion et retroflexion aigües. La Gynecologie et L'Obstétrique 1937. — E. Forgue et G. Massabuau Gynécologie. — Halban und Seits: Biologie und Pathologie des Weibes. — F. v. Mikulicz Radecki: Gynecologische Operationen. — A. Lidianu: Procedee chirurgicale româneşti. Tratamentul prolapsului şiRetrodeviaţiunilor uterine. — A. Seitz: Ueber die operative Behandlung der Retroversion Flexio uterine. — Stöckel Walter: Lehrbuch der Gynakologie. — Stoekel Veit: Handbuch der Gynakologie III. Aufl. 1929. — Wylie: Retrodisplacement of the utérus (N. York Policlin 1898 p. 134). — Ziegenspeck: Zur patologie und Therapie der Retroflexio utérine. Aerztl. Rundscau Munich, 1910, p. 325.

D-r Rațiu Jager Francois: „Un procedé chirurgical de corec'u.e du prolapsus et de la déviation uterine".

C'est un procedé se basant sur l'écourtement par rafie des ligaments ronds, concomitamment avec la fixation du peritoné vésical à la paroi antérieur de l'uterus par trois sutures, en faisant préalablement sur cette place une scarification, pour obtenir des adhérences solides.

Par ce procédé l'auteur a reussi à remettre l'uterus dans sa position presque normale — physiologique.

La position nouvelle de l'uterus ne donne pas des troubles et n'influence pas ni l'évolution normale de la grossesse ni celle de la naissance, ainsi que la fonction de reproduction n'est pas génée.

Les récidives surviennent dans un pourcentage très réduit, l'opération s'execute sous l'oeil de l'opérateur permettant ainsi l'exploration de la région, la decouverte des lesions anexielles concomittentes et dé la position de l'uterus rédressé.

Dans 26 cas, opérés d'après ce procédé l'auteur a observé un seul cas de récidive, qui s'est présentée sous la forme d'un colpocel légér donc 2,7% de récidives.

Le procédé est du point de vue technique un des plus simples à executer.

D-r Rațiu Jager Francisc: Uber einen chirurgischen Eingriff bei Lageveränderung und Prolaps des uterus.

Ein Verfahren welches auf Verkürzung (durch Rafie) der Ligamenta rotunda beruht und in gleicher Zeit auf Fixierung des Blasenperitoneums an die Vorderwand des Uterus mittels drei Knopfnähte Um einen stärkeren Halt des Blasenperitoneums zum Uterus zu erzwecken, pflegt der Verfasser an der Stelle der Vereinigung dessen, obérflächliche Scarificationen zu machen.

Durch das erwähnte Verfahren gelang es den Uterus in eine fast normale (fisiologische) Lage zu bringen. Die neue Lage ist frei von jedwelchen Störungen und beeinflusst die Entwicklung einr Schwangarschaft nicht im geringsten, ebenso übt sie keinen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Geburt aus, so dass die Forpflanzungsmöglichkeit ungehemmt ist.

Rückfälle sind nur in ganz kleinem Prozentsatz beobachtet worden: von 26 operativen Fällen wurde einziger rezidive bekannt; folglich bedeutet dass 2,7%.

Die erwähnte Operation ist vom tehnischen Standpunkt einen der einfachsten durchführbaren Operationen. Diese Operation wird unter der Aufsicht der Augen des Operateurs durchgeführt, so dass die eventuel vorhandenen Verwachsungen und Verlötungen gelötungen gelöst können werden und die Korektion des Uterus kontrolliert werden kann.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Gynecologie și Obstetrică „Principele Nicolae" București
Director: Conf. Univ. D-r Const. Stanca, Medic primar

REFLEXIUNI ASUPRA APARIȚIEI CANCERULUI UTERIN LA FEMEI MAI TINERE LA NOI ÎN ȚARĂ ÎN COMPARAȚIE CU OCCIDENTUL ȘI ASUPRA TIMPULUI DE TERGIVERSARE

de

D-r OCTAV. L. RUSU și **D-r IONEL ANGHEL**

Studiind problema vârstei [1]) în cancerul uterin la bolnavele observate în anii 1941-1945, în Spitalul Principele Nicolae din București, am constatat că la noi se înregistrează un număr mai mare de bolnave sub 40 ani, în comparație cu statisticile din străinătate. Faptul că în spitalul nostru s'au internat bolnave de afecțiunea de mai sus, venind din aproape toate provinciile țării, ne face să credem, — suntem aproape siguri, — că situația arătată este aceeași pe întreaga țară.

Și astfel se naște întrebarea firească: de ce avem noi o proporție mai mare de femei tinere suferind de cancer uterin, în comparație cu autorii străini?

Această întrebare este o problemă importantă de demografie națională, căci faptul că la noi femeile se îmbolnăvesc, în general, la o vârstă mai tînără de cancer uterin, constitue un fapt dureros pentru femeie individual, cât și pentru familie și neam, când ne gândim că ele se îmbolnăvesc în plină maturitate, atunci când sunt nu numai utile dar și necesare familiei și societății.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Răspunsul la întrebarea pe care ne-am pus-o este, — desigur, — foarte greu de dat, deoarece nu putem avea la ora actuală un temei solid etiologic, prin care să explicăm geneza cancerului.

In lumina cercetărilor științifice de până azi, următoarele momente ar putea constitui cauza sau factorii predispozanți în apariția timpurie a cancerului la noi.

1. Standardul de viață mai scăzut la noi față de occident.

2. Alimentația deficitară care, — se știe, — este insuficientă și foarte puțin variată la țară. **Lewin, Friedberger, Freund,** au arătat importanța alimentației, care ar juca un rol capital în geneza, respectiv combaterea cancerului. **Freund** afirmă că alimentația produce o schimbare biologică a florei microbiene fiziologice din tubul digestiv, care, — la rândul ei, — schimbă metabolismul celular, fapt ce poate duce la un desechilibru nuclear, din care ar rezulta o înmulțire anormală celulară (cancerul). Autorul alcătuește o listă de alimente permise și nepermise. Este curios că între alimentele nepermise, citate de Freund pentru cancer, găsim o bună parte din acelea cari constituie însăși baza hranei populației din țara noastră, cum ar fi: varza, fasolea uscată, lintea, mazărea, pătlăgelele roșii, dovleacul, ri-

1) V. Ardealul Medical 1946.

dichile, cartofii, porumbul, apoi carnea de porc, peşte (crap) şi mai departe vinul, ţuica, berea.

3. Deficienţa de săruri, în special a magneziului şi a calciului. **Robinet**, în harta sa a cancerului din Franţa, a văzut că frecvenţa acestuia coincide cu regiunile sărace în magneziu. Acelaş lucru s'a observat în Italia, unde unele regiuni consumă sare săracă în magneziu şi au o mortalitate în cancer mai mare ca alte regiuni, unde sarea este bogată în acest element. Să fie oare şi la noi vorba de o carenţă în magneziu?

4. Inflamaţiunile cronice, ar putea juca şi ele un anumit rol. Se ştie că foarte multe femei care sufăr de afecţiuni inflamatoare a organelor genitale, nu se tratează de loc sau o fac incomplect. In aceste condiţiuni, s'ar putea ca afecţiunea cronicizată să ducă la un cancer uterin, întrucât în timpul procesului inflamator se găsesc faze de distrugere şi regenerare a ţesuturilor atinse. In acest joc, unele celule mor, iar altele vor putea trăi mai mult, peste termenul delimitat de natură, având un potenţial energetic mai mare ca de obiceiu şi putând suferi modificări structurale care să ducă la autonomia şi desvoltarea masivă a unui grup de celule (cancerul).

5. Naşteri multe. **Hinselmann, Halban-Seitz, Hofmeier, Gusserow, Theilhaber, Heinsius, Falk, Scholtländer, Kermanner** şi alţii susţin că naşterile sau oricare alt traumatism ca: avorturi, curetaje, etc., joacă un rol predispozant în geneza cancerului uterin, nu prin ele însăşi, ci prin procesele cicatriciale pe care le provoacă în col. Majoritatea statisticilor sunt de acord că în cancerul uterin abea 5-8% sunt femei nulipare. **Hinselmann Scholtländer şi Kermanner** n'au putut observa niciodată cancere uterine apărute pe ţesut sănătos al colului, ci totdeauna pe o zonă distinctă, întinsă între epiteliul pavimentos al colului şi cel cilindric al cervixului (**Gefahrenzane a lui Hinselmann**).

Această zonă nu se găseşte în mod normal şi nu este altceva decât o formaţiune nouă, consecutivă unei rupturi cicatrizate, care ectropiază orificiul extern al colului. Autorii susţin că nu cicatricea ci ectropionul cauzat de ea este un teren care poartă în el potenţialul canceros. Mucoasa cervixului, scoasă din mediul ei, este supusă unor condiţiuni anatomo-fiziologice străine, care pot provoca malignizarea. **Koblanck** mai adaugă şi o „lezare a zidului natural de apărare", înţelegând prin acest zid dopul mucos din cervix, care nu se mai reface, — sau aproape deloc, — după o deschidere a colului (naştere, avort, curetaj, traumatisme etc.).

Fehling susţine că terenul anemizat din jurul cicatricelor este acela care se cancerizează.

Oricare ar fi punctul incriminat: cicatricea, ectropionul, lipsa dopului mucos sau anemia locală, el este strâns legat de un traumatism al colului şi cum în majoritatea cazurilor acest traumatism este de ordin obstetrical, se poate întrezări că naşterile multiple pot juca, — prin sechelele lor, — un rol în geneza cancerului uterin.

Intorcându-ne la cele 653 bolnave internate cu această boală în spitalul Principele Nicolae din Bucureşti în 5 ani, — de care ne-am ocupat mai amănunţit cu altă ocazie, — şi punându-ne problema naşterilor am putut alcătui următorul tablou:

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

Anul	Nr. internatelor cc. ut.	Numărul naşterilor												Nr. nuliparelor	%	Nr. multiparelor	%
		(0 +)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	peste				
1941	54	8 (2)	10	8	7	4	5	5	1	1	1	2	2	8	14,8	46	85,2
1942	90	13 (4)	18	15	14	5	7	5	2	3	3	1	4	13	14,4	77	85,6
1943	173	24 (9)	39	25	21	16	14	12	9	6	1	4	2	24	13,9	149	86,1
1944	165	22 (7)	43	29	19	18	9	11	5	2	4	2	1	22	13,3	143	86,7
1945	171	29 (8)	34	30	18	21	17	8	5	4	1	2	2	29	16,4	142	83,6
Total	653	96 (30)	144	107	79	64	52	41	22	16	10	11	11	96	14,7	557	85,2

(+) = Numărul nuliparelor cari au avut avorturi spontane sau artificiale

Clasând bolnavele după naşterile avute, constatăm că din cele 653 femei bolnave de cancer uterin, 557 adică 85,3%, erau mame, cu un număr de naşteri ce varia între 1 şi „peste 10", şi numai 96, adică 14,7% erau nulipare. Controlând apoi, în antecedentele bolnavelor care n'au născut niciodată, am găsit că 30 dintre ele au avut avorturi spontane sau artificiale. Ne rămân deci, din cele 653 bolnave cu cancer uterin, 66 fără traumatism apreciabil al colului.

In apariţia cancerului colului uterin rolul cancerigen nu l'ar juca numărul naşterilor ci naşterea în sine, adică traumatismul care intaleazâ prin cicatricile consecutive condiţiuni noi anatomo-fiziologice.

Pentru comparaţia datelor noastre, iată un tablou publicat de Hinselmann cu titlul: Naşterea şi cancerul uterin".

AUTORUL	Cancer uterin		
	Mame:	Mulipare:	Raport:
Linke	247	3	81 : 1
Paeris	292	12	24 : 1
Fast	782	20	39 : 1
Falk	251	6	42 : 1
Lüpke	236	9	26 : 1
Hofmeier	773	39	20 : 1
Funk	851	69	12 : 1
Gusserow	1469	71	21 : 1
Krukenberg	29	1	29 : 1
Stanca (Buc.)	557	96	6 : 1

Aşa dar, toţi autorii citaţi dau o mare disproporţie între mamele şi nuliparele cari au făcut cancer uterin. Cel mai mare raport este al lui Linke, care la 82 de mame are 1 nulipară, iar cel mai

mic este al nostru cu 6 mame la 1 nulipară (dacă adăugăm și datele noastre).

Mai știm că în majoritatea cazurilor, la noi femeile duc o sarcină mai grea, în sensul că ele muncesc din greu până în ultimile clipe ale gestației și că nu-și schimbă cu nimic felul de viață în acest timp, apoi că în general ele nasc în condițiuni igienice și obstetricale improprii.

In lumina teoriei „nașteri-cancer uterin" nu putem explica într'o oarecare măsură apariția deselor cazuri de cancer uterin și vârsta relativ tânără la care se face această apariție, ținând seamă de nașterile multiple, de condițiunile în care se întâmplă aceasta și de faptul că multe femei nasc la început, pentruca apoi să recurgă la mijloace permise și nepermise cu scopul de a nu mai rămânea gravide.

Timpul de tergiversare.

Constatând că la noi apar în general mai multe femei tinere cu cancer uterin, — în raport cu străinătatea, — și cu toate acestea avem un procent de operabilitate scăzut, că adică 82,4% din cazuri au depășit limitele în cadrul cărora li se poate da un ajutor real, ne-am pus întrebarea: „care este cauza că atâtea femei sunt sortite morții fără a li se putea da o mână de ajutor?".

Pentru deslegarea acestei probleme serioase, am clasat cele 653 bolnave internate în 5 ani în spitalul Principele Nicolae București după timpul de tergiversare, termen prin care înțelegem durata de timp care a trecut dela apariția primelor simptome de cancer uterin și până la prezentarea la medic. Iată tabloul rezumativ:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anul	No. internate c. c. ut.	Timp de tergiversare						
		1 săpt la 1 lună	1 lună la 6 luni	6 luni la 1 an	1 an la $1^1/_2$ an	$1^1/_2$ an la 2 ani	2 ani la $2^1/_2$ ani	Peste $2^1/_2$ ani
1941	54	1	9	7	13	10	9	5
1942	90	6	29	11	27	8	4	5
1943	173	5	51	23	39	28	17	10
1944	165	7	45	41	39	19	7	7
1945	171	9	53	31	36	29	7	6
Total	653	28	187	113	154	94	44	33

Analizând tabloul de mai sus ne putem da seama că secretul operabilității reduse dela noi se ascunde în timpul lung de tergiversare, adică în acea neglijență care face ca bolnava să vie, — în general, — prea târziu la medic. In prima lună **după apariția simptomelor subiective** de cancer uterin, s'au prezentat abea 28 bolnave, ceeace

reprezintă 4,3%. Nu trebue să insistăm asupra legii care spune: „Un cancer se poate trata cu rezultate cu atât mai bune cu cât a fost luat mai în pripă, mai aproape de debutul lui". Ori, la noi majoritatea bolnavelor se prezintă între 2 luni şi 1½ an, dela apariţia primelor simptome, ba unele s'au prezentat, — este adevărat că în număr descrescând, — la 2 ani, la 2½ ani, şi la peste 2½ ani. Faţă de aceste întârzieri, este normal să avem un număr aşa de mare de inoperabile, care va rămâne neschimbat atâta vreme cât timpul de tergiversare va rămâne şi el atât de lung. Ba mai mult, dacă ţinem seama de faptul că la început femeia nu simte nimic care să iasă din comun, înţelegem că în realitate timpul de tergiversare este şi mai lung decât pare în realitate. In faza de latenţă, — de „nu simt nimic" al femeii, — cancerul este uşor de operat şi cu rezultatele cele mai fericite. Experienţa arată că în foarte multe cazuri, apariţia primelor simptome se face când tumora a luat o proporţie îngrijorătoare, fiind adesea inoperabilă. De aceea, trebue să facem o deosebire netă între faza cu adevărat incipientă şi aceea, — putem spune, — „fals" incipientă a primelor simptome subiective. **Fuchs** (Danzig) a arătat în statistica sa că 90% din femeile ce se prezentau cu primele simptome de cancer uterin erau inoperabile. Din aceste motive, **Lönne** spune, — pe bună dreptate, — că: „simptomele precoce, despre care se vorbeşte atâta, sunt în realitate simptome tardive şi că o luptă anticanceroasă ştiinţifică, raţională şi practică nu poate, — şi nu trebuie, — să pună un preţ prea mare pe ele, deoarece ele nu descoperă o tumoră în primele stadii de desvoltare, ci una deplin formată, în plină maturitate, care adesea a invadat, sau este pe cale de a invada, vecinătăţile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In lumina acestor considerente, dacă primele semne subiective trădează prezenţa unei tumori maligne deplin formate, ce să mai zicem când femeia, — având deja aceste simptome, — mai lasă să treacă luni şi chiar ani până să se prezinte la medic? In aceste condiţiuni, ele vin în stare de inoperabilitate, cum sunt cele 82,4% din bolnavele înregistrate de noi. Acest fapt a fost constatat şi de alţi autori. Astfel: **Simon** arată că din 333 canceroşi 15,4% s'au prezentat în stare muribundă, 44,2% în stare în care ajutorul medical era imposibil, 21,1% inoperabil şi abea 21,4% erau operabili, deci li se putea da un ajutor esenţial. **Esch** la 677 femei bolnave de cancer genital, constată 80% inoperabile. Şi exemplele pot merge la infinit.

Interesându-ne de cauzele care au determinat bolnavele să vină aşa de târziu să-şi caute de sănătate, am găsit că, — în general, — răspunsurile erau cam aceleaşi pe care le-a primit şi **Eichler**, — şi cari demonstrau că în această situaţie cel mai important rol îl joacă neglijenţa bolnavelor, ajutat adesea de o incorectă asistenţă medicală, căreia îi scapă diagnosticul la timpul oportum.

Hahn arată că din 500 bolnave de cancer 45,2% au fost trimise imediat la specialişti şi cazurile au putut fi salvate, iar 54,8% au fost tratate conservativ de către medicii curanţi timp de luni de

zile, compromiţând astfel starea lor. **Gulecke** constată că 70,3% din bolnavii cu cancer de stomac erau inoperabili, iar dintre aceştia 60% din cauza neglijenţei bolnavilor şi 40% din cauza greşelilor de diagnostic. Şi datele sunt aceleaşi în oricare parte a organismului s'ar ivi cancerul. **Winter** (1891) constată că 1/3 din bolnavele de cancer uterin devin inoperabile fiind examinate şi tratate neglijent de către medicii curanţi.

Principala cauză a întârzierii venirii la medic rămâne însă tot **neglijenţa bolnavelor.**

Pentru combaterea răului pe care-l reprezintă cancerul, singura posibilitate de luptă eficace constă în adoptarea următoarei atitudini, pe care o recomandă azi toţi cancerologii:

1. Descoperirea cât mai precoce a cancerului.
2. Tratarea imediată şi radicală.
3. Grija ca odată tratamentul aplicat, să se împiedece recidivele.

Descoperirea precoce a cancerului. Am văzut că adesea simptomele incipiente subiective sunt în realitate simptome tardive. Deaceea, mijloacele noastre de investigaţie trebue să le extindem, pe cât posibil, înainte de apariţia lor. In 1904, Winter spunea: „...orice femeie care vine la medic pentru orice boală, trebue să fie consultată amănunţit şi din punct de vedere ginecologic". Prin această atitudine, el tindea să descopere simptomele obiective incipiente mult înainte de apariţia celor subiective. Cancerologii moderni merg mai departe: ei cer înfiinţarea „consultaţiilor preventive", în spiritul cărora fiecare femeie care a atins vârsta de 30 ani trebue să fie consultată măcar odată pe an, chiar dacă este deplin sănătoasă.

Biblioteca Universitară Cluj

In precizarea diagnosticului precoce a cancerului uterin, apariţia **colposcopului Hinselmann** reprezintă o revoluţionare fericită. Cu acest aparat se pot descoperi cancere ale colului cari sunt realmente la începutul lor. Prin sistemul de lentile care măreşte zona privită, se pot descoperi transformări morfologice, cari cu ochii liberi nici nu se disting încă. Hinselmann supune examenului colposcopic toate bolnavele internate în clinica sa, indiferent de afecţiunea pe care o acuză şi constată că la 20.000 de bolnave astfel examinate, 500 prezentau acea zonă de transformare pe col, în timp ce femeile nu prezentau niciun semn care să arunce o cât mai palidă lumină asupra cancerului în faşă.

Biopsia rămâne aceiaşi armă redutabilă, care trebue aplicată ori de câte ori avem cea mai slabă bănuială. Colposcopia şi biopsia. Iată două arme cari, — aplicate la timp şi pe scară cât mai întinsă posibil, — ar putea reduce enorm procentul mare de inoperabilitate, care dă atâtea jertfe. Nu trebue să uităm că în descoperirea precoce a cancerului joacă un rol important crearea unui organ ştiinţific de combatere, propaganda prin scris, conferinţe, presă, radio etc., care să deschidă ochii populaţiei asupra pericolului nefast al prezentării prea târziu la medic.

BIBLIOGRAFIE

Baudeline J.: La lutte internationale contre le cancer. Libro de oro.— Eichler P.: Die Organisation der Krebsbekämfung.—Krebskrankheiten, 1937.— Faure-Siredey: Traité de Gynecologie medico-chirurgical. — Forgue-Massabeau: Traité de Gynecologie. — Halban-Seitz: Handbuch der Gynecologie, B. IV. — Hinselmann-Veit Stoeckel VI. B. I-H. — Haubold H.: Statistik und Volkbiologische Bedeutung des Krebses. — Krebskrankheiten, 1937. — Irigaray y Iparaguirre. — Multiparidad y cancer.—Libro de oro. — Lönne F.: Wirksame Krebsbekämpfung. Krebskrankheiten, 1937. — Stanca C-tin: Gynecologia în lupta anticanceroasă. Cancerul No. 1/1933. — Problema cancerului în raport cu cancerul uterin. Rev. „Cancerul" No. 4/1933. — Cancerul uterin. Tip. Transilvania 1935. — Consideraţiuni clinice asupra hysterectomiei totale lărgite pentru cancerul uterin pe anii 1924/1935. Rev. „Cancerul" 1934. — Reflexiuni asupra etiologiei cancerului. Tip. Naţională 1935. — Consideraţiuni clinice şi statistice asupra hysterectomiilor simple şi lărgite pe anii 1932—37. — Rev. Gynecologie şi Obstetrică No. 2—3/1938. — Problema cancerului în lumina evoluţiei sale istorice şi etiologice. Rev. „Cancerul" No. 2—4/1939. — Eroziunea colului şi importanţa ei clinică în geneza cancerului. Rev. „Cancerul" No. 3/1938. — Consideraţiuni statistice asupra hysterectomiilor totale şi subtotale pe anii 1924—27. Rev. Gyn. Obs. şi Puer. No. 5. — Teschendorf W.: Zur Krebsbekämpfung. Krebskrankheiten 1937. — Wätjen I.: Die Bedeutung des Reizes für die Entstehung der Krebses. Krebskrankheiten 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CARŢI PRIMITE LA REDACŢIE

S. STOICESCU: **Sympexiile** (Funcţiune de depozitare). — Tip. „Presa", Bucureşti, 1946.

O. PORGES: **Bolile stomacului.** (Diagnostic şi tratament). — Editura de Stat, Bucureşti, 1946.

O. PORGES: **Bolile intestinului.** (Diagnostic şi tratament). — Editura de Stat, Bucureşti, 1946.

E. BOLOGA: **Conflictele de adaptare socială ale omului.** (Problema individ-mediu). — Tip. „Tribuna", Braşov, 1946.

GH. ANDRONOVICI: **Evoluţia febrei tifoide în Municipiul Iaşi pe 50 ani: 1894—1943.** — Tip. „Presa", Bucureşti, 1946.

EUG. CORNELEAC şi G. GANCEVICI: **Notă anatomo-patologică asupra unui caz de chondro-mixo-fibrom al femurului cu aspect de chist osos voluminos. — Chist osos al radiusului rezecat şi transplant peronier (după 36 luni. — Trombopenia acută primitivă, splenectomie.** — Bucureşti, 1945.

E. CORNELEAC: **Sur 2 cas d'angine de poitrine opérés d'après la méthode de supression du réflexe presseur** (Danielopolu). — Extr. Bull. Acad. de Méd. de Roumanie, No. 4—6/1945.

TRATAMENTUL MALADIEI SERICE PRIN INJECŢIUNI DE HISTAMINĂ INTRAVENOASĂ *)

de

D-r V. M. PLATAREANU

Cunoştinţele actuale privitoare la maladia serică se înglobează în cadrul reacţiilor „allergice" sau „anafilactice". Mecanismul intim al procesului de imunizare se face prin cunoscutul joc dintre: **antigen-alexină şi anticorpi.** Participarea sistemului vegetativ la acest proces al imunizării, ca dealtfel a întregului organism, este fapt dovedit. Sistemul parasimpatic ia parte la fenomenele intime ale procesului imunizărei, şi odată cu el şi cele două substanţe parasimpatimimetice: **acetylcolina şi histamina.** Supraproducţia generală, din organism, a acestor două substanţe sau numai acumularea în sânge sau în anumite ţesuturi — ectodermice mezenchimatoase sau entodermice — ajută la apariţia fenomenelor care constituesc tabloul clinic atât de cunoscut al: şocurilor anafilactice, ale reacţiilor alergice şi al maladiei serice. Cercetările de laborator au confirmat afirmaţiile de mai sus, atât în ceace priveşte acetyl-cholina cât şi histamina. Mai mult, lucrările lui Fernand Arloing, Lucien Thévenot şi Viallier [1]), au relevat fapte care îndreptăţesc şi atribue simptomele şocului anafilactic excesului de histamină în sânge. Tot aceiaşi cercetători, au mai constatat că, injectarea unei zecimi de miligram sau $^1/_5$ miligram de biclorhidrat de histamină, fie sub piele, fie în derm, 10 minute înainte sau 10 minute după şoc, atenuiază foarte mult fenomenele şocului. Participarea sistemului parasimpatic şi a substanţelor parasimpaticomimetice (cholina şi histamina) în apariţia aşa zisei maladii serice, am socotit-o de o importanţă capitală, şi încă din 1939, am propus o frânare lentă a acestei reacţiuni vegetativo-hormonale, prin ajutorul atropinei [2]).

Ideea conducătoare a atropino-terapiei, ca mijloc terapeutic-preventiv în combaterea maladiei serice [3]), se baza pe faptul că în mod obişnuit, se injectează soluţie de adrenalină sau efedrină al căror calităţi simpaticomimetice sunt bine stabilite. Cu alte cuvinte teoria şi practica căutau să mărească, artificial, tonusul simpaticului spre a ajunge să depăşească pe cel al parasimpaticului care este mult crescut în timpul maladiei serice.

Noi am socotit că este mult mai logic şi firesc ca, în loc de a produce o cursă de întrecere între cele două sisteme antagoniste, biciuind pe cel mai slab (simpatic), — să înfrânăm, din vreme, tonusul parasimpatic, împiedicând sau reducând astfel, la maximum, izbucnirea fenomenelor de hiperactivitate a parasimpaticului şi a substanţelor parasimpaticomimetice (cholina şi histamina).

*) Comunicare făcută la Academia de Ştiinţe, Şed. din 8/IV/946.

1. Société de biologie de Lyon, 10 Juin 1939.

2. D-r V. M. Plătăreanu „Aparatul cardio-vascular" pag. 217.

3. G. Ungar, atribue histaminei un rol hormonal şi o socoteşte ca o substanţă „mediatrice" sau un „intermediar care produsă prin excitaţia nervilor poate produce efecte locale şi generale pe organele şi aparatele sensibile".

Deaceea administrarea de atropină, în cantităţi de 1—2miligrame de zi, timp de 9 zile (dela data injecţiei serului şi până la apariţia maladiei serului), ne-a dat rezultate prompte care constau în reducerea simptomelor patologice până la dispariţie sau înlocuirea lor cu o uşoară reacţie locală, similară fenomenului Arthus.

O latură, foarte importantă, a problemei combaterei maladiei serice, o face însăşi tratamentul curativ al acesteia, chiar în epoca sa de „stare". Intensitatea fenomenelor clinice (febra, pruritul generalizat, edemul, eruţiile cutanate, fenomenele fluxionare la nivelul tuturor ţesuturilor precum şi starea de rău care o însoţeşte, sunt combătute în majoritatea cazurilor, simptomatic. Injecţiunile de calciu, de soluţia adrenalină sau efedrină, fricţiunile cu soluţiuni antipruriginoase, etc., constituesc arsenalul terapeutic de toate zilele. Nu totdeauna, însă, atenuarea fenomenelor maladiei serice, poate fi obţinută cu uşurinţă, ba sunt chiar cazuri în care simptomele devin foarte grave şi mult prelungite în timp, lăsând uneori şi sequele foarte supărătoare.

Intr'un caz asemănător, am fost solicitat, spre a-mi da sfaturile, întrucât toate mijloacele întrebuinţate rămaseră fără efect.

Este vorba de o pacientă în etate de 25 ani, căreia în urma unui accident de stradă i s'a administrat seroterapie antitetanică. Medicii săi curanţi i-au administrat după acea şi săruri de calciu, spre a preveni turburările maladiei serice. Cu toate acestea în ziua a 9-a au apărut fenomenele serice cu o violenţă puţin obişnuită: febră 40-41°, artralgii intense, edem puternic al feţei, buzelor şi pleoapelor cu aspect violaceu pe alocuri, edeme şi eruţii pruriginoase puternice discontinui ale celorlalte regiuni ale corpului, greaţă, cefalee şi vărsături etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicii curanţi au întrebuinţat cunoscute mijloace terapeutice (calciu, efedrină, sol., adrenalină, băi, pudră cu talc etc). Rezultatele până în a 3-a zi au fost nule. In această fază a maladiei serice am fost consultat, mai întâi, telefonic, dacă metoda atropinizării preconizată de noi, de care auzise întretimp pacienta, nu ar fi aplicabilă şi în acest caz.

Am cerut consultarea pacientei, fapt care s'a îndeplinit aducând-o în cabinetul nostru. In momentul examinărei starea pacientei era acea pe care am schiţat-o mai sus, tabloul clinic era, întradevăr impresionant. Prezenţa edemelor pe tot corpul şi faţa, cu eflorescenţe şi pete violaceé însoţite de formaţiuni buloase, pe alocuri, pruritul de o intensitate puţin obişnuită, tumefacţia articulaţiilor (în special pumnii şi genunchi), erau de o intensitate rară.

In faţa acestui eşec al substanţelor simpaticomimetice (efedrină, adrenalină) precum şi a calciterapiei, nu am mai socotit indicată atropinoterapia, a cărei acţiune ar fi fost mai lentă. Socotind gravitatea acestui caz legată de o supraproducţie de histamină în ţesuturi, am gândit că ar fi potrivit să încerc abolirea acestor turburări prin şoc histaminic, fapt pe care l'am propus bolnavei şi pe care l-a acceptat fără ezitare. Şocul l'am provocat cu 1 cm^3 din soluţia de 1/10000 de clorhidrat de histamină (produsul Hista-Dimilli) injectat, intravenos, foarte încet, după un prealabil amestec cu 10 cm^3 de sânge al pacientei, amestec făcut în aceaş seringă.

Injectarea am făcut-o într'o venă de la plica cotului, pacienta fiind

culcată în acest timp. Durata injectărei a fost de 15' cu întreruperi oridecâteori pacienta simţea pulsaţii puternice în cap şi o stare de căldură difuză generalizată. Injectarea se continuă după dispariţia sau atenuarea acestor fenomene.

In general, un cm., de soluţia de histamină 1/10000 este posibil a se obţine 3—4 faze de congestie violentă organică şi tisulară. In acest răstimp aspectul fenomenelor morbide periferice devine mult mai accentuat, pentru ca peste câteva secunde să dispară imediat şi total, spre a reapare cu mai puţină intensitate când se reea injectarea soluţiei.

După această exagerare şi dispariţie alternativă a fenomenelor patologice, care se sincronizează cu prezenţa în sânge a soluţiei de 1 cm., histamină, simptomele au dispărut definitiv odată cu terminarea injectării. Bolnava a devenit către minutul al 16-lea aspect normal. Edemele şi eflorescenţele cutanate au dispărut în câteva minute, odată cu fenomenele generale (febră, greaţă, stare de rău, tachicardie etc.), fără să mai apară. Rezultatul atât de complect şi de neaşteptat pentru pacientă a fost definitiv, pentrucă nici în răstimpul de 1 oră cât am ţinut-o în observaţie şi nici ulterior nu a mai revenit vre-o turburare; maladia serică luând astfel definitiv şi complect sfârşit.

Rezultatul obţinut pe acest caz priceps, ne obligă să arătăm logica care ne-a condus la aplicarea acestei metode.

Noi am arătat, în două studii anterioare, că patologia umană recunoaşte într'o importantă măsură maladii şi sindrome care sunt expresia fenomenelor de alergie.

Cele mai cunoscute sunt cele zise anafilactice şi care cuprind în deosebi manifestări patologice localizate la nivelul ţesuturilor de origină ectodermică. Cercetările ultimilor decade au arătat, însă, că, nu numai ţesuturile şi organele ectodermice pot fi seduil reacţiunilor alergice ci şi ţesuturile şi organele de origină endo-mezodermică. Aceste din urmă manifestări patologice au pătruns mai greu în nosolgia allergică, întrucât oarecum mai ascunse simţurilor noastre clinice. Acest fapt nu împiedică existenţa lor. Amintim, în treacăt, fenomenele digestive ce însoţesc mai totdeauna fenomenele anafilactice cutanate, precum şi anumite syndrome ale organelor de origină mezenhimatoasă (sindrome reumatismale şi reumatide, mialgii, edeme de tip Quincke, migrenă, spasme şi paralizii vasculare loco-regionale, etc.).

Ori, toate aceste manifestări patologice recunosc drept cauză o reacţie anormală (alergică) a organismului faţă de o substanţă de origină externă sau produsă anormal în însăşi propria sa economie. Este sufi-

---

Metoda desensibilizării prin histamină a organelor digestive — în special duodenul şi vezicula biliară, printr'o tecnică personală — care constă din injectarea intramurală a câtorva picături de sol., histamină 1/1000, în timpul operaţiei de apendiculo-duodenită, (şed. Acad. de ştiinţe 1945 articol Mişcarea-Medicală 8-10/945 precum şi rezultatele obţinute în migrenă prin injectarea intravenoasă de 1 cm. din sol. 1/10000 clorhidrat de histamină amestecată cu 10 cm. de sânge venosal pacientei. Acad. ştiinţe (secţia Biologică) şed. din...

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

cient ca organizmului să-i scape o anumită substanţă dela complexul fenomen al asimilaţiei, sau un anumit organ sau un ţesut să numai aibe acelaş prag de toleranţă cu celelalte ţesuturi şi fenomenul de reacţiune va apare. Este o lege generală, imuabilă a substanţei celulare vii, de a reacţiona oridecâteori este în neputinţă de a-şi îndeplini funcţiunile normale, cu care este dotată. Complexele reacţiunilor ce au loc într'o celulă vie atât în stare normală cât şi patologică sunt în general puţin cunoscute. Ştiinţa biologică nu a pătruns deplin tainele vieţei. Greutăţile de cercetare sunt, încă, uriaşe prin aceea că fenomenul vital, ascuns în misterioasa şi a tot făcătoare — natură, — ne apare nu numai sub forme diferite dar şi erarhizate, după cum suim scara biologică, dela vieţuitoarele monocelulare către vertebratele superioare. Ni se pare de necontestat, că atât viaţa — funcţionarea, reproducerea — cât şi moartea celulei vii, în sensul ei larg, se rezumă la 3 mari categorii de fenomene vitale. Anume: 1. **fenomene** ce se petrec cu predominanţă în substanţa protoplasmică (unde domină fenomenele de asimilare şi desasimilare cu ajutorul auto sau etero enzimelor şi fermenţilor; 2. **fenomene ce se petrec în substanţa nucleară**, care în primul rând dirijează înmulţirea şi perpetuarea caracterelor speciei şi cari au loc sub formă de **manifestări bioelectrice**, şi 3. **fenomene periferice celulare** unde se desfăşoară cu o mare amploare şi preciziune, modificările de tip special, puţin cunoscute până în prezent şi denumite **tenziune superficială**. Datorită acestora se asigură schimburile dintre celulă şi mediul înconjurător, se asigură apărarea şi se incită fenomenele de elaborare în interior.

Cu cât celulele sunt mai puţin diferenţiate — în sensul specializărei funncţionale — cu atât ele au cele 3 categorii de fenomene mai puternice, mai armonios dezvoltate şi mai mult întrebuinţate de întreg organismul pentru facultăţile lor reversibile plastice şi funcţionale. In această categorie intră celulele de tip mastocitar (Mastzellen), care sunt organizate într'o adevărată reţea endotelio-reticulară care pătrunde în mai toate ţesuturile şi organele. Este aşa zisul sistem reticulo-endotelial a lui Aschoff.

Participarea acestui sistem în fenomenele de reparaţii şi apărarea acestor elemente de origine mezenhimatoasă le-am expus pe larg într'o lucrare anterioară (Ţesutul conjunctiv — în colaborare cu D-l Dr. V. Gomoiu şi Dr. A. Cârstea). Orice celulă vie în momentul când sufere o excitaţie (indiferent de natura ei); se apără producând şi eliminând în mediul imediat înconjurător, o substanţă din grupul aminelor, căruia i s'a spus **Histamina**; datorită acesteia se produce o iritaţie a terminaţiilor nervoase din vecinătate, atât senzitive cât şi vaso-motorii.

Turburările senzitive încep cu senzaţia de mâncărime sau jenă uşoară, arsuri, înţepături până la senzaţii de durere, iar nervii vaso-motori reacţionează prin cunoscutul fenomen al vaso dilataţiei locale. Endoteliul capilarelor care nu e prevăzut cu terminaţii nervoase vaso-motorii e excitat el însuşi de prezenţa supraproducţiei histaminice a celulelor iritate.

Canitatea cea mai mare de histamină o produc însă, celulele Mastzellen de care am amintit. Fenomenul acesta de apărare bine cunoscut astăzi a determinat chair o terapeutică bazată pe extracte din

aceste ţesuturi, — cunoscute sub denumirea de „reticulină". Intrebuinţarea, cu bune efecte, a fost aplicată în diferite dermatoze pruriginoase în migrenă şi alte maladii fără să se interpreteze unanim efectele sale satisfăcătoare sau bune, ca un pas către terapeutica prin şoc histaminic. Dacă în toate fenomenele de excitaţia celulei ca şi în fenomenul de allergie, există dovedită o hiperproducţie de histamină tisulară, dacă în maladia serică s'a dovedit cantitatea de histamina mărită în sânge, ne-am pus întrebarea de ce să nu întrebuinţăm şi aci şocul histaminic, aşa cum l-am întrebuinţat cu rezultate surprinzător de bune în fenomenele anafilactice ale tubului digestiv, ale ţesuturilor derivate din mezenchim — în special migrena esenţială — aşa cum am arătat-o în lucrările precedente?

Starea patologică din organism începe atunci când celule interesate produc o cantitate anormală de histamină, sau nu-şi pot reveni din ciclul viţios al acestei supraproducţii şi a prelungirei în timp. Modificările de la un moment la altul al turburărior cutanate şi mezenchimatoase mai ales care cad sub cercetarea noastră mai direct şi mai amănunţit, denotă o continuă luptă a celulelor de a eşi din ciclul vicios — excitaţie — supraproducţie de histamină şi supraproducţie de histamină — excitaţie celulară. Dacă mai adăugăm la aceasta, cantitatea de histamină şi cholină care ia naştere din procesul de fixare al complexului — — antigen — alexină — anticorp, se înţelege că revenim, la normal, printr'o restabilire spontană a echilibrului funcţional ce este de multe ori greu de îndeplinit, sau incomplect. Substanţa vie are însă pe deasupra tuturor calităţilor sale plastice, reproductive şi funcţionale, o proprietate majoră care deabea parţial a fost intuită şi folosită. Această calitate este acea rezervă de potenţial plastic, energetic şi funcţional latent, care se pune în valoare cu o forţă ce depăşeşte normalul, atunci când celulei i s'a produs fenomenul „blocărei". Acest fenomen după cum se cunoaşte chimic şi experimental constă într'o suprimare temporară a funcţiunilor celulare printr'un mijloc chimic sau fizic, suprimare care este însoţită de revenire a facultăţilor vitale, însă, de o intenzitate mult mai mare ca aceea din momentul blocărei.

Pe acest fenomen al blocărei celulare (şi în special a celulelor din sistemul reticulo-endotelial) se bazează aşa zisa terapeutica „de şoc". Bunele rezultate obţinute prin terapeutica de şoc: cardiazolic, insulinic, proteinic, electric, etc. sunt numai câteva din achiziţiile terapeuticei moderne.

Rezultatele bune obţinute adesea prin terapeutica de şoc în anumite maladii, ne-a îndreptăţit să socotim şocul histaminic pe cale intravenoasă ca un mijloc terapeutic, aproape specific, cu care să putem combate turburările ce însoţesc fenomenele allergice şi anafilactice, indiferent de origină embriologică, a ţesuturilor sau organelor suferinde. Aşa dar fenomenele allergice după cum am arătat, sunt deopotrivă găsite la nivelul ţesuturilor şi organelor ecto-endo şi mezodermice, izolate sau concomitente. Histamina este un produs organic celular care ia parte la apărarea organismului, dar care poate provoca printr'o excesivă sau prelungită producţie să întreţină fenomenele patologice.

Intreruperea cercului vicios şi restabilirea echilibrului secretoriu

celular se poate face prin însă-şi această substanţă, introdusă astfel ca să producă fenomenul de şoc.

Aplicaţia ei cu rezultatul atât de rapid şi complect pe care l-am menţionat în observaţia princeps redată mai sus, ne face dovada bunei logici care ne-a călăuzit în judecarea fenomenelor interpretărei lor.

Concluziile la care ajungem, după această expunere sunt:

1. Şocul histaminic prin injectarea de soluţie clorhidrat de histamină $^{1}/_{10000}$ injectat intravenos, într'un amestec de 10 cm. de autosânge, poate suprima imediat şi dintr'o singură dată fenomenele maladiei serice — chiar în formele cele mai grave.

2. Şocul histaminic nu exclude terapeutica preventivă a maladiei serice pe care am propus'o şi practicat-o încă din 1939, întrucât logica şi experienţa ne îndreptăţeşte a afirma că a preveni este mai bine decât a trata.

3. Şocul histaminic trebue privit ca un mijloc terapeutic foarte eficace şi poate cel mai adecuat în tratamentele prin şoc, atunci când starea generală o îngădue.

4. Socotesc, că, cei în măsură să cerceteze aceste fapte nu vor greşi dacă vor extinde cercetările asupra atâtor alte syndrome paradoxale din patologie, care ar putea recunoaşte drept cauză o reacţie allergică.

Clinica Chirurgicală din Cluj

Director: Prof. D-r Alexandru Pop

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA TERATOMELOR REGIUNEI SACRO-COCCIGIENE, IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ CLINIC OPERAT ŞI VINDECAT

de

D-rii: I. PRAGOIU, O. MAGDA şi N. CRISTIAN

Autorii comunică cazul unei fetiţe de 3 ani, internată în Clinica Chirurgicală din Cluj, care prezenta o tumoră sacro-coccigiană congenitală de mărimea unui cap de adult.

La examenul radiografic se constată o basculare înapoi a sacrului, tumora insinuându-se pe faţa anterioară a lui; coccigele este detaşat de sacru şi împins spre polul inferior al tumorii, la 9 cm. distanţă de sacru. Bolnava prezenta în plus şi un dolicocolon.

Tumora a fost extirpată în întregime pe cale chirurgicală, iar bolnava s'a vindecat per primam. La intervenţie s'a constatat că tumora avea o structură teratomatoasă, confirmată prin examenul istopatologic, care arată structura unui teratom didermic.

Se fac apoi consideraţiuni etio-patogenice, clinice şi terapeutice, în legătură cu cazul clinic observat.

Teratoamele sacro-coccigiene sunt tumori mixte de origine congenitală, formate din ţesuturi multiple, foarte complexe.

Din punct de vedere morfologic se poate stabili un şir întreg de tumori, dela cele mai simple formaţiuni mixte la teratoame'e cele mai complicate, formate din 3 foiţe embrionare. Deasemeni găsim cele mai variate forme de trecere dela teratoame până la monştrii dubli şi gemenii viabili, legaţi unul de altul prin regiunea sternală (xifopagi) sau sacro-coccigiană (pygopagi).

Varietăţi'e diferite ale teratoamelor sacro-coccigiene formează o punte de trecere între chistul dermoid pur şi monştrii dubli aderenţi prin regiunea sacro-coccigiană.

In Clinica Chirurgicală din Cluj, din anul 1921 şi până în prezent au fost operate numai 4 cazuri de teratoame sacro-coccigiene, dintre care 3 cazuri au fost publicate de D-r Mureşanu şi Deşliu în Cluujl Medical Nr. 8 din 1 August 1943. In ultimii 12 ani cazul nostru a fost singurul observat în Clinica noastră.

Cazul nostru, prin raritatea lui, prin complexitatea structurei lui şi mai ales prin rezultatul terapeutic chirurgical, merită de a fi menţionat.

Este vorba de o fetiţă (A. E.), de 3 ani, din Bărbăteşti-Vâlcea. Boala actuală, pentru care a fost adusă în clinică, datează dela naştere, când părinţii au observat că fetiţa lor prezenta în regiunea sacro-coccigiană o tumoretă de mărimea unei mandarine. Dela naştere tumora a crescut progresiv, în mod lent, fără a împiedeca totuşi pe fetiţă să se joace şi să alerge.

In ultimul timp tumora a crescut mult, atingând volumul unui cap de adult, producând bolnavei dureri intermitente şi tulburări la mers din cauza volumului tumorei. Nu a avut tulburări urinare sau la defecaţie.

Cu aceste fenomene a fost adusă la Clinica Chirurgicală din Cluj la 4 Februarie 1946.

La **examenul obiectiv general,** constatăm că e vorba de o fetiţă de statură mică, cu faţa îmbătrânită, cu ţesutul celulo-adipos mai redus de volum, cu o desvoltare psicho-somatică mai redusă în raport cu vârsta ei. Din partea organelor interne toraco-abdominale nu găsim nimic deosebit.

La **examenul local,** în regiunea sacro-coccigiană constatăm prezenţa unei tumori de mărimea unui cap de adult **(fig. 1)**. Tegumentele deasupra tumorii sunt destinse, fără a prezenta alte modificări de caracter. La palpare se constată că tumora are o consistenţă variată, pe alocuri fiind moale, elastică, fluctuentă, pe alocuri dură, rezistentă. Tumora a deplasat mult orificiul anal înainte, iar în sus ea e mărginită de musculatura fesieră. Sacrul este deplasat înapoi, tumora însinuându-se pe faţa anterioară a lui. Tumora este puţin sensibilă la palpare.

Prin **puncţia de probă,** făcută în porţiunea mai fluctuentă a tumorii, se extrage o cantitate de 500 cc. lichid cu aspect şocolatiu, care după

BCU Cluj / Central University Library Cluj

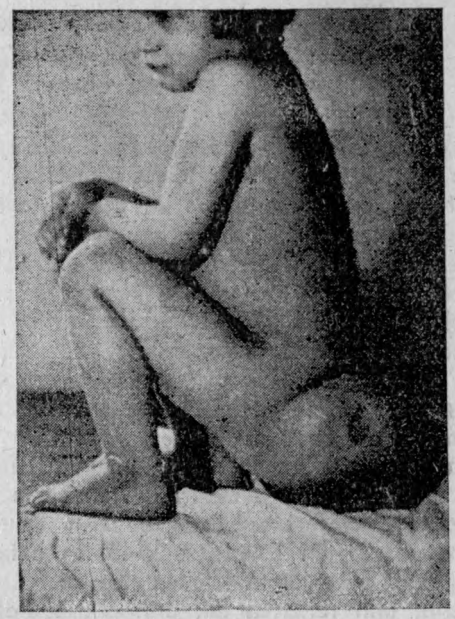


Fig 1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig 2

12 ore, prezenta o coloană centrală de fibrină, de aceeaş culoare, asemănătoare unui smoc de păr.

La **examenul radiologic,** făcut prin clismă cu barium, se constată bariul pătrunde cu greutate până la nivelul colonului sigmoidian, care formează o serie de bucle în formă de 8, ajungând până la flexura hepatică. In timpul efectuării clismei, bolnava a acuzat dureri mari.

La examenul radiografic al regiunei sacro-coccigiene se constată că sacrul în întregime este uşor basculat posterior sub un unghiu de 55°. Coccigele este detaşat de sacru şi este proiectat spre polul inferior al tumorii, la o distanţă de aproximativ 9 cm. de vârful sacrului. Pe radiografia din profil, în aria tumorii se constată formaţiuni mici, neregulate, de intensitate semi-osoasă **(fig. 2)**. Conturul părţilor moi scoate în evidenţă bine conturul tumoarei, care este aproape cât un cap de adult. Pe radiografia din faţă se constată că tumora atârnă până aproape la nivelul genunchilor.

Pregătim bolnava în vederea intervenţiei, iar în ziua de 11 Februarie, facem **intervenţia chirurgicală**, sub anestezie generală cu eter (operator: Prăgoiu, ajutor: Magda, Cristian).

Facem o incizie în suveică, dealungul axului mare al tumorii. După secţiunea pielei şi ţesutului celular subcutanat, punem în evidenţă o capsulă fibroasă, care se eliberează progresiv şi cu multă grijă, de ţesuturile din jur. Constatăm astfel o formaţiune tumorală chistică, ce se întinde înainte până la nivelul rectului, de care aderă. Se eliberează cu multă atenţiune tumora de rect, controlând mereu situaţia rectului pe un Hegar, ce s'a introdus în prealabil, la începutul intervenţiei, în rect. Reuşim cu oarecare greutate să extirpăm tumora în întregime.

Pe partea laterală a fesei stângi, după extirparea acestei tumori, mai constatăm 3 formaţiuni chistice, cu pereţii foarte duri, scleroşi, îngroşaţi şi cu un conţinut în parte solid, format din resturi dentare şi fire de păr, în parte semi-solid, format dintr'un ţesut mucilaginos cremos, albgălbui şi în unele zone cenuşiu.

Se extirpă şi aceste tumorete, apoi se capitonează cavitatea rămasă, suturând deasupra stratului muscular şi aponevrotic, refăcând în acest fel planşeul perineal şi apoi ţesutul celular subcutanat şi tegumentele, drenând locul tumorii cu 2 meşe.

Conţinutul tumorei mai mari este pe de-o-parte lichid, format dintr'un lichid cu aspect şocolatiu, iar pe de altă parte este solid, fiind constituit dintr'o formaţiune compusă din vre-o 4 vezicule solide, unite între ele şi imitând forma unui embrion de aproximativ 15 cm. lungime.

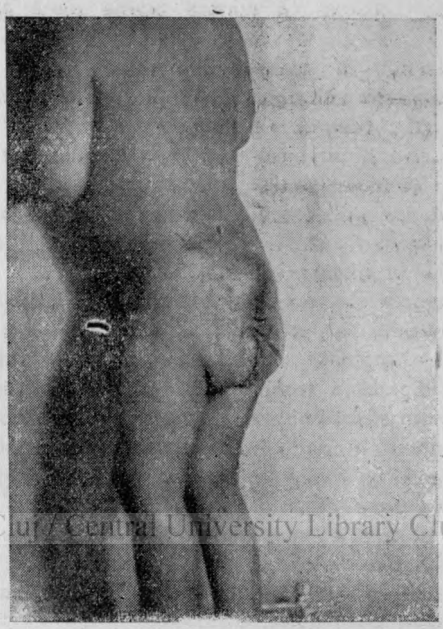
Făcând o secţiune longitudinală prin această formaţiune, constatăm că în cea mai mare parte este solidă, iar vezicula cea mai inferioară are formă chistică, cu pereţii foarte îngroşaţi şi cu un conţinut gelatinos, mixomatos. Porţiunea solidă prezintă aspecte variate, fiind în unele părţi roşie-brună, iar în altele albă-cenuşie.

La **examenul isto-patologic**, făcut de Prof. Titu Vasiliu, se constată că e vorba de un teratom didermic, găsind în tabloul istologic formaţiuni derivate din ectoderm şi mezoderm. Astfel se găsesc ca derivate din ectoderm: foliculi piloşi, epiteliu stratificat pavimentos, formaţiuni glandulare rudimentare (celule cubico-cilindrice aşezate într'un singur strat) şi ţesut nervos adult (celule gliale, astrocite, etc.). Ca formaţiuni derivate din mezoderm găsim ţesut conjunctiv colagen, vase sanghine formate dintr'un singur strat de celule endoteliale şi formaţiuni mixomatoase asemănătoare gelatinei lui Warthon, care reprezintă un ţesut mezenchimatos nediferenţiat.

Evoluţia postoperatorie normală. După operaţie, bolnava are uşoare ascensiuni subfebrile până la 37°6, apoi după 4 zile devine afebrilă. După

BCU Cluj / Central University Library Cluj

48 ore se luxează meşa de drenaj, apoi a treia zi se înlocueşte cu alta, iar a 5-a zi se suprimă complet drenajul. După 8 zile se scot firele de sutură, plaga fiind vindecată per primam. După 12 zile se face o nouă intervenţie, extirpând unghiul inferior al cicatricei, care apărea ca un apendice caudal difurcat şi se face plastie. Evoluţia post-operatorie bună. După 8 zile se scot firele de sutură, bolnava fiind vindecată (fig. 3).



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3

Prin teratoame, tumori teratoide, embriome sau disembriome complexe, înţelegem tumorile congenitale care sunt formate din derivate a 2 sau 3 foiţe blastomerice.

La analiza teratoamelor se constată că ele au o compoziţie extrem de polimorfă. In structura lor pot participa toate sistemele corpului. Astfel, sistemul fanerelor poate fi reprezentat prin chiste dermoide, peri, sau şi glande sudoripare. O frecvenţă destul de mare se constată în privinţa elementelor sistemului nervos central: celule gliale, astrocite, celule ganglionare, plexuri coroide şi chiar circomvoluţii cerebrale şi cavităţi ventriculare. Sistemul nervos periferic este reprezentat prin prezenţa fibrelor nervoase. Ca formaţiuni ale sistemului respirator putem găsi chiste epiteliale, glande mucoase, muşchi netezi şi părţi cartilaginoase. Din tubul digestiv întâlnim chiste formate din epiteliul intestinal. In sfârşit membrele pot fi reprezentate prin extremităţi osoase rudimentare, cartilagiu şi musculatură striată.

Teratoamele sacro-coccigiene sunt de obiceiu tumori ataşate de faţa anterioară a sacrului şi uneori şi a coccigelui, unde îşi au originea printr'o bază largă de implantare şi numai rareori sunt pe-

diculate. Aceste tumori pot fi implantate şi pe faţa posterioară a sacro-coccigelui, iar uneori iau inserţie pe ambele feţe ale osului.

Mărimea acestor tumori variază dela aceea a unei prune până la un cap de adult şi chiar mai mari (**Hennig**). Nu rareori tumora atârnă în jos ca un sac, între picioare, în prelungirea axului corpului. Uneori tumora este atât de voluminoasă, încât copilul şade pe ea, aşa cum a fost şi în cazul nostru (fig. 1).

Forma teratoamelor este foarte variată. După **Zampa** polimorfismul acestor tumori este atât de variat încât nu se poate face o descriere de ansamblu a lor.

In general teratoamele sacro-coccigiene nu comunică cu spaţiile sub-arachnoidiene. Se cunosc totuşi cazuri unde coexistă o spină bifidă sacrată.

Peste tumorile mari pielea apare puternic destinsă, iar la suprafaţă sunt vine dilatatte. Anusul este de cele mai multe ori puternic deplasat înainte de tumora sacro-coccigiană, aşa cum a fost şi în cazul nostru.

Pe secţiune găsim sub tegumente un înveliş fibros, o adevărată capsulă care limitează tumora înafară. In interiorul acestei capsule se găsesc formaţiuni chistice şi solide, uneori resturi de organe sau chiar organe perfect conformate. Formaţiunile chistice se întâlnesc în toate cazurile. Peretele acestor chiste este format din cele mai variate ţesuturi; epiteliul poate fi simplu pavimentos sau stratificat, cilindric, cubic sau vibratil. Intr'o aceeaş tumoră pot coexista chiste mucoase, dermoide şi seroase, aşa cum a fost şi în cazul nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conţinutul chistelor este variabil, putând fi cremos, gelatinos, sero-citrin sau grăsos, cuprinzând uneori chiar şi ţesuturi organoide. In cazul nostru chistul mare avea un conţinut cu aspect şocolatiu, bogat în fibrină, iar celelalte chiste mai mici aveau un conţinut gelatinos sau cremos, brânzós, dermoid. Mult mai rar se pot găsi în aceste tumori resturi de organe sau chiar organe bine conformate.

In ce priveşte **etio-patogenia** acestor tumori, ea este mult discutată şi astăzi. Pentru explicarea originei lor există mai multe teorii:

După **teoria evoluţiei partenogenetice** a lui **Waldeyer**, susţinută de **Pfannenstiel, Geyl** şi **Arnsperger** o celulă germinativă, mai ales ovulul, ar putea ca fără o fecundare prealabilă, adică fără unirea lui cu spermatocitul, să sufere o evoluţie partenogenetică, dând naştere unei tumori teratoide.

Prin această evoluţie partenogenetică, demonstrată de **J. Loeb** în mod experimental la mamifere, s'ar putea explica destul de bine formarea tumorilor teratomatoase ale glandelor genitale.

Teoria blastomerică a lui **Marchand-Bonnet** şi **Wilms**, susţinută şi de **Schwalbe**, explică formarea teratoamelor prin excluderea unui material germinativ în fazele iniţiale ale segmentării ovului fecundat. Aceasta explică foarte bine atât teratoamele glandelor genitale, cât şi pe cele extra-genitale. Teratoamele ar fi consecinţa unui viciu de desvoltare care s'a efectuat la începutul embriogenezei.

Ovulul fecundat se segmentează în 2 blastomere, care la rândul lor se divid, dând o massă celulară de formă sferică, morula. Aceasta se transformă în blastulă prin apariţia unei cavităţi şi aşe-

zarea celulelor la periferia acesteia. Prin invaginarea blastulei rezultă gastrula cu cele 2 foițe: ectoderm și mezoderm.

In faza inițială celulele embrionului sunt omnipotente și pot da naștere la elemente ecto-mezo — și endo-dermice. Când embrionul are 3 foițe, celulele lui sunt mai specializate și nu vor putea da naștere decât la un fel determinat de țesuturi, derivate ale unei singure foițe embrionare.

In orice stadiu de desvoltare al unui embrion se poate produce o oprire în desvoltare, care poate fi de scurtă durată, dând o întârziere în în desvoltare sau de mai lungă durată, când o celulă sau un grup de celule se opresc în evoluție și rămân în această stare latentă (potențială). Ulterior, după un anumit timp, variabil dela caz la caz, această celulă sau grup de celule incorporate în organism, își reiau potențialul lor evolutiv de multiplicare, capacitatea neoformatoare fiind la fel cu aceea pe care au avut-o aceste celule în momentul oprirei evoluției lor.

Celula ovulară inițială fecundată se divide dând 2 blastomere, care nu au nicio specificitate, întrucât prin distrugerea unui blastomer, celalt rămas poate forma el singur un embrion complet, însă mult mai mic.

Se poate întâmpla însă, dintr'o cauză oarecare, necunoscută, ca unul din blastomere să se oprească în evoluție, rămânând în stare latentă, potențială, iar celalt blastomer să-și continue desvoltarea, dând naștere unui individ.

Blastomerul rămas exclus, în stare potențială, poate la un moment dat să-și recapete capacitatea formatoare. Dacă această redeșteptare a puterei formatoare se produce deja în viața intra-uterină, acest blastomer exclus temporar, va putea da naștere unei ființe parazite, mai mult sau mai puțin complete, grefată pe individul care o poartă, pe autozit. Această ființă parazită este forma cea mai completă a tumorilor teratoide, un embriom.

Dacă excluderea temporară a unei celule se face în faza când oul a ajuns în stadiul de morulă, această celulă când își va reîncepe activitatea sa proliferativă, va putea da naștere la țesuturi multiple. Aceste celule ceva mai diferențiate decât blastomerele primordiale, sunt incapabile să dea naștere unei ființe întregi, însă pot produce teratoame.

Dacă oul a ajuns în stadiul de gastrulă, când s'au format 2 foițe embrionare primordiale, specificitatea celulară e deja mai accentuată, deoarece fiecare din această foiță va da naștere la țesuturi determinate.

Dacă o celulă sau un grup celular aparținând uneia din aceste 2 foițe embrionare sunt excluse, rămânând în stare latentă, de somn temporar, în momentul când își recapătă activitatea formatoare, se vor produce elemente desordonate, însă care aparțin tipurilor istologice ce se desvoltă în mod normal din foița respectivă.

Cu cât se face mai devreme excluderea țesutului (punctul de terminație teratogenetic), deci cam în stadiul de 4 sau 8 celule, cu atât apar mai frecvent țesuturi mai diferențiate, teratoame embriomorfe. Cu cât excluderea se face mai târziu, cu atât trebue să se nască teratoame amorfe, formate din cele 3 foițe embrionare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O astfel de desvoltare cu 3 foiţe embrionare este numai atât timp posibilă până când cele 3 foiţe embrionare nu sunt încă formate. Cu sfârşitul gastrulării se termină şi perioada terminală teratogenetică. Această perioadă coincide, după **Schwalbe**, cu timpul de apariţie al malformaţiunilor duble, căci şi în mod experimental, după gastrulare nu se mai pot obţine malformaţiuni.

Potenţialul latent de proliferare al celulelor excluse se poate activa numai în anumite împrejurări. Această activitate se poate provoca şi prin influenţe chimice sau fizico-chimice, în analogie cu partenogeneza experimentală.

Cauza capabilă de a inhiba pentru o durată de timp variabilă puterea de proliferare a blastomerelor nu se cunoaşte. Deasemeni nu cunoaştem cauza care le face să-şi recapete activitatea formatoare.

Dacă activitatea celulelor excluse se reia de timpuriu, chiar din viaţa intra-uterină, tumora congenitală care va rezulta va fi de obiceiu benignă. Dacă starea de somnolenţă se prelungeşte mult şi reluarea activităţii proliferative este tardivă, tumora poate lua caracterul tumorilor maligne.

După **teoria blastoporică** a lui **Budde**, susţinută şi de **Krafka**, locul de origine al teratoamelor ar fi gura primitivă sau blastoporul, căci acest loc apărut la gastrulă, ar reprezenta stadiul primitiv pentru foiţele embrionare. Celulele desprinse dela acest nivel ar putea suferi ulterior o desvoltare omnipotentă.

Gura primitivă nu formează la vertebrate decât un organ tranzitoriu. Ea se închide şi dispare mai târziu, cu excepţia unui rest, care devine anusul, pe când gura definitivă sau secundară este o formaţiune cu totul nouă.

SSC/Muzeul Național al Literaturii Române

In cursul desvoltării embrionului blastoporul se deplasează dela bazio-occipital în jos la vârful coccigelui. Pe întreg acestt parcurs pot să se oprească celulele desprinse din gura primitivă, ce vor constitui nucleul de formaţie al teratomului. Astfel s'ar putea explica apariţia teratoamelor în diferitele regiuni: în orbită, regiunea hipofizară, maxilarul superior, mediastin, ţesutul retro-peritoneal, mezenter şi regiunea sacro-coccigiană.

Se pune acum întrebarea dacă la producerea teratoamelor nu intervin alţi factori, cum ar fi spre ex: prezenţa unui al doilea embrion. Şi în această privinţă părerile se împart.

Unii, în frunte cu **Calbet**, **Stolper**, **Forster** şi **Ahlfeld**, susţin că toate teratoamele sacro-coccigiene se pot considera ca având o **origine bigerminală**. După această părere, susţinută în parte şi de **Marchand**, teratoamele ar proveni din modificările regresive ale unui al doilea embrion, incorporat la extremitatea caudală a unui făt normal desvoltat.

Contra acestei opinii se ridică **Borst**, care spune că în cele mai multe cazuri explicaţia teratoamelor sacrate se poate face prin o involuţie defectuasă a canalului neurenteric şi a canalului postanal. Numai în cazuri rare ar fi nevoie de admiterea unei implantaţiuni a unui al 2-lea germen pentru explicarea formării tumorii teratomatoase sacro-coccigiene. El a arătat că trebuie făcută o diferenţiere

netă între formele monogerminale şi bigerminale ale teratoamelor sacro-coccigiene.

Deasemeni **W. Steimann** spune că teratoamele sacro-coccigiene nu trebuesc considerate ca fiind absolut întotdeauna malformaţiuni duble, bigerminale.

Părerea lui Borst este susţinută şi de alţii, ca **Aschoff, Ziegler, Broca** şi **Schwalbe.** Explicaţia monogerminală este cu totul mulţumitoare pentru cele mai multe teratoame. Numai acele tumori pot fi considerate ca incluziuni fetale adevărate, în care se găsesc organe sau resturi de organe, care nu se datoresc unei dispersiuni germinale la coada embrionului (cum e spre ex: ochiu, trachee, etc).

In ce priveşte **clasificarea** tumorilor sacro-coccigiene congenitale, ea e variabilă cu diferiţi autori.

Von Bergmann a împărţit tumorile sacro-coccigiene congenitale în 4 grupuri:

1. Dermoide simple, tumori chistice, formate dintr'un perete gros, căptuşit cu o membrană ce are caracterele pielei; conţinutul acestor tumori este brânzos, având aspectul făinei de gris.

2. Dermoide compuse, care pe lângă formaţiuni cutanate mai conţin bucăţi neregulate de oase sau cartilagiu, dinţi, alveole, glande, substanţă nervoasă şi chiar creer.

3. Sarcoame chistice.

4. Paraziţi subcutanaţi sau implantaţiuni fetale.

După **Schwalbe** distingem următoarele 4 grupuri ale tumorilor sacro-coccigiene congenitale:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. In primul grup apargine Pygopagus parasiticus sau Pygomelus. Cu baza de implataţiune în vecinătatea sacro-coccigelui, se găsesc părţi din corp sau organe formate, mai des extremităţi bine formate care se pot recunoaşte uşor, fără o prealabilă preparare.

2. In grupul al doilea aparţin tumorile care conţin organe sau părţi de organe, care pot fi recunoscute după o preparare anatomică.

3. In grupul al treilea aparţin teratoamele sacro-coccigiene care conţin derivate din cele 3 foiţe blastodermice.

4. In grupul al patrulea aparţin teratoamele sacro-coccigiene în care se găsesc derivate numai din 2 foiţe blastodermice. In acest ultim grup se poate încadra şi cazul nostru.

In primele 2 grupuri incluziunile fetale manifeste nu pot proveni dintr'un viciu de desvoltare al cozii embrionare. Pentru producerea teratomelor din aceste grupe, este necesară explicaţia bigerminală.

Ultimele 2 grupuri conţin teratoamele care pot proveni din coada embrionară, printr'un viciu de desvoltare.

La început intestinul se întinde până la extremitatea caudală, unde comunică cu tubul medular prin canalul neurenteric. Anusul nu se formează la partea cea mai declivă a intestinului, ci mai înainte, rămânând o porţiune de intestin poştal.

Elementele care formează coada embrionară sunt: învelişul ectodermic, apoi o massă mezodermică, în care găsim dinainte înapoi: intestinul postanal şi canalul neurenteric, vertebrele coccigiene, coarda dorsală şi canalul medular (nodul lui Hensen).

In mod normal toate aceste formaţiuni postanale ale embrionului dispar printr'un proces de atrofie, rămânând numai câteva vertebre. Ele pot perzista uneori în mod patologic, dând naştere diverselor forme de teratoame.

Resturile intestinului postanal şi ale canalului neurenteric pot da tumori pre-sacro-coccigiene, chiste mucoide, conţinând şi anse intestinale.

Viciile de regresiune ale vertebrelor caudale şi sclerotoamelor corespunzătoare, produc teratoame formate din ţesut conjunctiv (fibre musculare, vase, ţesut fibros).

Resturile coccigiene ale măduvei ar fi punctul de plecare al tumorilor retro-sacro-coccigiene, formate mai ales din elemente nervoase.

Simptomatologia teratoamelor sacro-coccigiene de cele mai multe ori este redusă, tumora producând tulburări şi jenă numai prin mărimea ei. Uneori se pot observa simptome de vecinătate, produse prin compresiunea exercitată de tumoră: tulburări de defecaţie, tulburări urinare, chiar ocluzii intestinale sau hidronefroze.

La examenul local constatăm că teratomul prezintă o consistenţă variată după regiune, cum a fost şi în cazul nostru. In unele părţi se constată o fluctuenţă determinată de o pungă lichidă sau un lipom în alte părţi o împăstare caracteristică unui ţesut mixomatos, iar în alte părţi o duritate datorită unor porţiuni cartilaginoase sau osoase.

Teratomul poate coexista cu alte malformaţiuni; aşa spre ex. în cazul nostru am constatat şi un dolicocolon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evoluţia teratoamelor sacro-coccigiene este variabilă. De cele mai multe ori ea este relativ benignă, în sensul că ele nu cresc pe seama ţesuturilor vecine şi nu se generalizează; creşterea lor rapidă în volum datorindu-se caracterului lor embrionar.

Sunt semnalate totuşi cazuri de malignizare, o creştere carcinomatoasă sau sarcomatoasă, în deosebi în formele de teratoame embrionare. Astfel **Ceelen** şi **Terplen** au observat o desvoltare carcinomatoasă într'un teratom al mediastinului anterior. O transformare sarcomatoasă a observat **Hinterstoisser** într'un teratom coccigian şi **R. Göbele** într'un teratom retroperitoneal al abdomenului.

Lăsat să evolueze singur, teratomul, prin creşterea lui, produce moartea copilului.

La stabilirea **diagnosticului**, vom căuta să apreciem cât mai bine implantarea exactă a tumorii, mai ales prin tuşeul rectal, cât şi prin examenele radiologice complimentare (radiografie, clisma baritată).

Diagnosticul diferenţial trebue făcută faţă de spina bifida, lipomul, limfangiomul, sarcomul şi chistele dermoide ale regiunei sacro-coccigiene.

Dacă tumora este pre-sacro-coccigiană, aproape sigur se poate exclude spina bifida. Rămâne în acest caz de făcut diferenţierea între un chist dermoid şi un teratom. Dacă tumora este retro-sacro-coccigiană, atunci vine în discuţie şi posibilitatea existenţei unei spina bifida, care este mult mai frecventă decât teratomul. De obiceiu, cel puţin la început, spina bifida îşi are sediul în partea superioară a

sacrului, fiind sesilă, pe când teratomul este situat mai jos, în partea inferioară a sacrului, putându-se pedicula.

Proba punctiei este de un real folos în stabilirea diagnosticului, scoţând lichid cefalo-rachidian în caz de spina bifida şi un lichid serocitrin, mucilaginos, cremos sau şocolatiu, în caz de teratom cum a fost şi în cazul nostru. Punctia trebue efectuată păstrând cele mai riguroase condiţii de sterilitate, spre a evita producerea unei meningite în caz de spina bifida.

Deasemeni în caz de spina bifida, presiunea asupra tumorii poate determina strigăte, tensiunea fontanelelor şi chiar convulsii tonico-clonice, semne care lipsesc la teratoamele sacro-coccigiene.

Diagnosticul diferenţial faţă de chistele dermoide nu se poate face decât după intervenţie, prin examenul anatomo-patologic al piesei.

Tratamentul teratoamelor sacro-coccigiene nu poate fi decât chirurgical, consistând în extirparea tumorii.

Dacă copilul se naşte viu, trebue operat cât mai curând posibil. Nu trebue aşteptat prea mult, căci prin creşterea ei, tumora poate provoca moartea copilului. Posibilitatea de îndăturare pe cale operatorie este dependentă de gradul de contopire cu sacrul şi coccigele şi planşeul pelvian. Cele mai multe tumori din acest grup sunt operate în anul 2-6 al vieţii.

Intervenţia este variată după cazuri şi destul de grea. Trebue avută o grijă deosebită la eliberarea tumorii de rect şi eventual de vezică, atunci când tumora se întinde în bazin. Uneori este necesară rezecţia coccigelui şi chiar a unei părţi din sacru, pentru a putea aborda tumora în totalitatea ei şi a o extirpa.

Digitized by Central University Library Cluj

Cu toată gravitatea ei, intervenţia trebue făcută întotdeauna, căci numai prin ea se poate obţine o vindecare, aşa cum a fost şi în cazul nostru, salvând copilul.

La refacerea planurilor anatomice, trebue să avem o deosebită grijă la refacerea planşeului perineal, deoarece în caz contrar expunem copilul la eventraţii redutabile.

BIBLIOGRAFIE:

1) Bauer: Ueber Teratome der Kreuzsteissbeingegend und der Bauchhöhle. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 75, pag. 226—260. — 2) Von Bergmann: Zur Diagnose der angeborenen Sacralgeschwülste. Berliner Klin. Wochenschr. 1884. — 3) Ivar Broman: Normale und abnorme Entwicklung des Menschen. Wiesbaden 1911, pag. 175—202. — 4) Frank: Zur Kentnis der congenitalen Sacraltumoren. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 77. — 5) A. Hamant, L. Cornil et M. Mosinger: Remarques critiques sur la pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales. Ann. d'anatomie path. 1929, pag. 1224—1230. — 6) Oscar Hertwig: Traité d'embryologie. Paris, 1900. — 7) Hermann Hinterstoisser: Ueber einen congenitalen, teratoiden Sacraltumor und Metastasirung. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 87, pag. 79—84. — W. Hoppe: Beitrag zur Lehre von dem angeborenen Kreuzsteissbeingeschwulsten. Deutsche Zeit. f. Chir. 1905, Bd. 66, pag. 529—559.— 9) Hermann Coenen: Das Teratom. Die Chirurgie, Bd. II, pag. 148—155.

Kirschner-Nordmann 1939. — 10) Kiederlen: Die teratoiden Geschwülste der Kreuzbeingegend vom klinischen Standpunkt, nebst Mittheilung eines einschlägigen Falles. D. Z. f. Chir. Bd. 52, pag, 87—152, — 11) Ion Mureşanu şi Gh. Deşliu: Despre geneza şi tratamentul tumorilor congenitale sacro-coccigiene, în legătură cu 3 cazuri operate şi vindecate. Clujul Medical No. 8—1934, pag. 453—459. — 12) Nasse: Beirage zur Genese der sacro-coccigealen Teratome. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 45, pag, 685—700, — 13) Ombrédanne: Précis de Chirurgie infantile, 1932, pag. 218—228 şi 484—491. — 14) Proust et Soupault: Précis de Pathologie Chirurgicale, 1938, pag. 259—266. — 15) E. Schwalbe: Teratologie. Allgemeine Missbildungslehre, 1906, Bd. II, pag. 356—359. — 16) Stolper: Die angeborenen Geschwülste der Kreuzsteissbeingegend. D. Z. f. Ch. pag. , Bd. 50, — 17) Zampa: Contributo alla conoscenza dei teratomi e del cosidetti parasiti sacrali. Arch. ital. Chir. 1931.

Les auteurs communiquent le cas d'une jeune fille agée de 3 ans, internée dans la Clinique Chirurgicale de Cluj, pour une tumeur sacro-coccygienne congénitale atteignant le volume d'une tête d'adulte.

A l'examen radiographique on constate que le sacrum est basculé en arrière par cette tumeur, qui s'insinue sur la face antérieure de cet os; le coccyx apparait détaché du sacrum et poussé vers le pôle inférieur de la tumeur, à une distance de 9 cm. du sacrum. La malade présentait en plus un dolichocolon.

La tumeur a été extirpée en totalité et la malade a guéri per primam. La tumeur présentait une structure teratomateuse, confirmée par l'examen histo-pathologique, qui a mis en évidence un tératome didermique.

Les auteurs font quelques considérations étio-pathogéniques, cliniques et thérapeutiques concernant le cas qu'ils ont observé.

The authors are comunicating a case of a little girl, hospitalised in the Service of Surgery from Cluj, which presents a congenital sacro-coccygian tumour, of the size of a head of an adult.

At the Radiological examen, we see a bascular mouvement behind the sacrum, with an emplacement of the tumour before it. The coccys is detached from the sacrum and pushed near the inferior pôle of the tumour, at a distance of 9 cm. from the sacrum. The pacient presents also a dolicocolon.

The whole tumour was extirpated and the pacient regained its health, per primam. At the intervention we found that the tumour had a teratomatousus structure, which was confirmed by the hiisto-pathological examen, which showed us a didermical teratomatousus structure.

Afterwards there are made etio-pathogenical, clinical and therapeutical considerations, of the case observed by the authors.

Die Autoren teilen den Fall eines 3 Jährigen Mädchens mit die in der Chirurgikalischen Klinik in Cluj interniert ist; dieselbe hat einen kongenitalen sakro-koccygealen Tumor von der Grösse eines Menschenkopfes.

Dasr adiografische Examen zeigt eine rückwärtige Neigung des Sakrum, wobei sich der Tumor auf seiner vorderen Seite dazwischen schiebt; der Coccys ist vom Sakrum abgelöst und gegen den untersten Pol des Tumors hienübergeschoben, 9 cm. weit von Sakrum.

Die Kranke zeigte auserdem noch ein Dolikocholon.

Der Tumor wurde vollständig auf chirurgikalischen wege entfernt; die Kranke heilte per primam. Bei dem Eingriff konstatierte man das der Tumor eine Teratomatöse Struktur aufwies, die durch der histo-pathologischer Diagnose bewiesen wurde, wasselbe die Struktur eines didermischen Teratoms zeigte.

Hienach werden etio-pathogenetische, klinische und terapeutische Bemerkungen gemacht in Verbindung mit dem vorgemerkten klinischen Fall.

Lucrări făcute la Spitalul de Boli Contagioase-Craiova
Medic primar: D-r E. Buttescu

STUDII IN BOLI CONTAGIOASE

de

D-r NINA VORNICESCU ŞCHIOPU

I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DESPRE ETIO-PATOGENIA SCARLATINEI

Etio-patogenia a dat loc la diferite discuţii.

In timpurile actuale autorii diferitelor ţări au lărgit mult orizontul cunoştiinţelor noastre fără să reuşească să împace părerile contradictorii.

1. Teoria anafilactică. După această teorie susţinută de Glentmann, Meyer, Sontag, Schlossmann şi alţii, scarlatina nu este o maladie infecţioasă propriu-zisă şi o explică astfel: organismele receptive prin introducerea repetată a ori cărui streptococ în amigdale, capătă pentru el o supra-sensibilizare, iar la o nouă infecţie cu streptococ dau tabloul unei reacţii anafilactice aparte „Scarlatina".

Unii din autorii acestei teorii dau o deosebită importanţă tulburărilor alimentare şi intoxicaţiilor, ca momente cari măresc sensibilizarea.

După părerea lui Fanconi, rolul momentelor sensibilizante pot să-l joace nu numai streptococul, dar şi un oare care alt microb patogen şi chiar unele medicamente.

Adepţii teoriei anafilactice se bazează pe evoluţia clinică a scarlatinei care are mult comun cu maladia serică: febra (ridicată), vărsăturile, angina, inflamaţia ganglionară şi articulară, erupţia şi eozinofilia precoce. Totuşi această teorie nu explică epidemiile de scarlatină. Cea mai convingătoare este epidemia isbucnită pe insulele izolate „Faresschih" în legătură cu aducerea scarlatinei, după un interval de 57 ani.

Fără îndoială, la populaţia acestor insule exista streptococul, cu toate acestea epidemia n'a izbucnit decât după venirea în contact cu bolnavul scarlatinos. Totuş trebue să admitem marele rol care-l joacă alergia în patogenia complicaţiilor tardive a scarlatinei.

2. Teoria italiană a lui Cristina care a încriminat un mic diplococ filtrabil şi cultivabil în condiţii anaerobe.

3. Teoria Smirnovei Jancova care a descris nişte corpusculi găsiţi de dânsa în secţiunile histologice a amigdalelor, limbei, tubului digestiv şi vezica biliară.

4. Teoria streptococică întemeiată de Gabricevschy a găsit noui adepţi în soţii Dick, cari au preparat din toxina streptococului hemolitic scarlatinos vaccinul (anatoxina). Cu această toxină se face şi reacţia Dick, care este pozitivă numai la indivizii receptivi, negativându-se după imunizare.

Serul cailor imunizaţi cu această toxină are proprietăţi curative incontestabile. Această teorie este în contrazicere cu următoarele fapte: infecţiile streptococice (erisipelul, septicemia streptococică) nu numai că nu dau imunitate din contră măresc sensibilitatea individului pentru streptococ, iar scarlatina dă o imunitate puternică şi durabilă. In formele maligne de scarlatină cu sfârşit letal, nu s'a putut decela streptococul, nici în sânge şi nici chiar în laringe (Iochman, Rosenberg),

Zlatogorov a demonstrat că proprietatea de a provoca eozinofilia o au numai primele generaţii de streptococi izolaţi dela scarlatinoşi şi se pierde prin reînsămânţări. Serul Dick fiind eficace în formele toxice de scarlatină, nu previne şi nu are nici o acţiune asupra complicaţiilor. Reacţia Dick s'a dovedit de a nu fi specifică. Controlând-o pe un mare număr de indivizi de diferite vârste, s'a constatat că frecvenţa reacţiei pozitive nu coincide cu frecvenţa scarlatinei după etate. Cercetările lui Bessedin întreprinse la Leningrad pe un număr de 120.000 de oameni au arătat că nu se suprapun curbele R. Dick pe curbele epidemice. In timp ce maximum îmbolnăvirilor revine vârstei dela 3 la 7 ani, reacţia Dick pozitivă are maximum de frecvenţă între 1—3 ani scăzând apoi brusc. S'au citat multe cazuri de îmbolnăviri la persoane cu reacţia Dick negativă şi din contră s'a găsit reacţia Dick pozitivă la persoane cari au fost bolnave de scarlatină în proporţie de 23%—65%, iar la convalescenţ în proporţie de 18%. După vaccinare la 15% reacţia Dick rămâne pozitivă.

5. Teoria virusului filtrant intemeiată de şcoala românească în 1911 de Prof. Cantacuzino, Landsteiner, Levaditi, au arătat că se poate obţine scarlatina la maimuţe, inoculându-le sânge sau secreţie faringiană şi de pe limbă, luate dela bolnavii scarlatinoşi. Ei au obţinut scarlatina experimentală cu ajutorul materialului infectat care a fost filtrat prin lumânările lui Berkfeld. Zlatogorof a confirmat teoria românească. După părerea lui numai primele generaţii de streptococi dau scarlatina, fiindcă numai ei conţin virusul scarlatinos, generaţiile următoare pierzând virusul pierd şi proprietăţile scarlatinoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Enigma etiologiei scarlatinei este încă departe de a fi elucidată. E posibil ca nouile cuceriri în metodele de cultivare a virusurilor ne vor da date noi. Nu orice caz bolnavul scarlatinos reprezintă un teren foarte prielnic pentru infecţia streptococică, ceeace reese clar din cercetările lui Joffe, care a arătat că numărul coloniilor streptococice însămânţate din faringele bolnavilor de scarlatină întrece mult numărul coloniilor streptococice obţinute prin însămânţări chiar din angina streptococică.

In sprijinul teoriei anafilactice am observat şi noi unele fapte. Mulţi scarlatinoşi au prezentat tulburări dispeptice sau intoxicaţii alimentare cu puţin înainte de a contracta scarlatina. Mai demonstrative sunt două cazuri:

Copilul Dumitru Cârceanu de 5 ani, Mârşani-Dolj. a fost internat din eroare de diagnostic în salonul de scarlatină în care erau 8 bolnavi de scarlatină în descuamaţie. Acest copil n'avusese scarlatină în antecedente; totuşi după 8 zile de internare el nu face scarlatină, ci numai o angină streptococică controlată prin laborator, care a durat 4 zile. După 12 zile dela această angină streptococică, face o scarlatină tipică cu ascensiune bruscă de temperatură, erupţie, enantem, mărirea şi congestionarea amigdalelor, cu uşor depozit fibrinos, vărsaturi, hipertrofia ganglionilor cervicali, agitaţie, uşor delir şi febră 39° 0. Perioada eruptivă durează 8 zile dupa care apare albuminuria, apoi un adeno-flegmon latero-cervical stâng care a fost incizat în a 15-a zi de boală. Deci o scarlatină în care nu lipsea nici un simptom în perioada eruptivă şi a fost urmată de complicaţiile obişnuite nefrită şi adeno-flegmon.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al doilea caz este tot aşa de demonstrativ. Este vorba de o medică E. A. din Craiova, care îngrijind cei 2 copii ai săi bolnavi de scarlatină, face o angină streptococică după un interval de câteva zile, iar după 25 de zile dela prima angină, când ambii copii erau complet vindecaţi, se îmbolnăveşte de scarlatină tipică făcând o formă toxică.

In concluzie putem spune că angina streptococică sensibilizează organismul pentru scarlatină sau deschide poarta de intrare.

* * *

II.

NEFRITA IN SCARLATINĂ

„N-rul nefritelor după scarlatină este mult mai mare decât numărul bolnavilor care prezintă semne de nefrită în cursul maladiei.

Ciucă şi Nădejde:

Nefrita scarlatinoasă este o nefrită difuză ce interesează ambele sisteme, glomerulo-tubular. Haţeganu o numeşte glomerulo-nefroză, înglobând cele două leziuni capitale din nefrita scarlatinoasă, caracterizată prin inflamarea gromerulelor şi ca o consecinţă a acesteia o leziune variabilă a tubilor renali.

Pentru a depista frecvenţa leziunilor renale în scarlatină, am utilizat două probe de laborator, cele mai curente:

Cercetarea albuminei din urină prin fierbere cu adăugarea acidului acetic, dozarea albuminei prin reactivul citro-citric în tubul Esbach şi examenul sedimentului urinar.

Dozarea albuminei s'a făcut zilnic, iar sedimentul urinar a fost verificat la 4—5 zile interval, în tot timpul spitalizării scarlatinoşilor. Celelalte analize pentru depistarea insuficienţii renale ca: dozarea ureei în sânge şi a clorurilor s'au făcut numai în cazurile când starea bolnavului o reclama.

A intrat în uz să se diferenţieze nefritele precoce de cele tardive. Nefritele precoce fiind considerate cele care apar în timpul perioadei eruptive, implicit febrile, a scarlatinei.

Vengherschi la Spitalul Izolarea din Iaşi găseşte dintr'un număr de 3173 de cazuri, 189 nefrită precoce şi 272 nefrite tardive, deci cu o predominenţă mare a nefritei tardive.

Noi în majoritatea cazurilor am găsit în nefritele precoce afară de albumurii şi uremii, sedimentul urinar bogat în hematii şi cilindri granuloşi. Actual în urma demonstraţiilor leziunilor histologice a rinichiului este tendinţa să nu se mai diferenţieze nefrita precoce de cea tardivă. Câte odată intensitatea nefritei precoce este în raport cu intensitatea scarlatinei şi poate da leziuni renale tot atât de intense ca şi cele tardive.

Luând în considerare numai nefritele la scarlatinoşii trataţi în spital, dela începutul boalei şi supuşi regimului hipoclorurat, noi am găsit la un număr de 237 de cazuri, 150 complicaţii renale, manifestate prin unul din simptome: hematurie, cilindrurie (considerând numai cilindrii granuloşi şi epiteliali) şi albuminurii. Din aceste 150 cazuri de nefrite, 70 au fost precoce şi 80 tardive.

Biblioteca Universitară Iaşi

După cum vedem nu găsim mare diferenţă ca număr între cele două nefrite, şi nici într'un caz nu putem vorbi de raritatea nefritelor precoce. In ce priveşte valoarea lor pronostică pentru leziunile renale ulterioare, redăm tabloul nefritelor precoce ca să putem discuta apoi valoarea lor.

Nefrite precoce: 70
1) 26 nefrite precoce trecătoare.
2) 23 nefrite precoce prelungite mult peste prima săptămână de boală.
3) 21 nefrite precoce urmate de nefrite tardive după un interval de timp.

Vedem deci că din 70 nefrite precoce numai 26, cu un procent de 37,1 % au fost nefrite benigne, trecătoare şi fără nici o valoare pronostică pentru leziunile renale ulterioare, restul de 44 cu un procent de 62,8% au fost nefrite precoce prelungite sau urmate de nefrite tardive.

Nefritele precoce prelungite, le-am numit aşa, fiindcă majoritatea dintre ele au persistat până la sfârşitul spitalizării, unii plecând acasă cu leziunea renală incomplect vindecată.

Aceste nefrite le-am trecut la nefrite precoce după timpul apariţiei lor care a fost în perioada eruptivă a scarlatinei. In afară de faptul că ele au fost lungi, trenante ca timp, unele au fost destul de grave cu fenomene uremice accentuate.

Intr'a treia categorie au fost puse nefritele precoce care în marea majoritate a cazurilor, după câteva zile de acalmie, au fost reluate de nefrite tardive.

In altă ordine de idei am avut impresia că în formele maligne de scarlatină s'au vindecat într'un număr mai mare acei ce n'au avut complicaţii renale.

Hematuria microscopică este foarte frequentă; ea apare ca primul simptom şi rămâne de multe ori singurul. Este premergătoare nefritei scarlatinoase şi apare de multe ori cu mult înaintea albuminuriei. In observaţiile noastre ea precede cu 1—2 câte odată chiar cu 8 zile albuminuria. Edemele sunt rare la nefriticii scarlatinoşi trataţi, în spital dela începutul scarlatinei şi sunt mult mai frecvente la cei trataţi la domiciliu, probabil din cauză că nu s'a suprimat clorura de sodiu după apariţia nefritei. Numărul mare al leucocitelor a fost găsit la bolnavii trataţi cu ser de cal mai ales în cursul maladiei serice. Acelaş lucru îl notează şi D-r Rusu în teza sa de doctorat în legătură cu un caz.

In ordinea apariţiei, primii sunt cilindrii epiteliali şi hematici şi numai peste câteva zile apar cilindrii granuloşi.

Ceia ce ar fi în concordanţă cu teoria că cilindrii granuloşi provin din degenerescenţa cilindrilor epiteliali, leucocitari, sau hematici. Cilindrii ceroşi n'au fost găsiţi de noi decât excepţional şi numai în cazurile foarte grave. Cilindrii grăsoşi nu i-am găsit nici odată, probabil fiindcă rinichii nu ajungeau la degenerescenţa grăsoasă, de obicei fiind vorba de o nefrită acută care, numai excepţional a trecut de 30 zile. De cele mai multe ori debutul nefritei este insidios cu hematurie, cilindrurie, apoi albuminurie şi diminuarea cantităţii de urină. In perioada de stare urinele au culoarea bulionului murdar, roşcate sau roşii. Clinic începe cu paloare, indispoziţii, moleşeală, alte ori cu puseuri febrile şi remisiuni matinale, cefalee, vărsături, constipaţie apoi diaree.

Evoluţia nefritei scarlatinoase este variabilă şi poate duce la moarte prin uremie. Referindu-ne numai la nefriticii trataţi în Spital dela începutul scarlatinei, am găsit numai un caz mortal (din cei 150) care a murit cu fenomene uremice, având în acelaş timp broncho-pneumonie şi adenoflegmon. Moartea celorlalţi a fost datorită altor cauze.

Deşi cei mai mulţi au ori sunt de părere că nefrita apare pe la mijlocul boalei, noi am găsit că numărul maxim de apariţie a nefrite este în timpul perioadei eruptive şi febrile a boalei, ceia ce se vede clar din graficul alăturat. Vârful curbei este în primele zile de scarlatină, ca să scadă în a 11-a zi de boală, deobicei când erupţia păleşte şi angină diminuă in intensitate. Urmează un platou până în a 25-a zi de boală când scade, făcând un nou pusseu în a 30-a zi, pentru ca

imediat dupe aceia să scadă la 1—2 cazuri pe zi până la sfârşitul spitalizării. Au fost cazuri când nefrita a apărut în a 40-a zi de boală. In concluzie, nefrita scarlatinoasă apare în tot timpul boalei, putând fi foarte precoce sau foarte tardivă.

Contrar opiniei autorilor mai vechi ca şi încă a unora din prezent, complicaţiile renale nu pot fi prevenite cu regim hipo-clorurat, care este bine de instituit numai după apariţia nefritei, căci altfel debilităm copii fără nici un folos, Dacă ar fi altfel, atunci complicaţiile renale ar surveni mai des la scarlatinoşii nespitalizaţi dela începutul boalei (deci fără regim). Bolnavii noştri provin (afară de câteva excepţii) din mediu rural şi se ştie cu ţăranii noştri nu ştiu să-i supună regimului dietetic.

Nr. scarlatinoşilor veniţi în descuamaţie	88	Nr. complicaţiilor renale	65	Procent 73,08%
Nr. scarlatinoşilor veniţi în erupţie	237	„	150	63,29%

Din acest tabel se vede că procentul complicaţiilor renale este în număr cu puţin mai mare la cei ţinuţi acasă, decât la cei trataţi în spital dela începutul scarlatinei. Această diferenţă este numai aparentă fiindcă, după cum vom arăta mai târziu, complicaţiile renale sunt mai frequente în cazurile grave de scarlatină. Cazurile uşoare de scarlatină dau rare ori complicaţii renale şi nici descuamaţie bine evidentă, deci mai greu de depistat. Din cei cu descuamaţia tipică fără complicaţii pot scăpa vigilenţii organelor sanitare mai uşor, neavând edeme, care sunt aşa de caracteristice nefritei scarlatinoase netratate. In afară de asta standardul de viaţă foarte coborât şi neigienic al ţăranului nostru, contribuie la faptul că copiii nu numai că sunt lipsiţi de asistenţă medicală altfel ar fi fost depistaţi şi spitalizaţi) expuşi frigului şi oboselii, căci (mediat ce au trecut de perioada eruptivă şi având o stare de sănătate aparentă sunt trimişi la muncă împreună cu ceilalţi membri ai familiei. Toate acestea ar fi trebuit să mărească mult complicaţiile renale la acei ţinuţi acasă, ceia ce nu se constată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diferenţa nu constă atât în numărul complicaţiilor renale cât în forma nefritei.

Nefritele scarlatinoase apărute la domiciliu, sunt nefrite hidropigene, cu edeme enorme, sufuziuni seroase, edem pulmonar etc. Pe când nefritele survenite la bolnavii trataţi în spital, se limitează ca simptomatologie, în majoritatea cazurilor, la iritaţii renale, cu hematurie, albuminurie şi câte odată edeme foarte discrete. Numai excepţional nefrita survenită în spital, ar putea îmbrăca formă gravă cu uremie sau anazarc Pe când în nefritele apărute la domiciliu 34 din 63, deci cu un procent de 53 la 100, erau cu edeme, la nefriţicii din spital numai 13 din 150 cu un procent de 8,6%, au prezentat edeme şi acele discrete.

Dăm tabloul cu formele clinice de nefrite, comparativ cu nefrita

survenită la domiciliu şi cea apărută în spital, la scarlatinoşii internaţi dela începutnl boalei.

Nefritele post scarlatinoase apărute la domiciliu şi spital

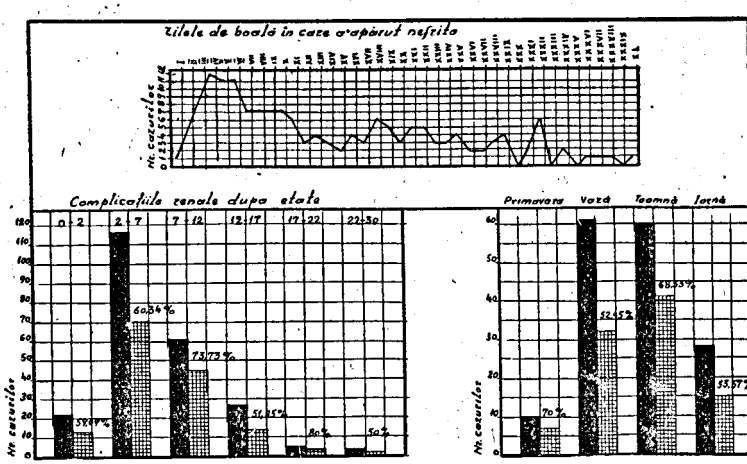
Nr. nefritelor apărute la domiciliu	Formă uşoară	Procentul %	Formă tipică	Procentul %	Formă gravă	Procentul %
65	25	38,46%	33	50,46%	7	10,76%
N-rul nefritelor apărute în cursul spitalizării						
150	126	84%	21	14%	3	2%

Din acest tablou reese benignitatea nefritelor survenite la scarlatinoşii trataţi în spital, examinând mai de aproape, vedem că nefritele survenite în spital, în majoritate, adică 126 din totalul de 150, adică 84% îmbracă forme uşoare limitându-se la simple iritaţii renale.

Deasemeni mortalitatea la nefriticii dela domiciliu a fost mult mai mare (din 65 au murit 6) deci un procent de mortalitate 9,23% faţă de 0,66% din cel spitalizaţi dela începutul boalei.

Autorii ruşi recomandă regimul integral între perioada eruptivă până la apariţia albuminuriei, când se instituie regimul adequat.

Frigul era admis altă dată ca o cauză favorizantă în apariţia nefritei. In prezent opiniile se împart. Dacă în unanimitate, agentul microbian este admis ca o cauză determinantă, nu se poate trece sub tăcere celelalte condiţii care depind de: Terenul organic ce este succeptibil de a pune organismul in stare de rezistenţă renală diminuată.



Rolul favorizant al frigului se poate presupune din graficul alăturat unde se vede că procentul cel mai mic de nefrită a fost în lunile de

vară: Iunie, Iulie, August şi aproape acelaş procent în lunile de iarnă: Decembrie, Ianuarie, Februarie, fiind mult mai ridicat primăvara şi toamna. Faptul că în lunile de iarnă, numărul nefritelor scarlatinoase este mai scăzut, se datoreşte în parte temperaturii constante din saloane. In timp ce primăvara şi toamna temperatura fiind variabilă (nefăcându-se focul regulat în saloane pentru economie) numărul nefritelor scarlatinoase creşte. Deci variaţia de temperatură favorizează frequenţa nefritei în scarlatină. In acelaş timp am observat că nefritele sunt mult mai grave în timpul răcoros.

In ce priveşte frequenţa nefritei după vârstele bolnavilor, se remarcă următoarele din graficul alăturat: procentul complicaţiilor renale creşte paralel cu vârsta până la 12 ani, când se observă o scădere trecătoare, pentru ca să urce iarăşi. La adulţi nu putem trage nici o concluzie, fiind foarte puţine cazuri. In acelaş grafic se poate vedea vârsta receptivă a scarlatinei între 2—7 ani.

Raritatea nefritelor la sugari s'ar explica în parte prin faptul că rinichiul copilului este nealterat, totuşi am avut cazuri, cum a fost fetiţa unui medic în vârstă de 7 luni, care deşi a avut o formă uşoară de scarlatină, complicaţia renală a trenat foarte mult, cu repetate ascensiuni febrile şi oligurie. La copiii mai mărişori, enuriazisul apare ca un simptom atunci când copilul nu-l avea înainte. El poate preceda cu câteva zile înainte celelalte simptome de nefrită. Epistaxisul a fost remarcat de noi ca foarte frequent la copiii nefritici. La aproape toţi copiii cu nefrită am observat vomismente, intoleranţă gastrică şi anorexie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Forma scarlatinei joacă rolul cel mai important în frequenţa şi gravitatea complicaţiilor renale, deşi mulţi autori între care Trousseau, Merklen, Haţeganu, Baghinschi şi alţii susţin contrariu.

Teissier este de părere că raritatea relativă a nefritelor în formele maligne de scarlatină, depinde şi de faptul că ele dau o mortalitate foarte mare în primele zile de boală, fără să aibă timpul necesar pentru complicaţiile renale.

Frequenţa nefritei dupe forma scarlatinei

Forma scarlatinei		N-rul nefritelor	Morţi în 48 ore	Procentul %
Uşoară	40	21	—	52,5%
Obişnuită	130	87	—	66,9%
Gravă	67	42	9	72,6%

Din acest tablou reese clar că numărul nefritelor creşte proporţional cu gravitatea scarlatinei, în formele grave au fost 67 cazuri de scarlatină din care am scos acei 9 care au murit în primele 48 ore dela îmbolnăvire, procentul rectificat revenind la 72,6% cu 20% mai mult decât în formele uşoare. Teissier găseşte deasemenea că nefritele sunt

mai prezente în scarlatinele hipertoxice cu angine necrotice, deci în formele grave.

Durata medie a nefritei apărute în spital a tost de 12 zile, cel mult 40 zile. Din aceşti 150 nefritici spitalizaţi dela început nici unul n'a rămas cu o nefrită cronică.

CONCLUZII

1. Dintr'un număr de 237 cazuri de scarlatină internaţi în spital din perioada eruptivă şi urmăriţi până la sfârşitul boalei, 150 au făcut complicaţii renale cu procentul de 63,28 $_0$, deşi au fost supuşi regimului lacto-hidric (hipoclorurat, în tot timpul spitalizării.

2. Depistarea complicaţiilor renale s'a făcut prin urmărirea sedimentului urinar la 2—3 zile interval şi dozarea albuminei în tot timpul spitalizării.

3. Complicaţiile renale survin în tot timpul boalei, cele mai multe în perioada eruptivă. Aceste nefrite zise precoce se pot prelungi mult timp sau după o acalmie de câteva zile pot fi reluate.

4, Primul simptom al nefritei scarlatinoase este hematuria microscopică, iar clinic paloare, indispoziţii, enuriazisul şi epistaxis.

5. Leucocitele în sedimentul urinar în număr mare au fost găsite la cei trataţi cu seroterapie, mai ales în cursul maladiei serice.

6. Complicaţiile renale sunt tot atât de frequente la scarlatinoşii supuşi regimului hipoclorurat (lacto-hidric) ca şi la cei cu alimentaţia integrală, totuşi la aceştia din urmă nefrita a fost mai gravă, fiindcă nu s'a instituit regimul hipoclorurat nici după apariţia nefritei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7. Frigul favorizează într'u câtva apariţia nefritei scarlatinoase predominând primăvara şi toamna.

8. Se observă o uşoară creştere a numărului complicaţiilor renale paralel cu vârsta.

9. Rolul cel mai important în frequenţa nefritei îl are forma scarlatinei, în sensul că cu cât scarlatina este mai gravă cu atât complicaţiile renale sunt mai frequente şi mai grave.

BIBLIOGRAFIE

Nefritele scarlatinoase: Ciucă şi Nădejde 1925. — Frequenţa nefritelor scarlatinoase: Vengherschi, Teză de doctorat Iaşi. — Echilibrul acido-bazic în nefritele acute Slatineanu, Bălteanu, Franche, Butescu. — Uremie prin clo openie în nefrita scarlatinoasă: Bălteanu, lecţie inaugurală 1942. — Nefrita serică: Rusu, teză de doctorat Iaşi. — Le rôle du sel dans les nefrites: Blum, Strassbourg, 1934. — Rolul diuretic al ionului Clor şi Calciu Brănişteanu, Iaşi. — Teissier: Colecţia Widal. — Rozemberg: Boli infecţioase, 1938, Leningrad. — Ziukov: Boli infecţioase, 1940, Kiev. - Koltăpin: Bolile acute ale copilăriei, 1934.

* * *

III.

CURIOZITAŢI IN CATEVA BOALE CONTAGIOASE

In ziua de 3 Iunie 1940, intră în spital Constantin D. de 17 ani cioban din Com. Izvor Dolj, cu Meningită cerebro-spinală epidemică într'a 12 zi de boală.

Date epidemiologice. — Un frate de 16 ani a fost bolnav de curând cu febră, redoarea cefei (ţinea capul pe spate). Cefalee intensă şi dureri de-a-lungul şirei spinărei. Boala a durat 1 lună de zile vindecându-se.

Ant. heredo-colaterale şi **personale** fără importanţă.

Istoric, boala a început acum 12 zile cu debut brusc, cefalee intensă, febră, rahialgii, vărsături şi uşoară angină.

Starea prezentă. Febră 40°, delir, somnolenţă, redoarea cefei dungă meningitică, semnele lui Kernig şi Brudzinschi prezente. Impetenţă, uşoară constipaţie.

Reacţia Widal şi Weil—Felix negative.

Lichidul Cefalo Rahidian tulbure, cu pleocitoză polinucleară, piocite şi mulţi meningococi intra şi extra celulari.

I se face tratament cu ser antimeningococic intra rahidian zilnic cu câte 60 cc.

După 5 zile simptomele meningeale se accentuează, iar L. C. R. devine mai tulbure decât la început. Starea generală gravă,, delir, somnolenţă,, iar redoare cefei devine aşa de intensă că bolnavul înghite cu mare greutate din cauza încovoierei capului pe spate. Totuşi continui tratamentul cu ser intrarahidian. După 8 zile de tratament controlând L. C. R. se constată dispariţia meningococului, rămânând pleocitoza polinucleară şi piocite, din care cauză continui cu persistenţă tratamentul început (fără nicio zi pauză).

Starea bolnavului se agrava mereu. După 11 zile de acest tratament **L. C. R. devine xantocromatic şi foarte opalescent,** deşi curge în cantitate suficientă (60 cc.), iar după un timp foarte scurt dela extracţie se cuagulează în masă ca o piftie densă. De data aceasta încăpăţinarea noastră cedează şi lăsăm în pace bolnavul fiind sigură că va muri.

Dar starea bolnavului se ameliorează, iar peste 2 zile de repaos temperatura scade la normal. Redoarea cefei a persistat încă 15 zile cedând cu încetul. După 33 de zile de spitalizare, bolnavul ese din spital complect vindecat, fără nicio sechelă.

Koltâpin spune că a avut cazuri de meningită cerebrospinală epidemică în cari L. C. R. se cuagula într'o masă gelatinoasă imediat după punctie. In aceste cazuri albumina ajungea până la 5-6 gr.% adică corespunzător albuminei sanguine şi explică acest fenomen prin existenţa hemoragiilor meningiale.

In cazul nostru sigur că albumina era foarte crescută, dar această abundenţă de albumină în L. C. R. nu se datora inflamaţiei septice, care s'ar fi manifestat dela început. Ea era datorită numai traumatismelor meningeale produse prin punctii repetate şi iritării prin introducerea serului în cantităţi destul de mari cari au provocat hemoragia (lichid xantocromatic).

Publicat / Annuaire de la Faculté de Médecine Cluj

In alt caz de Meningită cerebro-spinală epidemică la un copil de 13 ani am observat Ophtalmie purulentă la ambii ochii (complicaţie rară).

Copilul avea o formă septică de meningită cu erupţie hemoragică mare de 1—2 cc. diametru pe membre şi corp, cu margini neregulate (stelate) profilându-se deasupra nivelului pielei. Cecitate complectă din cauza ophtalmiei purulente care interesa toate straturile ochiului. Starea generală serioasă dela internare cu logoree, agitaţie uşor delir şi toate celelalte semne meningeale, s'a agravat cu tot tratamentul seroterapic şi sulfamidic aplicat; bolnavul a murit după câteva zile de internare.

La început L. C. R. era aproape purulent cu numeroase polinucleare şi meningococi intra şi extra celulari.

De remarcat că atât în acest caz cât şi în alt caz cu meningită meningococită **L. C. R. în perioada agonică în ziua morţii s'a limpezit aproape complect.**

Acest fenomen s'ar explica prin dispariţia anti-corpilor, iar toxina microbiană exercitând un tropism negativ asupra leucocitelor, acestea ar dispărea din L. C. R. limpezindu-l.

*

Un alt caz foarte interesant de Uremie la un bolnav de tifos exantematic (confirmat Clinic şi prin Laborator).

Este vorba de M. T. de 24 ani care a avut o formă toxică de tifus exantematic cu delir, febră mare în platou. In perioada de cădere a febrei care s'a efectuat în 2—3 zile, bolnavul deşi şi-a mai revenit din delir avea ameţeli, cefalee şi vărsături. Albumină în urină 0,25‰. Făcându-i-se dozarea ureei în sânge, se găseşte cele ce urmează:

2 Iunie 1944:

Uree 5 gr. ‰ în sânge.
Cloruri 5,6 gr. ‰ în sânge.

Controlată la încă un Laborator, acelaş rezultat. Acest control s'a făcut pe motiv că starea bolnavului era foarte bună faţă de cantitatea mare de uree. Cantitatea de 5,6 gr.‰ de cloruri ni s'a părut mică pentru ca ea singură să explice uremia asta mare, fiindcă am avut alte câteva cazuri de uremii prin cloropenii la câţiva nefritici post scarlatinoşi, la care Clorurile erau mult mai scăzute fără să aibă această cantitate de uree. In acele cazuri starea bolnavilor era mult mai gravă şi i'a salvat numai administrarea C. Na.

In cazul de faţă am crezut că singura cloropenia nu poate explica uremia mare şi nici nu credem să fie o uremie prin impermeabilitate renală pentru uree. Starea bolnavului era bună ceia ce nu s'ar fi întâmplat dacă ar fi fost o uremie renală. Această mare cantitate de uree nu se poate explica decât prin lipsa altei substanţe (pe lângă Cl. Na.) necunoscute pentru a menţine echilibrul osmotic şi echilibrul acido-bazic. Această substanţă necunoscută a fost sau eliminată sau descompusă prin arderile intense din timpul celor 2 săptămâni de febră şi n'a putut fi înlocuită, bolnavul nealimentându-se suficient, mai existând şi o insuficienţă de asimilare.

In orice caz fiind-că nu ştiam ce substanţe îi lipsesc, convinsă fiind că nu-i în cauză numai cloropenia, m'am condus după instinctul de conservare a bolnavului, întrebându-l ce vrea să mănânce. Mi-a răspuns prompt: „Carne, şi numai carne nimic altceva". I s'a dat mâncarea de carne care se pregătise în acea zi la spital Mşi fiind-că vărsăturile au încetat imediat (singurul simptom alarmant), s'a continuat cu mâncare integrală şi carne. Rezultatul a fost că în ziua de:

7 Iunie 1944:

Ureea în sânge 2,40 gr.$^0/_{00}$;
Cloruri în sânge 5,9 gr.$^0/_{00}$;
Glucoză în sânge 1,40$^0/_{00}$ (Kricelius, normal 0,60—1,20 gr.%).

Faptul că în 5 zile ureea a scăzut mai mult de jumătate iar clorurile au crescut numai cu 0,3 gr. % mi-a confirmat ipoteza că nu cloropenia este singură în cauză. Ceia ce se remarcă însă este glicemia mărită care are rolul ca şi ureea să înlocuiască cloropenia (Pasteeur Valérie Radot, Prof. Băltianu).

8 Iunie 1944:

Reacţia xantoproteică pozitivă;
Albumina în ser 80 gr.$^0/_{00}$;
Glucoza în ser 1,55$^0/_{00}$;
Analiiza parţială a urinei în aceiaşi zi: Reacţie acidă, densitatea 1,010. In sedimentul urinar epitelii plate frecvente, hematii foarte numeroase.

13 Iunie 1944:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uree în sânge 0,82 gr. $^0/_{00}$
Cloruri în sânge 6,4 gr.$^0/_{00}$ *)

Bolnavul pleacă complect vindecat la 15 Iunie 1944.

* * *

IV.

COMPLICAŢII RARE IN SCARLATINA

Cred că vor interesa câteva observaţii de complicaţii foarte rare în diferite boli contagioase. Intr'o lucrare anterioară împreună cu D-r N. Schiopu am comunicat trei cazuri de **hemoragie faringiană mortală post scarlatinoasă** [1]), deaceia nu voi repeta ci mă voiu mărgini să relatez alte câteva cazuri cari mi s'au părut mai interesante atât prin raritatea lor cât şi prin curiozităţi ştiinţifice pe cari le prezintă unele din ele.

*) Analizele de Laborator au fost executate de D-na Dr. Chimistă Sibi, Şef de Laborator dela Facultatea de Medicină Iaşi.

1) Vezi „Angina ulcero-necrotică scarlatinoasă complicată cu hemoragie arterială faringiană mortală". Mişcarea Medicală Română Nr. 5-6/1943.

Gabriela R., de 2 ani, din Craiova, intră în Spital în ziua de 13 Maiu 1942, suferind de **scarlatină formă hiper-toxică** în a 2-a zi de boală.

Ant. pers.: Nici o maladie infecto-contagioasă, a suferit de tulburări dispeptice în 3 rânduri.

Istoric: Boala datează de 1 zi, cu debut brusc, greață, vărsături, febră mare, cefalee, dureri în gât.

Starea prezentă: Erupție scarlatinoasă foarte intensă și generalizată. Starea generală ușor alterată, enantem, angină, ganglionii cervicali ușor măriți, delir noaptea, vărsături, cord tahicardic (160 pulsații pe minut). Până într'a 7-a zi de boală toate simptomele descrise se intensifică. Pe amigdala stângă apare un ușor exudat. Cianoză cu răcirea extremităților. Serul de convalescent administrat (120 c.c.) dă maladie serică după 24 ore. In a 7-a zi, când toate fenomenele au culminat, apare complicația care ne interesează.

Globul ocular drept este puțin bombat înainte, concomitent cu o ușoară deviere în afară. Nici o modificare funcțională a ochiului. Acuitatea vizuală păstrată. Pupilele egale și reacționează la lumină și distanță. Conjuctiva bulbară și palpebrală normale. Ușor edem al regiunei periorbitare, în special al pleoapelor și a obrazului drept. In unghiul intern al ochiului, ușoară roșeață și durere la presiune.

Conform cu evoluția obișnuită a scarlatinei, începând din această zi (7-a), toate fenomenele regresează. Temperatura revine la normal în a 11-a zi de boală, numai erupția serică persistă.

Starea de bine durează 5 zile, după care în a 16-a zi de boală toate fenomenele dela ochiul drept se exacerbează (balonarea globului cu devierea în afară și edemul țesutelor limitrofe), odată cu urcarea mai accentuată a febrei. In acelaș timp apare și o scurgere purulentă din narea dreaptă, care durează câteva zile. Febră cu oscilații mari, durează până în a 26-a zi de boală, după care scade treptat, paralel cu ameliorarea simptomelor oculare descrise. Peste câteva zile copila ese din spital vindecată, făcând o ușoară nefrită ulterior.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Amintindu-ne de anatomia și evoluția osificărei a etmoidului, ne vom explica ușor toate simptomele descrise.

Din grosimea celor 2 mase osoase laterale ale etmoidului (cari rămân despărțite până la finele primului an), lamelele osoase unindu-se, circumscriu cele 2 grupe de celule (anterior și posterior). Grupul posterior comuunică cu meatul superior. In desvoltarea sa, punctele de osificare ale maselor laterale apar la începutul lunei a 5-a fetale. Ele ocupă partea lor centrală, de unde invadează cu începutul lamele cartilaginoase intercelulare, propagându-se în afară. Celulele la început rămân deschise din partea orbitei ochiului și sunt închise mai târziu prin osul plan. Celulele etmoidului nu sunt datorite rezorbției țesutului spongios cum sunt alte sinusuri, ele există primordial.

Din această descriere foarte sumară se vede că celulele posterioare a maselor laterale a etmoidului, fiind despărțite de fața internă a orbitei numai cu o lamă foarte subțire (osul plan), care printr'o întârziere de osificare (bolnava are 2 ani), poate lăsa comunicarea

directă a celulelor cu orbita. Din această cauză fenomenele inflamatorii din celulele posterioare a etmoidului se transmit orbitei, împingând globul ocular înainte şi în afară. Pe de altă parte comunicarea acestor celule posterioare a etmoidului cu meatul superior, dă posibilitate puroiului format în ele să se scurgă prin nări.

Iaată cum descrie **etmoidita scarlatinoasă** Prof. Ziucov. „In etmoidită, în unghiul intern al ochiului se observă o roşeaţă şi edem dureros pleoapele şi regiunea învecinată se edemaţiază, globul ocular câte odată bombează. Odată cu urcarea febrei apare o secreţie abundentă muco-purulentă din nas. In cele mai multe cazuri evoluţia este benignă, foarte rar se observă trecerea în septicemie şi osteomielită".

Din relatarea celor de mai sus nu ne rămâne nicio îndoială că în cazul nostru este vorba de o etmoidită postscarlatinoasă. Faptul că etmoidita descrisă este uni-laterală, se explică prin distanţarea celor 2 mase laterale a etmoidului în care se găsesc celulele ce se pot inflama.

Pacienta noastră a făcut etmoidită în loc de altă sinuzită fiindcă la vârsta ei (2 ani) celelalte sinusuri încă nu sunt formate.

Această complicaţie fiind foarte rară (am observat numai acest caz în timp de 6 ani), mulţi medici nu o cunosc fiindcă nu este descrisă în multe tratate clasice de boli contagioase, deşi se menţionează sinuzite. Deci nu este de mirare ca scarlatina să dea şi etmoidită având în vedere congestiile obligatorii şi necrozele frecvente în rinofaringele scarlatinoşilor.

Un alt caz de **sinuzită frontală.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un copil de 2 ani, fiind în convalescenţă de scarlatină se trezeşte într'o dimineaţă cu o uşoară febră şi edem al regiunei intersprincenare. La palpare superficială este nedureros, palpând mai profund osul frontal în dreptul edemului, este dureros. Pielea este netedă şi întinsă de culoare normală.

Febra şi edemul descris dispar după câteva zile fără ca bolnavul să mai prezinte ceva.

Este vorba de o sinuzită frontală post scarlatinoasă care s'a rezorbit (sinusul frontal apare între 7-8 ani, prin rezorbţia ţesutului spongios dintre cele 2 lame osoase.

Un caz de **scarlatină complicată cu peritonită.**

Elisabeta J., de 17 ani, elevă, Craiova, internată la 5 Februarie 1942, cu scarlatină formă toxică, care a devenit în câteva zile toxico-septică.

In antecedente personale, apendicita operată cu 2 ani în urmă şi coriză cronică obişnuită. Debutul boalei brusc cu febră, vărsături repetate, cefalee, uscarea mucoaselor, durere în gât, tahicardie.

Bolnava de constituţie robustă, prezintă erupţie scarlatinoasă intensă şi generalizată cu echimoze pe alocuri. Temperatura 40 grade, limba smeurie, masca lui Filatov pronunţată. Conştientă.

In zilele următoare starea generală se înrăutăţeşte, febra se menţine peste 40°, erupţia devine mai hemoragică, vărsăturile continuă.

Ser antiscarlatinos 80 c.c. şi tonice cardiace.

A 4-a zi de boală: Apare un exudat fibrinos pe ambele amigdale. Ser antiscarlatinos 100 c.c.

A 5-a zi: La serul antiscarlatinos se mai adaugă şi serul anti-streptococic polivalent 80 c.c.

A 6-a zi: Angina devine necrotică. Se repetă serul streptococic.

A 7-a zi: Starea generală se agravează, coriza se accentuează din nas, scurgându-se o secreţie muco-purulentă.

A 9-a zi: Febra scade sub 39°, erupţia păleşte, starea generală se agravează mereu, bolnava devine somnolentă. Şi apare culoarea violocee a buzelor şi a obrajilor.

A 11-a zi: Uşoară ameliorare, febra scade oscilând între 37^4 şi 38^6. Exudatul fibrinos şi necroza de pe amigdale începe să se elimine, Cl. 2, Ca. per. os.

A 14-a zi, maladie serică, febra urcă, hipertrofie pronunţată a ganglionilor, în special a celor cervicali, dureri articulare.

A 17-a zi, seara febra urcă la 40°, starea generală se alterează.

A 18-a zi, dim. febra 37^2, starea generală relativ bună, se speră vindecarea. In aceiaşi zi seara, apar brusc dureri abdominale violente, cu balonarea abdomenului şi apărare musculară la palpare. Greaţă, vărsături, constipaţie.

A 19-a zi, dim. temperatura 38^6, facies peritonial, puls filiform, greaţă, vărsături. Abdomenul balonat, apărare musculară foarte pronunţată. Spre seară febra creşte vărsăturile devin fecaloide, rău mirositoare. Cord embrocardiac, congestia ochilor, stare de intoxicaţie profundă. Constipaţia se menţine. Moare la ora 10 seara, complect conştientă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este o scarlatină gravă toxico septică complicată cu peritonită.

Anatomo-patologic această complicaţie se poate explica astfel:

Se ştie că în scarlatină toţi ganglionii limfatici sunt inflamaţi ajungând adesea ori la supuraţie. Dela regula generală nu excepţia şi nici foliculii limfatici şi plăcile Peyer din intestine, care au fost găsiţi de unii autori la autopsie supuraţi şi cu perforaţii peritoniale (Ziucov. Sckorţov).

Maladia serică agravează procesele inflamatorii în general şi în special cele limfatice. Aceasta este marele inconvenient al seroterapiei în general şi în special în scarlatină unde complicaţiile inflamatorii şi supurative sunt aşa de obişnuite.

Acţiunea curativă a serurilor anti-microbiene este mai slabă de cât a serurilor anti-toxice, specifice.

Deci procesul inflamator (septic), agravat prin maladia serică a provocat şi grăbit supuraţia limfaticilor intestinali cari prin perforaţie au dat peritonita.

Nu este o simplă coincidenţă faptul că peritonita în cazul de faţă a apărut în plină maladie serică.

Cazuri anatomo-clinice

Date statistice

Lucrări din Institutul de Naşteri şi Ginecologie „Regele Mihai I" al M-terului Asig. Sociale — Bucureşti
Medic primar: D-r I. Protopopescu-Pache

de

D-r ANA BUSTEA şi D-r FLORIN CISMIGIU

I.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA MALFORMAŢIILOR GEMENILOR UNIVITELINI

OBS. Nr. 3694/6—8—1945. E. S. funcţionară de 25 ani se internează în institut pentru dureri în reg. lombo-abdominală, gravidă la termen.

Antecedentele-heredo-colaterale fără importanţă, fără gemelaritaţi. In antecedentele personale; pojar şi scarlatină în copilărie. Neagă alte maladii cu caracter infecto-contagios şi veneric. R. B. W. şi Citochol negative. Nu a mai avut sarcini gemelare. Menstruaţia la 12 ani neregulat (28—40) flux dureros durând 7 zile. Căsătorită la 18 ani a avut o sarcină normală, patru avorturi provocate şi două spontane (3 şi 4 luni).

In sarcina prezentă ultima menstruaţie regulată la 26 Oct. 1944. Nu poate preciza data primelor mişcări fetale. Turburări simpatice tot timpul sarcinei, accentuate în a doua 1/2 jumătate a sarcinei. Oedeme ale ambelor gambe în ultima lună, concomitent cu prezenţa albuminei în urină (urme fine), dar care dispare după regimul alimentar. La examenul general nu se observă nimic deosebit, iar examenul abdomenului prezintă: Fundul uterului gravid la nivelul apendicelui xifoid, vergeturi pe tot abdomenul, linia albă pigmentată, cicatricea ombilicală deplisată. In segmentul inferior se palpează o formaţiune dură, rotundă, nereductibilă craniu foetal, în flancul stg. spatele foetal şi mici părţi foetale, iar în flancul drept un alt plan dur, alt spate foetal precum şi mici părţi foetale. In segmentul superior se palpează o formaţiune cu caracterele unui pelvis foetal şi o a doua ce se pare a fi tot a unui pelvis. Se aud două focare de intensitate maximă a cordului fetal, primul pe linia spino-ombilicală şi al doilea paraombilical dr. în dreptul punctului cistic. Tact. rectal: col şters, orificiu dilatat cât 2 cm. partea prezentată craniul fetal angajat, membranele rupte de 1 oră.

După un travaliu de 4 ore naşte spontan 2 feţi vii de sex fem. primul în greutate de 2200 gr. al doilea 2275 gr. la ora 17 şi 17,10/6—8—1945. După 20 minute expulzează spontan placenta, o singură massă placentară cu

faţa maternă de aspect şi coloraţie normală, rare depozite calcare, faţa foetală cu circulaţia colaterală evidentă, ins. cordoanelor ombilicale lateral şi marginal, cu două pungi amniotice. Diagnosticul: **Sarcină gemelară univitelină biamniotică.** Post-partum normal, părăseşte serviciul la cerere după 8 zile

Examenul feţilor:

Al doilea 2750 gr.	Primul 2200 gr.	
Lungime 47	48	
Circonf. craniu 32	33	
Biparietal 8,5	9	
D. fronto-occipital 10,5	11	
D. mento-accipital 11,5	12,3	
D. fronto-suboccipital 10	11	
Puls 120	130	
Respiraţie 35	43	

Tegumente şi mucoase normal colorate. Ganglionii nepalpabili, font nela mare mărită în suprafaţă; pulmon nimic deosebit, cav. bucală normală, organe intra-abdominale în limite normale. Extremităţi reci. La a patra zi ambi feţi fac icter pronunţat, care se tratea ă medical.

Primul făt: Examenul membrului inf. dr. Abducţie importantă, vârful piciorului fiind adus mult înăuntru; Incurbarea marginilor cea ext. e convexă, iar cea internă concavă. Torsiunea piciorului în jurul axului său antero-post, marginea mediană fiind ridicată, iar cea laterală coborâtă, formând cu un plan transversal tangenţial dus la marginea laterală, un unghi de circa 75—80, iar cu gamba formează un unghi ascuţit. Reducerea este posibilă. Membrul inf. prezintă aceleaşi caractere mult atenuate, laba face cu gamba un unghi obtuz.

Al doilea făt: Caracterele de varus-equin sunt prezente la membrele inf. atenuate însă; laba stg. face cu gamba un unghi obtuz, laba dr. un unghi drept. La copilul acesta şi la piciorul stg. al primului prin masaj şi mişcări pasive s'a obţinut o vădită ameliorare. La piciorul dr. al primului făt, nu s'a obţinut astfel nimic, iar în a 8-a zi s'a recurs la imobilizarea labei pe gambă în unhgiu drept, prin 2 atele de diachilon.

Frecvenţa sarcinilor gemelare pentru V. Costa (maternitatea din Rio de Janeire) este de 1,12% din naşterile normale; pentru J. Nubiola (Barcelora) la 2900 naşteri normale găseşte 201 gemelare; pentru Gennosuku Oku 1,65% (uniovulare 58,56, biovulare 41,44). Primipare sunt 33% (Nubiola), 23,4% (Costa) şi multipare 76,6% după V. Costa. In genere spontane 60% (Nubiola). S'au incriminat cauze diverse, pentru care dăm statistica lui J. Nubiola: sifilisul 4,9% Placenta praevia 0,5%, eclamsie 2%, hidramnios 2,5%. Audebert şi Ribat publică un caz de hidramnios acut silenţios fără compresiune şi răsunet la distanţă, dus totuşi la termen cu o sarcină gemelară în care reacţia B, W era negative.

Deşi frecvent am socotit interesant de publicat acest caz, prin comfirmarea, pe care o aduce odată în plus — faţă de identităţile clinice şi morfologice ce există între gemenii univitelini. In adevăr discordanţele cele mai mari există la gemenii bivitelini, rămânând pentru univitelini cele mai bizare şi mai neobicinuite asemănări, anatomice, fiziologice şi patologice. Cazul de mai sus pledează odată în plus

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pentru aceasta; ambii feţi păstrează deşi la greutăţi diferite, proporţional aceleaşi caractere fizice, talie diametre etc. Amândoi slăbesc în greutate a 3-a zi ca apoi împreună să crească ajungând pe linia greutăţii iniţiale. Amândoi fac începând dela ziua 4-a icter neonatorum pronunţat şi tot asemenea el se vindecă în urma tratamentului, simultan în ziua 9-a. Tot ca asemănări fiziologice am determinat spre convingere şi coagulabilitatea şi timpul de sângerare, pe cari le-am găsit la ambii identice. (Coagulabilitatea 8,3, timpul de sângerare 7,9). Dar ce ne isbeşte mai mult este existenţa simultană a unui varus-equin la ambele membre inferioare, la cel drept mai desvoltat, la cel stâng mai redus, dar repetat identic la ambii feţi, urmând fidel aceiaşi evoluţie. Această malformaţie infantilă şi caracterele fizice şi fiziologice care leagă pe cei doi feţi ne dau o certitudine în plus, ca recunoaşterea gemelarităţii univiteline, afară de alcătuirea placentei, membranelor etc., însăşi această identitate constitue diagnosticul cel mai de seamă al univitelinităţii.

Asupra mecanismului de producere găsim în Brindeau următoarele modalităţi.

1. Fragmentarea unui ovul fecundat în două părţi din care fiecare se desvolta în urmă separat, dând un embrion perfect.

2. Un ovul unic ce se împarte, dă în loc de un disc embrionar unic, două sau mai multe, cu o linie primitivă distinctă.

3. Două discursuri blastodermice (berbeci).

E probabil ca la oameni mecanismul de producere a univitelinilor să fie ca la ipoteza doua.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Literatura medicală este foarte bogată în astfel de cazuri, din care spicuim câteva spre a da un tablou complect de caracterele comune ale gemenilor univitelini. E. Stransky publică un caz de pemfigus letal simultan la ambii feţi. Touraine şi Picquart — 2 gemeni univitelini în vârstă de 13 ani, prezentând un limfangiom identic pe organele genitale externe, de acelaşi tip clinic aceiaşi pachidermită, elefantiasis asemănător, aceiaşi evoluţie febrilă, deşi repetate la intervale mari, la primul debutând la 7 ani la al doilea la 2½ ani. (Vindecat prin raze X). Identităţi sanguine în cazul lui Thiaga D'Almeida: viscozitate 4,6, 4,2, cogulabilitate 8,5, timp de sângerare 8'; suprapunere de cardiograme, deşi cu curbe anormale, totuşi identice la ambele, Identităţi isbitoare publicate de d-r. Axente Iancu la 7 cazuri, din care extragem: cazul 2 (univitelini) ambii prezintă: fontanela mare deschisă, scaune decolorate, craniotabes intertrigo simultan, apoi congestie faringeană, coriză, amigdalită. Cazul 4 simultan craniotabes, exemă facială, intertrigo, eritem colodionat al plantelor. Cazul 5. Amândoi gemenii craniotabes, hidrocel, hernie ombicală. Cazul 7 — în care identitatea este atât de mare încât asemănarea creiază confuzii. Gripa, bronşita, otita, diaree, enterocolite disenteriforme, însă toate acestea „en miroir" (amigdale mici, polipi mari la primul, amigdale mari, polipi mici la al doilea).

Ne permitem să cităm din acelaşi articol, cazuri străine, în care asemănările sunt isbitoare:

„Dintre autorii care au studiat patogenia gemenilor univitelini,

amintim pe Sir Francis Galton, care prin anchete întreprinse a găsit asemănări de concepţie şi judecată, pe Trousseau care citează cazul a doi gemeni din Marsilia, ambii suferinzi de astm şi oftalmie reumatismală, deşi locuiau la o mare distanţă unul de altul, pe Cornelia de Lange care descrie 3 perechi de gemeni, dintre care prima pereche a prezentat o stenoză pilorică, a doua pereche o hernie inguinală bilaterală, iar a treia pereche craniu natiform şi o uşoară hidrocefalie: M-me Linossier a prezentat 1 pereche de gemeni suferindă de scorbut, Dubreuil una prezentând buze de epure „en miroir". Stransky constată apariţia aceleaşi psihoze la gemenii inivitelini. Stransky citează cazuri de osteogeneză imperfectă şi absenţa tibiei la ambii gemeni. Ionasiu, Lungu şi Cupcea semnalează cazul a doi gemeni, dintre care unul este schizofrenic, iar al doilea schizoid. Bruce şi Dougherly au observat dibet zaharat. Leavit tumora cerebrală, Dameshek, Savitz şi Arbor, leucemie limfatică. Reuben, Klein şi Dichy observă cazuri când ambii gemeni sunt idioţi".

Fără îndoială că sunt publicate şi, cazuri, deşi univitelini, dar cu deosebiri mari. Eugen Stransky publică un caz în care desvoltarea unui făt este mai redusă, cianoza, somnolenţa, diferenţa de supt. Aceste cazuri sunt rare şi neconcludente.

După cum se vede diagnosticul respectiv al univitelinităţii se poate face cu precizie, reeieşind chiar din asemănări sau din evoluţia gemenilor, nu numai din examenul placentei, examen ce poate fi înşelător, prin găsirea anastomozelor vasculare placentare chiar şi la bivitelini. Este drept că aceste cazuri sunt foarte rare, la oameni, dar suficient de dese la vaci (Vache-boeuf). Un astfel de caz publica Novak în care placenta bivitelina are amastomose, dar unul din feţi are tipul mongoloid.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Dr. Axente Iancu: Mişcarea Medicală Română, nr. 11—12, 1941, pag. 811—819. — Iosef Novak: Zentrlblatt für gynecologie T. LV, nr. 2, 10/1/1931. — Eugen Stransky: Monatsschrift für Kinderheilkunde. T. XLVIII, nr. 5, Nov. 1930. — A. Touraine—A. Picquart: Bull. de la soc. franç. de dermat. nr. 2, p. 308, 11, 1937. — Thiage d'Almeida: C. R. de la soc. de Biolog. 7 Iunie 1929, T. CI, nr. 19, pag. 399. — Audebert et Ribat: Soc. d'obst. et Gyn. Toulouse, 16, 11, 1934. — Gennesuke Oku—Japan: Journal of. Obst. and. Gyn. vol. XVI, nr. 5, Oct. 1933, Kioto. — Virgilie Costa: Rev. de Gyn. e d'obst. T. XXVII, nr. 3 Mars 1933, p. 114. — Jeaquim Nubiola: Rev. esp. de obst. y Gyn. T. XXI, nr. 244, April, 1936. — Brindeau: Pratique de l'art des accouchements vol. I, pag. 457.

II.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE POLIFIBROMATOZA UTERINĂ

Polifibromatoza uterină, prin frequenţa întâlnită atât în cadru spitalicesc cât şi în clientela de oraş, cu simptomatologia ei bine definită, nu prezintă nimic deosebit, totuşi aspectul clinic pe care îl dau unele cazuri cu complicaţiile variate ce pot surveni, constituie originalitatea lor. Ele es din cadrul obişnuit prin dificultatea diagnosticului diferenţial, evoluţia lor clinică, şi pun o problemă uneori foarte delicată de rezolvat, aceia a tratamentului de ales şi a momentului intervenţiunii chirurgicale.

C. P. de 36 ani, căsătorită de profesiune ţesătoare, se internează în Institut Maternitatea „Regele Mihai I" la 20/II/1945 (obs. nr. 6872) pentru stare febrilă 39°, dureri în regiunea hipogastrică, metroragii abundente şi anemie pronunţată. Antecedente heredo-colaterale fără importanţă, antecedente personale: rugeolă în copilărie. Ant. fiziologice: este menstruată la 12 ani, are menstre regulate la 28 zile, durează 3 zile. Căsătorită la 28 ani, are 2 naşteri spontane cu copii sănătoşi. Antecedente genitale: In Ianuarie 1943 suferă de o anexită dublă, pe care o tratează cu vaccinoterapie, repaos etc., timp de 3 săptămâni. De atunci şi până în luna Octombrie 1944 a fost sănătoasă, de atunci menstruaţiile devin dureroase, mai abundente durând 5—6 zile, între menstruaţii apare o leucoree rău mirositoare. De trei luni are metroragii, pierderile devenind uneori foarte abundente, fetide sunt însoţite de dureri în hipogastru. De 7 zile aceste dureri sunt continui dar cu exagerbări. Bolnava nu mai poate lucra, se simte foarte anemiată, iar de câteva zile apare starea febrilă 38—39°.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

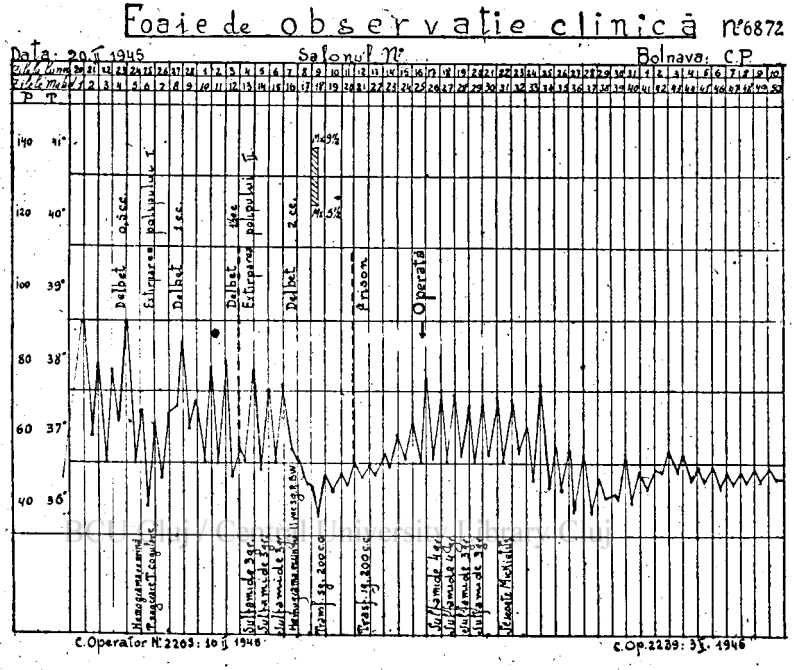
Starea prezentă: Bolnava de constituţie mijlocie, ţesutul celular subcutanat slab desvoltat. Tegumentele şi mucoasele palide indică o anemie pronunţată. Examenul ap. cardio-vascular, pulmonar, digestiv nu relevă nimic deosebit. Abdomenul uşor balonat, foarte sensibil în regiunea hipogastrică la palpare şi presiune

Tensiunea arterială Mx. $9^1/_2$. Mn. $5^1/_2$. Puls 110, temperatura la intrare 39°. Examenul genital. La tactul bimanual se observă colul cilindric, dur cu orificiul extern transversal intredeschis, neregulat ce priveşte înainte şi în sus. Corpul uterin mărit de volum, cât un cap de făt, de formă neregulată, consistenţă variabilă prezentând în cornul lateral drept, un nodul dar de mărimea unei nuci. Pe faţa anterioară deasupra istmului, consistenţa este moale, păstoasă (Miom), pe o întindere, aproximativ cât un măr. Corpul uterin dureros se mobilizează greu. Examenul cu speculum arată un col cilindric, mărit de volum, cu orificiul extern transversal întredeschis, care lasă să se scurgă o cantitate apreciabilă de sânge negricios, rău mirositor. Histerometria: 14 cm., cavitatea

Examene de laborator: hemograma arată o anemie secundară foarte pronunţată: hematii 1.850.000, hemoglobină 45%, valoarea globulară 1,2, leu-

cocitoză 14.000, neutrofile 73%, limfocite 24%, monocite 2%, elemente tinere: promielocite 1%, anisocitoză. Timp de sângerare 1 minut, timpul de cuagulare 8 minute. Uree sanghină, 0,28 la litru de ser. Tensiunea arterială 9,50—Mn. 5. Temperatura matinală 37,2, vesperală 39°.

In faţa acestui tablou clinic se institue un tratament vaccino terapic cu Delbet ce se creşte progresiv 0,5—1 cem.—1½ cem. la 3 zile interval, repaus la pat, pungă cu gheaţă.



In ziua de 25/II, bolnava acuză iar durere vii în hipogastru ce sunt intermitente metroragiile devin alarmante, se face un nou examen genital şi se observă orificiul extern deschis larg prin el apare un polip fibros de mărimea unei caise sfacelat pe cale de „acuşare". Se extirpă polipul acuşat, prin torsionare şi apare prin col o secreţie purulentă foarte fetidă. După extirparea polipului se începe sulfamidoterapia masivă şi irigaţii vaginale cu Dakin de 2 ori pe zi. A doua zi secreţia colului este tot fetidă. A treia zi începe să diminue, dar durerile continuă cu aceiaşi intensitate, cu toate calmantele şi ghiaţa ce se administrează bolnavei, ea nu se pote odihni deloc.

In ziua de 3/III la 12 zile dela internare bolnava face un frison 39,5, starea generală se agravează, pulsul 120, durerile din hipogastru devin intolerabile luând caracterul durerilor expulsive dela naştere.

La examenul genital se observă colul cu orificiul extern larg deschis de o tumoră de mărimea unei mandarine, alt polip fibros, pe cale de sfacelare ce se extirpă prin torsionare şi morcelare, lăsându-se în uter o meşe cu apă oxigenată. Se continuă vaccinoterapia, sulfamidoterapia şi tratamentul local cu irigaţii zilnice cu soluţia Dakin. Bolnava continuă a fi subfebrilă, 27 dimineaţa,

38,2 seara, Apatică, nu are poftă de mâncare, secreţia purulentă continuă, iar la exam. genital colul este tot larg deschis.

Examenul anatomo-patologic al polipului fibros nu arată elemente celulare cu caracter maligna.

In faţa acestei situaţii ne decidem să remontăm bolnava, prin transfuzii repetate pentru a putea suporta tratamentul radical al polifibromatozei uterine ce o prezenta. După două transfuzii de 200 cc. făcute la două zile interval o nouă hemogramă arată, creşterea vădită a hematiilor: 2.430.000, Hb. 50, val. glob. I, leucocitoză 13.000, polinucleare neutrofile 70%, limfocite 24%, monocite 6%; examenul ureei sg. 0,28‰. Examenul de urină: albumină nor fin, rare leucocite şi hematii, rare depozite de acid uric şi uraţi. Reacţia R. B. negativă. Temperatura este în scădere, variind între 36,8 dimineaţa, 37,2 seara.

Este momentul pe care îl alegem pentru a interveni.

Laparatomie mediană subombilicală, sub anestezie rachidiană; La deschiderea cavităţii abdominale şi explorarea pelvisului se găseşte uterul mărit de volum cât un pumn voinic, de culoare palidă, aderent posterior la epiploon şi ansele intestinului gros. După îndepărtarea aderenţelor, se găseşte ovarul şi trompa dr., aderente de uter şi ocupând în parte fosa iliacă corespunzătoare. Corpul uterin prezintă un nucleu fibromatos dur de mărimea unei nuci verzi, la nivelul cornului dr., iar pe peretele anterior deasupra regiunii istmice se găseşte un miom ramolit de mărimea unui măr. Se face histerectomie totală cu anexectomie bilaterală cu drenaj vaginal: 2 meşe, şi Miculitz abdominal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urmările post-operatorii au fost din cele mai mulţumitoare. Starea generală bună, febra oscilează între 37,2 dim. 38 seara, pulsul 80—90. Meşele vaginale se scot a doua şi a treia zi, iar a şasea zi se scoate Miculitz-ul înlocuindu-se cu un tub; Se continuă pansamentele zilnice şi spălăturile vaginale cu soluţia Dakin de două ori pe zi.

A 12-a zi după operaţie, bolnava este afebrilă, iar a 24-a zi părăseşte serviciul vindecată şi stare generală bună.

Am socotit interesant de publicat acest caz, pentru următoarele motive:

I) Tabloul clinic pe care îl prezintă bolnava la intrarea în spital, care alături de simptomatologia clasică a fibromului uterin, traduce prezenţa unei stări toxiinfecţioase, care îşi găseşte explicaţia numai după apariţia polipilor fibroşi sfacelaţi, ce sunt accuşaţi în vagin, cu tot cortegiul lor sgomotos: dureri de naştere, creşterea hemoragiilor, puseuri febrile, secreţia purulentă foarte rău mirositoare, care la un moment dat lasă de bănuit o degenerescenţă malignă. Am făcut diagnosticul clinic de polip fibros sfacelat, prin faptul că: Polipii au apărut sub observaţia noastră, într'un interval scurt dela internarea bolnavei în spital, examenul cu histerometru, ce trece între tumoră şi col, arată că este vorba de un polip pediculat, independent de parenhimul muscular al colului, (epiteliomul având o bază de implantaţie

largă pe col) la cazul de faţă, mirosul fetid al secreţiilor era datorit fenomenelor de retenţie. In neoplasmul colului, leucoreea este premergătoare hemoragiilor în cazul de faţă leucoreea apare tardiv în momentul când polipii fibroşi s'au sfacelat dând o endometrită secundară datorită infecţii asociate degenerări necrotice a polipilor. Pentru control, recurgem la examenul de laborator, care ne linişteşte.

II) Evoluţia rapidă a maladiei (3-4 luni) cu metroragiile aproape continui care cresc în intensitate, paralel cu desvoltarea tumorilor, fără ca bolnava să acuze alte semne premonitorii, ca: menoragi, hidroree etc.

Asociaţia unei fibromatoze interstiţiale, de consistenţa diferită, cu fibroame submucoase multiple, două acuşate în vagin iar al treilea situat în fundul cavităţii uterine, cu o bază largă de implantare; dificultatea în alegerea momentului optim pentru intervenţie, bolnava fiind o şocată, atât prin anemia secundară cât şi prin rezorbţiile toxin-infecţioase.

III) Pregătirea bolnavei cu vaccinoterapie, sulfamidoterapie, irigaţii locale cu soluţia Dakin, precum şi tratamentul post operator, cu tonicardiace sulfamide administrate intra-venos, ne-au pus la adăpost de una din cele mai teribile complicaţii, ce pot surveni în asemenea cazuri: septicemia.

F. Laporte comunică la Soc. de Obs. şi Gyn. Paris 8 Mai 1944, un caz de polip fibros sfacelat al uterului la o femeie de 50 ani, la care a aplicat tratamentul în doi timpi: I) ablaţia polipului prin morcelare pe cale vaginală, II) histerectomie totală abdominală. Asemănarea tratamentului pre şi postoperator, iar reuşita a fost identică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conduita pe care am urmat-o a fost conformă cu tratamentul clasic al polipilor fibroşi care variază după mărimea, sediului, şi gradul lor de degenerescenţă: când sunt mici se face polipectomie pe cale vaginală prin torsionare morcelare sau secţiunea pedicului, pentru cei mijlocii se preferă histerectomia pe cale vaginală, iar pentru cei mari infectaţi, se recomandă tratamentul radical: histerectomia totală abdominală cu drenaj abdomino-vaginal.

BIBLIOGRAFIE

Georgescu Ecat.: Histeropolipectomia pe cale vaginală... Teză, Bucureşti, Nr. 2227. — Bancheriu—Chicoş: — Rev. de Gin. şi Obs. 1938. — Mm. Constantinescu şi Nicolau: Rev. de Gin. şi Obs. 1938. — I. Augustin: Spitalul 1895. — Dorin Dumitrescu: Spitalul 1295. — E. Blasian şi Ohipail: Spitalul 1936. — Cristeanu C.: Rev. de chirurgie 1903. — M. Ignătescu: Soc. de Chirurgie Com. 1921. — V. Dumitriu: Soc. de chirurgie Com. 1921. — Vascoboinic H.: Bul. Soc. Med. Nat. Iaşi 1934. — F. Laporte: Soc. de Gyn. Obs. Paris, Mai 1944.

III.

TROMBUSURI VULVO-VAGINALE DUPĂ NAŞTERI SPONTANE

Raritatea trombusurilor vulvo-vaginale, considerate de Bar $^1/_{5000}$, ne face să comunicăm aceste două cazuri unice în Institutul nostru la peste 6000 de naşteri, cazuri remarcabile atât prin mărimea lor cât şi prin evoluţia lor fericită.

Iată observaţiunile noastre:

Obs. I. Bolnava A. E. 27 ani căsătorită, profesiune casnică, se internează în Institutul nostru, la ora 23/10 Ian. 1946, pentru slabe dureri de naştere şi ruperea spontană a membranelor la domiciliu. Diagnostic: Ig Ip gravidă la termen, prezentaţie craniana OISA craniu fixat, membrane rupte spontan la domiciliu.

Antecedente Heredo-colaterale: nimic de semnalat, în cele personale: angină, scarlatină, tiphos exantematic, pneumonie, neagă însă maladii venerice. Menstruaţia la 17 ani flux regulat la 28 zile durând 3 zile. Căsătorită la 25 ani, nu are niciun avort, nicio naştere. Ultima menstruaţie la data de 4 Aprilie 1945 (?). Nu precizează data primelor mişcări feetale. Tot timpul graviditătii suporta sarcina perfect fără a avea nicio tulburare.

Examenul general nu releva nimic deosebit, iar examenul abdomenului se găseşte fundul uterului gravid la 3 laturi de deget sub apendicele xifoid, vergeturi în flancuri. In segmentul inferior se palpează o formaţiune dură, rotundă, craniul foetal fixat la strâmtoarea superioară; în segmentul superior se palpează o altă formaţiune cu caracterele unui pelvis foetal; în flancul stâng spatele fătului, iar în cel drept mici părţi fetale. Bătăile cordului se aud pe linia spino-ombilicală stângă la $^1/_2$ distanţă. Tact rectal la ora 7/II/Ian., col şters, orificiul aproape complect dilatat partea prezentată craniul profund angajat, rotat, mica bossa. Diametrele externe ale basinului: Bitrohanterian 31, Bicrest 27, Bispinos 24, Baudeloque 19. Ora începerii travaliului la 23/10 Ian. Durata 8,30 ore. Expulzia fătului spontană la ora 7,30/II Ian. Expulzia spontană a placentei după 30 minute. Făt viu fem. 3450 gr. Dimensiunile craniului foetal normale.

Placenta discoidală, cu faţa maternă de aspect şi coloraţie normală, faţa foetală cu inserţia cordonului ombilical laterală, membranele par a fi expulzate în întregime. Perineu: prezintă o mică pleznitură deasupra şi dedesuptul meatului uretral, ce se suturează prin două fire de catgut.

La două ore după naştere lăuza se simte rău, devine palidă, pulsul 100, stare lipotimică; acuză senzaţia de arsură, ce devine intolerabilă în regiunea vulvară iradiindu-se spre perineul posterior şi coapsa stângă. Aceste dureri cresc progresiv, lăuza având sensaţia de corp străin în această regiune şi labia mare stângă, precum şi tenesm

vezical şi rectal. Examenul local: labia mare tumefiată enorm, cât un cap de făt, de coloraţie roşie violacee, cu pielea lucioasă, face ca fanta vulvară să devieze, iar tumefacţia are tendinţa de extindere în peritoneul posterior. La tactul vaginal, găsim o tumoră ce ocupă spaţiul perivaginal, tumefiind peretele vaginal stâng şi posterior şi care se întinde până la 2 laturi de deget sub fundurile de sac posterior şi lateral stâng.

In faţa acestui tablou clinic, paloare, stare lipotimică, puls 100, se administrează lăuzei tonicardiace, ser glucozat hipertonic, ser fiziologic, iar local se aplica pansamente cu apă oxigenată, pungă cu ghiaţă. Se administrează 3 zile la rând sulfamide. (Eleudron 8 tablete pe zi). Făcându-se examenul urinei nu se găseşte nici albumină nici elemente renale.

A doua zi. Perineul posterior e tumefiat, prezintă ecrimoze, senzaţia de arsură persistă, orice atingere e foarte dureroasă, lăuza nu poate face nici cea mai mică mişcare.

12/Ian. Trombusul se întinde spre regiunea ischiatică stângă, care e mult tumefiată, echimozele apar şi aici, iar lăuza acuză dureri la baza coapsei stângi. Se continuă cu acelaşi tratament local şi general. Starea generală s'a ameliorat, bolnava continuă să fie afebrilă, pulsul 80 are poftă de mâncare, durerile mai suportabile totuşi toileta şi pansamentele le suportă greu.

16 Ian. Pe faţa internă a labiei stângi apare o mică escară circulară cu diametrul de 2 cm. Se fac pansamente locale cu Dermatol pudră, prişniţul continuă să fie menţinut pe toată regiunea vulvoperineală, încă tumefiată şi echimotică.

CJ-Cluj / Central University Library Cluj

18 Ian. La nivelul escarei se produce o ulceraţie prin care se scurge o cantitate enormă de sânge modificat, negru, lizat, şi cu câteva chiaguri iar în vagin pe peretele posterior la 3 cm., distanţa apare o escară mai mare ce ulcerează repede. In urma acestei evacuări, tumefacţia scade apreciabil, iar lăuza se simte uşurată, durerile locale sunt mult atenuate sensaţia de arsură şi tenesmul rectal au dispărut cu desăvârşire. Somnul a început să devie normal; se menţine traectul ulceraţiei deschis cu o meşă imbibată în soluţie de sulfamide. In tot acest interval, lăuzia a evoluat normal.

22 Ian. A 12-a zi după naştere, uterul e la un lat de deget deasupra simfizei pubiene, lochile seroase. Trombusul peretelui vaginal este rezorbit aproape în întregime, permite examenul cu valvele, colul e refăcut, orificiul transversal pe cale de închidere, curat.

28 Ian. Ulceraţiile se vindecă, vulva îşi recapătă forma şi coloritul normal, rămânând o zonă de împăstrare difuză uşor dureroasă, pe toată porţiunea unde a apărut trombusul.

1 Febr. Lăuza părăseşte serviciul a 20-a zi dela naştere, vindecată.

Obs. II. E. M. 22 ani căsătorită de profesiune casnică, român-ortodox, internată în Institutul nostru obs. nr. 9797.

Antecedentele heredo-colaterale sunt fără importanţă, în cele personale nu găsim nicio maladie cu caracter infecto-contagios sau veneric. Antecedente fiziologice: menstruaţia la 13 ani, flux normal regulat

la 30 zile durând 4 zile. Căsătorită la 21 ani nu are nicio naştere anterioară sau aborturi. Se internează în ziua de 2 Iulie în Institut pentru dureri de naştere. Ultima menstruaţie regulată la 6 Octombrie, însă nu poate preciza data primelor mişcări fetale.

Examenul general nu relevă nimic deosebit. Examenul abdominal arată un abdomen mărit de volum, are linia albă pigmentată, cicatricea ombilicală deplasată, iar fundul uterului gravid se palpează la două laturi de deget sub apendicele xifoid. In segmentul inferior se palpează craniul fetal, care este angajat la strâmtoarea superioară, în segmentul superior se găseşte pelvisul fetal, în flancul stâng este un plan dur rezistent, spatele fetal iar cel drept mici părţi fetale.

Bătăile cordului fetal nu se aud. Din anamneza bolnavei desprindem că gravida nu a mai perceput mişcările fătului, din ziua de 10 Iulie, deci cu o zi înainte de internarea în Institut.

Pelvimetria externă şi internă este normală.

In ziua de 11 Iulie încep durerile de naştere. Membranele se rup spontan la ora 9,30/II/7. Expulsia fătului spontană la ora 12/II/7. Făt mort femenin de 3100 gr. Expulsia spontană a placentei şi anexelor. Placenta discoidală, are faţa maternă de coloraţie roşie gălbue, cu cotiledoane intacte, faţa fetală are inserţia cordonului ombilical laterală, de coloraţie verzui murdar, cordonul veşted. Membranele sunt expulsate în întregime. 600 gr. Perineul intact.

Examenul anatomo-patologic al fătului arată o asfixie intra-partum. In ziua de 12/VII, la 17 ore dela naştere apare o tumefacţie pe labia stg., ce se măreşte necontenit, până la dimensiunile unei portocale mari, de coloraţie roşie violacee, foarte sensibil la presiune şi palpare, de consistenţă moale fluctuentă. Labia stângă tumefiată face ca fanta vulvară să fie deviată. Tactul vaginal deşi suportat cu greutate arată ca tumora sanguină se întinde în lungul peretelui vaginal stâng până aproape de fundul de sac lateral stâng, obstruând tractul vaginal, care este dureros la palpare. Această tumefacţie se întinde spre perineul posterior.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratament: pungă cu ghiaţă, prisnitz cu Dakin. Ca clorat 8 gr. antipirină 3 tablete.

13/VII. Tumefacţia păstrează aceleaşi caractere dar difuzează mai mult spre perineul posterior şi baza coapsei stângi. Tenesm rectal.

Tratament: Sulfamide 4 gr. pe zi, Autohemoterapie 5 cc. Ergotina 2 cc. iar local se aplică acelaşi tratament de mai sus.

17/VII. Tumefacţia are o culoare violacee, aceiaşi mărime, nu mai difuzează fluctuenta, sensibilă şi dureroasă, fanta vulvară deviată; pe partea postero-internă, apare o mică eroziune de circa $2^1/_2$ cm., lungime, lineară. Starea generală a lăuzei bună, temperatura $37,6^0$ vesperal după autohemoterapie, pulsul 82, uterul involuiază normal lochile sunt sero-sanguinolente.

18/VII. Prin eroziune se scurge o cantitate de sânge negru, cu chiaguri abundente. Cantitatea de sânge circa 150—200 cc. Tumefacţia dispare în parte fanta vulvară îşi reia aspectul normal.

Se menţine traectul deschis printr'o mese înbibată în soluţie de sulfamide.

20/VII aspectul exterior al vulvei aproape normal, labia stângă fiind încă uşor mărită de volum, de coloraţie normală, nedureroasă la presiune şi palpare. Orificiul prin care s'a golit colecţia este în parte închis.

Lăuza are starea generală bună este complet afebrilă, 36,8—36,4, uterul îşi continuă involuţia normală fiind la 2 laturi de deget deasupra simfizei pubiene. Lochile sunt seroase.

In ziua de 25/VII bolnava părăseşte serviciul complet vindecată cu un uter complet involuat, lochii seroase.

Am socotit aceste cazuri interesante de prezentat din mai multe puncte de vedere:

1. Trombusurile vulvare şi vaginale sunt colecţii sanguine în spaţiul celular perivulvar şi perivaginal, colecţii ce apar în timpul puerperalităţii şi care sunt destul de rare.

Cauzele predispozante ar fi modificările anatomice din timpul sarcinei, ca vascularizaţia intensă a organelor genitale şi laxitatea exagerată a ţesutului celular local. (Brindeau). Cauze mecanice, ca rotaţia craniului în facerile spontane sau în intervenţiile obstetricale de orice natură ar fi, ar rupe vasele dilatate enorm din filiera pelvigenitală, fapte însă ce nu pot fi invocate în cazul nostru. Laxitatea ţesutului celular subjacent ar favoriza şi facilita după părerea lui M. Metzger, apariţia unui plan de clivaj între peretele vaginal şi straturile de desubt, având drept consecinţă ruperea de vase şi aşa dilatate enorm în timpul sarcinei şi mai apoi în timpul travaliului, deci consecutiv formarea de hematoame diferit localizate, vulvare, vaginale, pelvi-abdominale. Tot M. Metzger insistă asupra faptului că dacă în timpul manevrelor de rotaţie fie spontane fie prin intervenţiuni peretele reuşeşte să reziste, fără a se rupe se formează un trombus, iar dacă peretele cedează, deşi toate condiţiunile de formare a hematomului există (laxitate, clivaj, hemoragie), aceasta nu va fi însă decât o banală ruptură într'un punct din filiera pelvigenitală.

Am avut ocazia recent să observăm între altele, două cazuri în care toate aceste condiţiuni deşi îndeplinite, eventualul trombus s'a transformat într'o ruptură de perete vaginal, impresionantă doar prin întinderea ei şi prin hemoragia locală. Astfel în ambele cazuri deşi la prima naştere, tinere (24 şi 28) de ani, în condiţiuni optime (basin, făt, travaliu relativ rapid şi fără vechi afecţiuni ginecologice), — am observat rupturi de perete vaginal drept, la prima ruptură mergând dela 2 cm. interiorul vaginului până pe 1/2 segmentului inferior, unde sutura a fost dificilă şi penibilă, iar la a doua, ruptura tot pe peretele vaginal drept a mers până în fundul de sac lateral drept, ambele cu un mare şi impresionat clivaj şi cu hemoragii mari. Suturate s'au vindecat per primam, deşi ultima ruptură a făcut un hematom al labiei drepte, cu deviaţia fantei vulvare, al spaţiului perivaginal d-r. dar care a cedat după lărginea drenajului cu setolina deja existentă la acest nivel. R. Mahon observând mai multe trombusuri la lăuzele din regiunea parisiană şi bordeleza, pune problema unei lipse de vitamină k., în urma restricţiunilor alimentare din ultimul

Digitized by Romanian Academy Library

timp. Deşi părerile lui Brindeau şi a lui M. Metzger sunt controlabile şi juste totuşi ele păcătuesc prin faptul că nu dau decât explicaţia mecanică şi oarecum locală a acestor hematoame, fără a intra într'un plan mai general Ipoteza D-lui Prof. Săvulescu ni se pare cea mai plauzibilă, care atribue producerea acestor hemoragii printr'un mecanism asemănător apoplexiei utero-placentare prin socul de intoleranţă. In organismul sensibilizat din timpul sarcinei pătrunde o cantitate mare de substanţă proteică prolanul. (Prof. Săvulescu şi D-r Crăiniceanu) producând prin sistemul neuro-vegetativ şocul de intoleranţă. Este deci o manifestare a toxemiei gravidice forma hemoragică. La această ipoteza s'ar putea adăoga şi cele de mai sus ca o completare locală a mecanismului de producere a trombusurilor vaginale etc. In cazurile noastre, ipoteza Prof. Săvulescu se aplică perfect, cauzele mecanice lipsind (travaliu relativ scurt, uşor, basin normal fătul cu dimensiunile craniului fetal normale) şi mai ales în cel de al doilea caz unde explicaţia morţii fătului nu am putut-o găsi, nici ca o sarcină trecută de termen, ci cel mai probabil ca o formă sau o rezultantă a unei toxemii gravidice.

Emboliile, cu un chiag originar din punga trombusului, sunt de temut în cazul acestor trombusuri. (M. Metzger), mortalitatea fiind ridicată. (33-55%) după Ştefano şi Deneuc. Astăzi însă în urma atenţiei deosebite şi tratamentul mortalitatea este minoră.

Autorii sunt de acord în ceiace priveşte tratamentul, în sensul ca hematomul să fie respectat afară de ipoteza unei infecţii când este de recomandat incizia largă a labiei (hematom vulvar), a peretelui vaginal, şi drenaj. (Metzger, Brindeau). Această atitudine chirurgicală este fără îndoială de recomandat şi pentru eventualitatea unei embolii. In cazurile noastre intervenţia a fost inutilă întrucât hamatomul s'a ulcerat şi deschis singur la exterior.

Lucrare executată în **Institutul de naşteri şi gineocologie „REGELE MIHAI I"** al Ministerului Asigurărilor Sociale. Medic Primar Director D-r J. Protopopescu-Pache.

BIBLIOGRAFIE

1897 Schachman: Les trombus du vagin chez les femmes enceintes. Teza. — 1898 Florescu E. P. Trombusul vulvei şi vaginului în timpul sarcinei şi facerei teza Bucureşti. — D-r Bastaky: Trombus de la vulve pendent la grossesse Arch. roum. de méd. et chirurg. 1887 Buc. — D-r Ettinger: Hematomae vulve et.. 1895. — Gheorghiu N. Prof. Rev. Spitalul nr. 7 Buc. 1911. — Vintilă Gh.: Soc. de gin. şi obs. 1933, — M. Cohn: Comunicări Spitalul 1916. — I. Nissim: Comunicări Spitalul 1924. — Brindeau Traite de l'art des accouchement Doin 1927 Paris. — M. Metzger: Le chirurgien devant l'etat puerperal pag. — R. Mahon: Gyn et obs. 1943 F 43 nr. 4-5-6. pag. 84.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul T. B. C. — Craiova
Medic primar: D-r P. Chiper

O COMPLICAŢIE EXTRA PULMONARĂ RARĂ IN CURSUL TUBERCULOZEI PULMONARE FLEBITA TUBERCULOASĂ

de

D-r PETRU CHIPER şi **D-r EUGENIA FIRESCU**

Deşi este clasic în a se spune că Flebita Tuberculoasă este o complicaţie obişnuită în cursul Tuberculozei pulmonare mai ales caşectice, noi credem — bazaţi pe observaţiile noastre făcute pe un lot de 1970 de bolnavi — că această complicaţie este rară.

Redăm mai întâi foarte pe scurt cazurile observate pentru ca după aceasta să facem consideraţiile necesare.

Obs. I. N. Corina 17 ani Elevă. Internată în Sanatorul T. B. C. Craiova la 22 Decembrie 1941.

Antecedente-Heredo-Colaterale: Tatăl în vârstă de 63 ani suferă de cancer, Mama 50 ani sănătoasă, 5 fraţi sănătoşi.

Antecedente Personale: Pojar şi Tuse convulsivă în copilărie. Pleurită (?) la 14 ani.

Menstruată la 14 ani; în ultima vreme menstruaţia neregulată.

Boala actuală: Datează din Iunie 1941, şi a debutat insidios, mai întâi cu tuse seacă la care s'a ataşat foarte curând şi expectoraţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De vre'o două luni oscilaţii importante de temperatură, şi pe zi ce trece este tot mai anemică, oboseşte la cel mai mic efort, are câte odată ameţeli, — tusea este emetizantă şi în ultima vreme dureri abdominale, două trei scaune pe zi.

A fost internată pentru scurtă vreme în Sanatoriul Bucegi Predeal de unde a fost îndrumată să se reîntoarcă la Craiova.

Cu o săptămână înainte de internare a observat că se tumefiază membrul superior stâng în întregime.

Aspectul general: Debilitată, mucoasele şi tegumentele palide, toracele astenic cu respiraţie suflantă în ambele jumătăţi superioare şi cu raluri numeroase la stânga.

Abdomenul: Uşor balonat, cu vagi dureri în zona peri-ombilicală, Fica'u' şi Splina puţin mărite de volum.

Radiografie pulmonară: Infiltraţiuni macronodulare numeroase în ambele treimi superioare; la stânga o escavaţiune de mărimea unei nuci verzi.

Sputa muco-purulentă conţine baci'i Koch.

Urina: are albumină 0,75/1000, precum şi urme de puroi. **Urobilina:** uşor crescută. In sediment rare celule epiteliale renale, frecvente hematii.

Examen oto-rino-laringo'ogic: Pe întreg Hipo-faringele şi partea liberă a epiglotei, diseminate mici ulceraţiuni, oedem al benzilor ventriculare cu congestia corzilor vocale.

Temperatura neregulată, Astenie pronunţată apetit redus, greţuri, vărsături, diaree.

Se remarcă deasemenea o tumefiere importantă a întregului membru inferior stâng. Cu pielea în general de aceeaş culoare cu restul corpului (adică palidă).

Măsurând cu centimetrul diferite porţiuni ale membrului inferior stâng faţă de cel din dreapta, obţinem următoarele cifre:

	Drept:	Stâng
Coapsa:	28 cm.	39,25 cm.
Pulpa:	23 cm.	31,— cm.
Laba:	20,50 cm.	25.— cm.

Nu se poate ameliora cu nimic, starea bolnavei se agravează tot mereu, devine somnolentă, inapetenţă absolută, în cursul nopţei de 14 pe 15 Ianuarie 1942 perzintă o hemoragie intestinală de circa 400-500 grame după care sucombă în dimineaţa zilei de 15 Ianuarie 1942.

Diagnostic: **Tuberculoză generalizată** (Pulmonară Laringiană, Intestinală, Flebită Tuberculoasă).

Obs. II. P. Gheorghe de 20 ani plugar internat în Sanatoriu la 20 Martie 1943.

A. H. C. fără importanţă.

A. P. Maladii eruptive în copilărie, malarie la 14 ani.

Boala pulmonară datează din Noembrie 1942 cu debut lent (pierderea forţelor, apetitului, discrete junghiuri toracice, tuse seacă la început cu expectoraţie mai pe urmă).

Starea generală la internare: Debilitat mucoasele şi tegumentele uşor palide.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ascultatoric pulmonar: Respiraţie suflantă în ambele treimi superioare ale câmpurilor pulmonare cu numeroase raluri buloase mai ales în dreapta, unde se aud şi raluri cavernoase.

Radiologic: Lobită dreaptă superioară cu o mare escavaţie în centrul lobului. Diseminări nodulare în restul plămânului drept. Numeroase escavaţiuni mai mici în lobul superior stâng.

Sputa conţine bacili Koch din ambundenţă.

Vit. de Sedim. a Hematiilor: mărită 72 la o oră 115 la 2 ore.

Urina: Normală.

Se stabileşte diagnosticul de Tuberculoză fibro-cazeoasă cavitară întinsă bilaterală, şi facem tratament simptomatic.

Starea bolnavului se agravează rapid şi la începutul lunei Aprilie 1943 printre alte simptome ale bolii, bolnavul se plânge de dureri în partea internă a coapsei drepte, care foarte curând începe să se tumefieze cuprinzând în câteva zile întreg membrul inferior drept, care este mărit în circumferinţele sale cu 5-6 cu faţă de cel din stânga.

Sucombă la 10 Aprilie 1943.

Obs. III. B. Georgeta 18 ani elevă internată în sanatoriu la 5 Aprilie 1944.

A. H. C. Părinţii sănătoşi. O soră a murit la 19 ani probabil de Tuberculoză pulmonară.

A. P. Neagă orice fel de boală.

Boala actuală. Datează din luna Decembrie 1943, cu debut acut: curbătură, temperatură înaltă, junghiuri toracice, tuse şi expectoraţie.

In Februarie 1944 a suferit şi de Icter, după care starea generală s'a agravat şi mai mult.

Starea prezentă la internarea în Sanatoriu: aproape caşectică, subfebrilă, dureri toracice, tuse şi expectoraţie abundentă, oboseşte la cel mai mic efort, insomnie.

Fără menstruaţie dela începutul boalei.

La examenul stetacustic pulmonar respiraţie suflantă, pe alocuri de tip cavitar, raluri puţine în ambele jumătăţi superioare.

Radiologic: Escavaţiuni inportante în ambele regiuni apicale şi subapicale cu numeroase diseminări în rest.

Viteza de Sedimentare: Este uşor mărită.

Sputa Bacili Koch prezenţi în număr mare.

Urina, Normală.

In câteva zile dela internare acuză dureri în membrul inferior drept care este uşor tumefiat; tumefacţia este din ce în ce mai pronunţată: este un oedem alb ce ocupă atât coapsa cât şi gamba şi laba piciorului drept cu predominenţa oedemului asupra gambei.

Sucombă la 21 Aprilie 1944, cu diagnosticul de Tuberculoză pulmonară fibro-cazeoasă cavitară întinsă bilaterală şi Flebită Tuberculoasă.

Obs. IV. S. Iorgu 19 ani plugar internat în Sanatoriu dela 7/II 1946 până la 1/V 1946.

A. H. C. fără importanţă.

A. P. Pojar în copilărie.

Boala pulmonară a debutat brusc în Noembrie 1945 cu febră înaltă, cefalee, tuse frecventă, transpiraţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La internare în Sanatoriu se prezintă uşor debilitat cu mucoasele şi tegumentele mai anemice.

Ascultatoric: Sindrom de condensaţie în ambele regiuni apicale pulmonare cu raluri abundente mai ales la stânga.

Radiologic: Plămânul stâng la vârf o imagine cavitară de mărimea unei nuci verzi cu bronşie de drenaj. In rest tot lobul superior conţine infiltrate nodulare care pe alocuri se conglomerează.

Plămânul drept are desenul foarte accentuat în jumătatea superioară cu numeroase umbre nodulare de diferite mărimi şi intensităţi.

Sputa: Conţine numeroşi Bacili Koch.

Vit de Sed., a globulelor roşii 80 la o oră, 108 la două ore.

La 22 Februarie 1946 se institue Pneumotorax artificiul stâng, după care se iveşte un pneumotorax spontan stâng supra adăogat.

După circa trei săptămâni plămânul stâng îşi revine din colapsul accentuat provocat de pneumotoraxul spontan şi se continuă apoi reînsuflaţiile.

Nu se reuşeşte însă a se influenţa simptomele pulmonare şi starea generală care continuă să se agraveze.

Pe la jumătatea lunei Aprilie 1946, bolnavul acuză oarecare jenă în membrul inferior drept care începe foarte curând să se tumefieze.

Pe la sfârşitul lunei Aprilie 1946 tumefacţia întregului membru inferior drept este foarte accentuată şi nu cedează la niciun fel de tratament.

La 1 Maiu 1946 este luat de familie acasă.

Din informaţiuni a sucombat la 12 Maiu 1946.

Din studiul cazurilor noastre se pot trage următoarele concluzii:

1) Frecvenţa acestei complicaţii extra-pulmonare este rară având numai patru bolnavi cu Flebită Tuberculoasă într'un lot de 1970 bolnavi de Tuberculoză pulmonară observaţi, ceeace face —, 0,20% sau 2 la mie.

2. Această complicaţie este de o gravitate excepţională şi de prognostic fatal; toţi bolnavii noştri de tuberculoză pulmonară la care a apărut această „Flebită" au sucombat.

3. Această gravă şi rară complicaţie apare în cazuri de Tuberculoze pulmonare întinse şi floride.

4. Ca importanţă prognostică se poate foarte bine compara cu oedemul caşectic maleolar.

5. Asupra patogeniei acestei complicaţii ne reţinem a face comentarii; probabil că intră în discuţie aceleaşi teorii ca la oedemele caşectice.

6. Dela apariţia simptomelor de Flebită până la moartea bolnavului respectiv nu trece mai mult de trei sau patru săptămâni.

7. Odată instalată Flebita Tuberculoasă, oedemul se măreşte progresiv.

8. Durerile în Flebita Tuberculoasă sunt reduse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul I. C. Brătianu — Piteşti
Serv. de boale interne

LIPOGRANULOMATOZA GENERALIZATĂ SUBCUTANATA

de

MIRCEA DABIJA şi **D-r EMILIAN GUŢU**

După definiţia dată de Al. Ursu, E. Teodorescu şi G. Vrejoiu (1941), sub denumirea de lipogranulomatoză se desemnează o maladie inflamatorie aseptică, cu caractere particulare, proprie ţesutului celulo-adipos. Clinic e o afecţiune localizată la părţile moi superficiale sau profunde, caracterizată prin tumefacţii sau placarde cu contururi difuze mai mult sau mai puţin îndurate. Histologic este un proces de liponecroză urmat de transformări particulare ale celulelor adipoase evoluând final către fibroză.

Studiile asupra acestei maladii au început cu Flemming în 1872 şi de atunci s'au comunicat mai multe cazuri.

Anatomo-patologic se poatte spune că a fost bine studiată şi contribuţia românească în această direcţie este foarte însemnată. Prof. E. Crăciun, Al. Ursu, E. Teodorescu, G. Vrejoiu, G. Magheru, J. Făgărăşanu, Longhin şi alţii au adus mari contribuţii în studiul anatomo-patologic şi experimental al acestei maladii precum şi la elucidarea patogeniei sale.

Cadrul clinic a rămas însă destul de vag. O diferenţiere clinică face Prof. E. Crăciun care deosebeşte lipogranulomatoza de lipogranulom şi tot el face şi deosebirea între aceste două şi celulite.

Chestiunea merită a fi studiată mai amplu şi să se facă o sinteză a tuturor observaţiilor citate, mai ales că unele din ele se evidenţiază cum este şi în cazul pe care îl vom arăta noi, ca o maladie de sine stătătoare cu repercursiuni serioase asupra viitorului bolnavului. Mai ales chestiunea terapeuticei acestei maladii trebueşte pusă. Ar mai servi acest studiu de sinteză şi la popularizarea dacă se poate spune astfel, printre medici, a acestei maladii atât de puţin cunoscute sub termenul de lipogranulomatoză. Unii medici o cunosc poate sub diferite denumiri etiologice din stadiile incipiente ale studiului ei precum: oleom, vaselinom, parafinom, etc... şi nu sub denumirea morfologică de lipogranulomatoză sub care e necesar de a fi cunoscută. Mulţi nu ştiu pronosticul sobru ce-l poate prezenta în viitor o astfel de maladie la unii indivizi. Scopul nostru în prezentul articol este de a arăta câteva caracteristici în legătură cu un caz întâlnit de noi la care s'ar fi pus destul de acut şi problema terapeuticei. Din nefericire cazul nu a putut fi urmărit până la capăt din cauza unor înprejurări speciale care ne-au lipsit de bolnav.

Iată observaţia acestui bolnav:

C. I. de 39 ani, supus străin, „trimis" în spitalul I. C. Brătianu din Piteşti pentru dureri în coloana lombară, scădere a forţei musculare cu îngreuiarea mişcărilor membrelor şi tumori subcutanate socotite drept metastaze canceroase sau leproame, chiar de medici.

Cluj University Library Cluj

A. H. C. fără importanţă.

A. P: tuse convulsivă la 5 ani; la 12 ani o maladie infecto-contagioasă probabil scarlatină sau rujeolă; la 14 ani deci cu 25 ani în urmă, a suferit de o maladie contagioasă care a durat 3 săptămâni. In cursul acestei maladii are o alopecie a părului capului şi parţială a sprincenelor şi în acelaş timp şi de aceiaş maladie îi moare şi un frate. Cu probabilitate a suferit de un tifos exantematic. In 1930 deci cu 15 ani în urmă, a suferit de o maladie pulmonară trenantă cu scădere mare în greutate, febră şi tuse cu expectoraţie abundentă. Medicii care l-au îngrijit i-au spus că ar fi tuberculoză şi l-au trimis acasă la ţară, la aer şi hrană bună. Din reţetele ce le mai are bolnavul dela acea dată se vede că i-au administrat toni-cardiace (inf. digitală, oleu camforat). Această maladie a durat aproape 2 ani.

Istoricul maladiei: Odată cu ameeliorarea tuberculozei bolnavul declară că încep să-i apară tumori subcutanate mai întâi la braţe şi apoi la coapse. Tumorile au crescut treptat, „pe negândite" cum declară bolnavul, pentru a ajunge la dimensiunile lor de astăzi. I se pare că au crescut mai mult în ultimii doi, trei ani când îi apare şi o durere lombară precum şi o jenă a mişcărilor membrelor scăzându-i mult potenţialul de muncă.

Starea prezentă: De constituţie mijlocie, cu tegumente şi mucoase normal colorate, osteo-muscular bine desvoltat, afebril. Privit în general bolnavul, toate tumorile subcutanate proeminând sub pielea braţelor şi coapselor ne dau impresia unui individ musculos.

Examenul local: Pe faţa posterioară a braţului drept, la mijlocul ei, o îngroşare tumorală a ţesutului celular subcutanat ca o platoşă apărătoare de

braţ, lungă de 14 cm. în lungimea braţului şi lată de 5 cm. în porţiunea medie, ascuţindu-se spre extremităţile superioară şi inferioară cu vârful pierzându-se în ţesutul celular din jur. In rest tumora se delimitează relativ bine. De o grosime de aproximativ 2 cm. de consistenţă dură fibroasă. Aderă intim la piele dar e parţial mobilizabilă pe planul aponevrotic. La extremitatea inferioară a acestei tumori o altă părând a fi în continuitate cu vârful efilat al primei, de mărimea şi forma unei migdale cu aceleaşi caracteristice ca şi prima. Pe faţa externă a aceluiaş braţ, cu limite mai puţin precise pierzânzându-se în ţesutul celular din jur, ca un cordon, o tumoră lată de 2 cm., de grosime aproximativ 1 cm., se întinde în ţesutul celular subcutanat în lungul braţului dela unirea treimei superioare cu mijlocia până pe extremitatea proximală a antebraţului. Cu aceleaşi caracteristici ca şi celelalte descrise, duritatea şi grosimea ei par a fi mai mari la extremitatea inferioară.

Pe faţa posterioară a braţului stâng, o tumoră cu exact aceleaşi caracteristici şi cu dimensiunile de 10 cm. lungime, 4 cm. lăţime şi cu aproximativ 1 cm. grosime.

Pe faţa externă şi puţin anterioară a coapsei drepte, aceiaşi tumoră ce cuprinde în lungime şi lăţime aproape toată suprafaţa coapsei. In lăiţme se îngustează spre extremităţi. De aceiaş duritate lemnoasă aderă intim la planul profund al pielei şi mai puţin la planul aponevrotic subjacent. La presiunea pe această tumoră acuză o senzaţie vagă de durere profundă, dar nu intensă. In porţiunea medie unde şi aderenţa la planuri este mai mare, prezintă o reţea vasculară mai desvoltată care imprimă şi pielii o coloraţie violaceie. In genunchiul de aceiaşi parte şi musculatura coapsei acuză spontan şi la presiune o durere vagă şi difuză.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Po faţa externă a coapsei stângi, o tumoră la fel ca la dreapta, de dimensiuni mult mai mici ocupă numai treimea medie a feţiii externe a coapsei.

Examinat în întregime tot ţesutul celular subcutanat al corpului, se mai găsesc tumorete mici în următoarele regiuni: O tumoretă cât o alună turtită, pe faţa posterioară a antebraţului drept în treimea medie; patru tumorete tot atât de mici în ţesutul celular al cefei. Au aceleaşi caractere de duritate cu limite ce se pierd în ţesutul celular din jur. Deasemeni se mai găseşte o tumoretă cât o alună în ţesutul celular subcutanat al regiunei suprascapulare drepte.

La examenul regiunei şi coloanei lombare unde bolnavul acuză dureri, se provoacă aceste dureri prin presiune şi la mobilizare, însă nu se poate găsi vre-o îngroşare tumorală, cel puţin cât ne-am putut da noi seama. O radiografie a coloanei lombare nu arată nicio modificare vertebrală.

Nu se palpează ganglionii axilari şi inghinali.

La examenul radioscopic pulmonar, leziuni vechi organizate fibros.

Aparatele cardio-vascular şi genito-urinar nimic deosebit.

Nicio modificare a reflexelor şi a sensibilităţii cutanate, Romberg negativ.

Reacţia Bordet-Wassermann şi Citocol negative.

In lichidu cefalo-rahidian: r. Pandy şi Nonne-Apelt negative; albuminorahia 0,23 gr. $^0/_{00}$

Formula sanguină: hematii 3.400.000, leucocite 9.400, hemoglobină 75$^0/_0$, pol. neutr. 57%, eozin. 7,5%, bazof. 0,5%, limfoc. 30,5%, monoc. 4,5$^0/_0$.

Examenul anatomo-patologic: bio. No. 8367 (Dr. G. Vrejoiu, Inst. V. Babeş). Tumorete de ţesut conjunctiv dens, în mare parte hialinizat; vase cu pereţi îngroşaţi şi cu lumenul strâmtat. In unele vase depuneri de calciu; inflamaţie cronică difuză şi pe alocuri nodulară cu predominenţa limfocitelor. Pe alocuri spaţii cu celule gresoase şi plasmodii multinucleate.

Diag. anatomo-patologic: celulită cu reacţie lipoccitară şi formare de plasmodii multinucleate.

Avem de aface cu un caz de **lipogranulomatoză** veche şi am putea spune cu un început de generalizare subcutanată. E foarte probabil ca această generalizare să nu fie numai subcutanată şi ca aceşti noduli lipogranulomatoşi. să se găsească şi în alte ţesuturi, aşa poate ar fi posibil să se găsească în muşchii lombari şi să dea acele dureri lombare de care a fost vorba. Mijloacele de investigaţie utilizate de noi nu ne-au arătat însă noduli şi în alte ţesuturi.

Etiologia lipogranulomatozei a fost şi este mult discutată şi nu s'a ajuns încă la o explicaţie concludentă. Worniger în 1929 împarte factorii ce contribue la producerea acestei maladii în două categorii: factori exogeni şi factori endogeni.

Ca factori exogeni în primul rând trebue să ne ocupăm de traumatism. După Lee şi Adair traumatismul joacă rol în 70%, iar după Schwartzmann 100%. Traumatismul ca atare, aşa cum se observă într'un caz a lui Strasser (1930) şi un caz a lui Crăciun şi Făgărăşanu (1935) cu aplicări repetate de diatermie, nu poate fi bănuit în cazul nostru, totuşi prin traumatismul direct credem că se poate explica localizarea în locurile cele mai expuse lor precum feţele externe ale braţelor şi coapselor şi poate tot aşa se explică mai marea desvoltare ce o au aceste tumori la dreapta; fiind mai activă este şi mai expusă, sau poate chiar efortul muscular mai intens ar explica-o. Găsim însă o altă noţiune principală, fapt demonstrat exprimental, traumatismul ca injecţii şi acţiunea iritantă chimică a injecţiilor uleioase. Incepând cu Balzer şi Fitz şi terminând cu ultimele lucrări experimentale ale lui Ursu, Teodorescu şi Vrejoiu s'a demonstrat producerea lipogranulomatozei după injecţii în general şi injecţii cu substanţe uleioase în special.

Insă nu toţi indivizii ce fac injecţii cu substanţe uleioase fac şi lipogranulomatoză. Unii şi mai ales cei ce fac injecţii bismutice, fac noduli ce persistă câtva timp şi apoi se rezorb sau se sclerozează definitiv fără a prolifera ţesutul gresos şi chiar a da metastaze. Se pare că aici mai intervine şi factorul endogen (Worniger), un factor propriu individual care după Ursu, Teodorescu şi Vrejoiu ar fi un metabolism vicios de ordin local, celular şi circulator. O sumă de lucrări incriminează maladii infecţioase grave precum febra tifoidă (Nicod), tifosul exantematic, tuberculoza şi sifilisul (Hesse). In cazul nostru găsim în antecedente tifosul exantematic şi tuberculoza. Autorii ruşi Dawidowschi Schujenikoff, Gaschin, Lauer şi Abrikosoff au descris în tifosul exantematic noduli hipodermici ce au fost arătaţi de ultimii trei ca fiind focare de lipogranulomatoză. Explicaţia ce o dau ar fi a unui proces toxic ischemic. Prof. E. Crăciun explică acelaş fapt prin tulburările trofice la bolnavii în stare de mizerie fiziologică accen-

tuată precum în tifosul exantematic. Rolul tuberculozei ca predispozant a fost susţinut de Gougerot, Hesse, iar Mariani pretinde că a găsit chiar tuberculome. S'ar putea ca o acţiune combinată a acestor factori să dea această predispoziţie de teren. In cazul nostru a fost şi tifosul exantematic şi tuberculoza.

Ca simptomatologie am văzut caracteristicele tumorilor la descrierea cazului nostru. Durerile incriminate care în cazul nostru sunt destul de reduse faţă de întinderea tumorilor, cum le-a găsit într'un caz mai puţin întins Hufnagel, se explică prin compresiunea filetelor nervoase de ţesut scleros sau proces inflamator.

Diagnosticul diferenţial este foarte interesant de făcut şi merită o discuţie mai amplă, ceia ce nu ne putem permite noi aici. Ca să enumăr numai o parte din ele: celulitele, cicatricele cheloide, cicatricele impregnate cu calciu (Pautrier), furunculoza cronică, poliartrita anchilozantă în unele forme, osteita fibro-chistică Recklinghaussen, sclerdemia, miozita osifiantă progresivă, tumori neoplazice (fibrome, lipome, limfadenome, condrome, miome, sarcome, etc) şi altele.

Diagnosticul pozitiv ca şi în tumorile neoplazice se pune numai anatomo-patologic.

In legătură cu pronosticul acestei maladii o chestiune importantă ce se pune este a extensiunei acestei tumori. Extensiunea din apropiere în apropiere, centrifugă, e bine cunoscută şi în particular propagarea ganglionară bine studiată de Favre şi Civatte. Insămânţări'e la distanţă, ca în cazul nostru, prin embolie (Civatte), au fost şi sunt discutate. Au raportat cazuri asemănătoare: Hufnagel, Lenormant şi Ravaut, Jacob, Fauré Fremiet, Durant şi Michon. Mariani descrie un caz de generalizare ca în neoplaziile maligne în toate ţesuturile şi de aceia a descris această maladie sub numele de granulomatoză difuză benignă cu sediul cutanat, muscular, ganglionar, periostal şi cu caracterele vaselinomului. Cu toată cronicitatea ei pronosticul acestei maladii poate apărea în viitor sobru cum este şi în cazul nostru, unde i-a scăzut foarte mult capacitatea de lucru şi i-au apărut durerile care în alte cazuri pot deveni insuportabile (Hufnagel).

Terapeutic încă nu s'a propus nimic pentru cazul când aceste tumori au ajuns la o prea mare desvoltare. Se poate trage însă o concluzie terapeutică, extirparea tuturor acestor tumori subcutanate imediat ce sunt descoperite şi cât e posibil, căci întinderea lor prea mare o face imposibilă.

BIBLIOGRAFIE:

Abrikosoff: Verh. d. path. Gesell., 1929, 24, 57. — Crăciun et Fagarasano: Ann. anat. path., 1935, 12, 8, 909. — Crăciun: Ann. anat. path. 1936, 13, 7, 817. — Crăciun: Arch. balk. de méd. et chir., 1940, 2, 139. — Crăciun: Bul. acad. méd. roum. Séance du 1 Mars 1941. — Favre: Ann. Dermat. 1933, 10. — Flemming: Archiv. f. path. Anat. u. Phys. u. f. Klin. Med., 1872, v. 56, 146. — Gougerot: Journ. d. prat., 1925, 24, 385. — Hufnagel, Hufnagel, A. et Nabias: Bull. soc. dermat. syphil., 1928. — Jacob et Fauré-Frémiet: Revue de chir., 1917, 54, 221. — Lee et Adair: Ann. of. Surgery, 1920, 70, 188;

1923, 77, 513; 1924, 79, 670. — Magheru, Crăciun et Ursu: Arch. Roum. path. exper., 1934, 7. 3. — Mariani: Giorn. Ital. di dermat. e. sif., 1926, 57,7 69. — Ursu, Teodorescu et Vrejoiu: Annn. V. Babeş, 1941, v. 10. — Vrejoiu: Teză, 1941, Buc. — Worniger: Thèse, Strassbourg, 1929.

Sanatoriul Moroeni — Jud. Dâmboviţa
Medic primar director: S. Russu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PATOGENIEI SUFLAJULUI CAVITAR

de

D-r OLEG IVANCENCO şi **D-r RADU NIMEREANU**
Medici secundari

Patogenia suflajului sau balonării cavitare ce se observă uneori în Pneeumototaxele completate cu secţiune de aderenţe, rămâne încă neclară. Teoria suflajului prin mecanism de supapă bronşică (Coryllos, Dumarest, Schuberth, Babolini) neputând explica unele fapte clinice, cazul expus mai jos e interesant din acest punct de vedere.

Bolnavul St. G., 18 ani, se interesează în Sanatoriul Moroeni, pe data de 14. IV. 1945, cu diagnosticul: **Infiltrat T.B.C. excavat sub clavicular** stg. B. K. pozitiv. Pe data de 20. IV. 1945, i se instituie pneumotorax stg., lobul superior stâng aderent apico-lateral, caverna tracţionată, în formă de pară, de dimensiunea 3 × 4 cm.. I se face operaţia lui Iacobaeus, în 28. VI. 1945, timpul I, în 2. VIII. 1945, timpul II (D-r D. Roşulescu), caverna e eliberată, se micşorează, ajungând la dimensiuni de 2 × 3 cm., bolnavul tuşeşte şi expectorează foarte puţin, ia în greutate, totuşi B.K. pozitiv.

In luna Noembrie 1945, caverna începe să se baloneze progresiv, nefiind influenţată nici de ritmul nici de cantitatea posterioară a bontului pulmonar. Inelul pericavitar se îngroaşe 7. XII. 1945 la dimensiuni de 5 × 5,1/2 cm. Se face puncţie cavitară cu un ac cu mandarin, de 0,5 mm. × 10 cm., în spaţiul V i. c. stg. la marginea internă a scapulei. intrând în cavernă aer, presiuni —12 —16. Radioscopic caverna apare mult micşorată cu contur şters. In urma puncţiei, bolnavul face un puseu febril, 37,5—38,5, care durează 5 zile, 2 zile are spută sanghinolentă. Se renunţă la puncţie şi se caută a se provoca o reacţie pleurală prin substanţe iritante (tisor, clauden, ol. gomenolat 20%), fără rezultat însă.

Caverna începe să se baloneze din nou, inelul pericavitar se îngroaşe, apare nivel de lichid în cavernă, dimensiunile cavernei în 21. II. 1946 sunt 6 × 5,1/2 cm. Puncţie cavitară, presiuni + 2 + 4, se introduce în cavernă 2 cmc. chinin-urethan 10%, căutând printr'o iritaţie să ajungem la închiderea bronşiei de drenaj. Reacţie subfebrilă în 22. II. 1946, caverna se micşorează, inelul pericavitar se subţiază, nivelul de lichid dispare. In 4. III. 46 caverna are 5,1/2 × 4,1/2 cm. chinin-urethan cm., puncţie cavitară, 0—2, se introduce 2,1/2 cmc. chinin-urethan 10%, nici o reacţie.

In 19. III. 46 caverna are 5 × 4 cm., B. K. — (negativ) prima dată de la internare, tuse şi expectoraţie foarte reduse, puncţie cavitară 0—4, în timpul tusei + 8—2 revenind imediat la 0—4, se introduce 2,1/2 cmc. chinin urethan 10%, nici o reacţie. In 5. IV. 46 caverna are 4,1/2 × 4 cm. puncţie cavitară 0—6 ce se menţine după tuse, se introduce 2,1/2 cmc. chinin-urethan 10%, nici o reacţie. In 19. IV. 46 dimensiunile cavernei 4 × 3 cm., conturul şters, 1—2 spute mucoase pe zi, B. K. — (negativ), puncţie cavitară 0—6 se menţine după tuse, se introdu-ce 2,1/2 cmc. chinin-urethan 10% nici o reacţie.

Intre 27. IV—2. V. 946, bolnavul face un puseu evolutiv pseudogripal, 37,2—38,5; 12—20 spute pe zi, B. K. pozitiv, caverna creşte în volum, pe fundul ei apare nivel de lichid, inelul pericavitar se îngroaşe. In 2. V. 46, dimensiunile cavernei sunt 5 × 4,1/2 cm., puncţie cavitară, — 2 + 2, presiuni ce se menţin după tuse şi exuflaţie, la respiraţie mai profundă — 6 + 6. In VII. V. 46 nivelul de lichid creşte, inelul pericavitar se accentuează şi mai mult, dimensiunile cavernei 6 × 5,1/2 cm. puncţie cavitară, — + 3, presiuni ce se menţin după exsuflaţie, amplitudinea lor creşte în respiraţie profundă.

Observăm deci la acest bolnav o primă perioadă de balonare a cavernei, ce apare la 3 luni după operaţia lui Iacbaeus — caverna crescând într'o lună dela 2×3 cm. la 5×5, 1/2 cm. Inelul pericavitar se accentuează apare un nivel de lichid în cavernă — presiunile intracavitare pozitive + 2+6 ne indică un mecanism de supapă bronşică (Coryllos, Rogers, Dumarest).

In perioade de micşorare a cavernei sub influenţa injecţiunilor intracavitare de chinin-urethan, presiunile cavitare devin negative, inelul pericavitar se şterge, lichidul din cavernă dispare, ceace indică o închidere funcţională a broşiei de drenaj şi rezorbţia progresivă a aerului din cavernă.

In a doua perioadă de balonare, provocată de un puseu evolutiv şi însoţită deasemeni de accentuarea inelului peri cavitar şi apariţia nivelului lichidian în cavernă, presiunile cavitare oscilează însă în jurul lui 0 fiind — 2+2, — 3+3, — 6+6, nefiind influenţate de exuflaţie, ceeace după cercetările aceloraşi autori indică o bronşie de de drenaj liberă.

Vedem deci, că apariţia de nivel lichidian în cavernă poate să coexiste cu o broşie de drenaj perfect permeabilă, fiind condiţionată de activitatea secretorie a cavernei şi probabil de nivelul de abuşare a broşiei de drenaj.

Iar în fenomenul de balonare cavitară, supapa bronşică poate să nu fie factorul cauzal, rolul acesta revenind celorlalţi factori de distensie cavitară şi anume: Atelectaziei pericavitare reflexe sau inflamatorii (Graeff, Benda, Molaard), tensiunii superficiale crescute în alveolele inundate din jurul cavităţii (Neergards) şi creşterii tonusului muscular a fibrelor netede peribronşiolice şi interstiţiale din ţesutul pericavitar (Bronkhorst, Dijkstra, Cardis).

www.cantacuzinoarhiva.ro

Lucrări din Spitalul de Stat—Caracal
Serv. de boli contagioase

I.

SINDROMUL EXTREMITĂŢILOR ŞI TROMBARTERITA OBLITERANTĂ

CONSIDERAŢIUNI PE MARGINEA A DOUĂ CAZURI DE GANGRENĂ USCATĂ TROMBARTERITĂ, CONSECUTIVĂ TIFUSULUI EXANTEMATIC

de

MARG. COROI-MARCOV
Medic primar

Este bine cunoscută arterita obliterantă ca o complicaţie a tifusului exantematic. Citată de diferiţi autori în cursul marilor epidemii din războiul mondial, ea constitue totuşi o complicaţie rară.

Dacă în epidemia din Serbia ea pare să fi survenit într'o proporţie neobişnuit de mare, autori ca Prof. Danielopolu îşi exprimă oarecare îndoieli în privinţa diagnosticării precise a afecţiunei, admiţând posibilitatea unei confuzii cu sindromul extremităţilor, asupra căruia D-sa atrage atenţia ca fiind un semn de o valoare diagnostică reală şi o indicaţie de pronostic însemnată în formele hipertoxice, ce în nici'un caz nu trebue confundat cu arterita obliterantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leziunile anatomo-patologice, mecanismul de producere precum şi simptomatologia lor, deosebesc de altfel destul de bine aceste două manifestări patologice.

Intradevăr dacă în „Sindromul Extremităţilor", în ultima lui fază, acea de cianoză rece există aceste două simptome: răcirea extremităţilor şi culoare cianotică cu sau fără marmorări şi turburări de sensibilitate, care ar lăsa impresia unei gangrene incipiente, el se deosebeşte totuşi de arterita obliterantă prin absenţa durerilor spontane şi prin lipsa fenomenelor oscillometrice.

Mecanismul de producere al sindromului extremităţilor (Leziune anat. patologică=Endarterită descoamativă), este paralizia vasculară datorită leziunei peretelui vascular şi posibil şi a terminaţiilor vegetative, care determină acea stază periferică caracteristică sindromului precum şi celorlalte manifestări ale vaso-dilataţiei (Facies vultuos, injecţia conjunctivelor). La autopsie vasele sunt permeabile.

Cu totul altfel se prezintă leziunea anatomo-patologică a endarteritei obliterante unde leziunile peretelui vascular ajutate de încetinirea torentului sanguin determină formarea unui trombus compus din endoteliu descuamat, fibrinogen, conţinând agentul patogen.

Acest trombus localizat pe un trunchiu principal are drept urmare gangrena ischemică.

Simptomatologia gangrenei uscate prin trombarterită consecutivă tifosului Exantematic, este următoarea: se instalează de obiceiu în perioada de convalescenţă, fie insidios fie prin fenomene alarmante, fiind uni sau bilaterală. Se caracterizează la început prin diferite fenomene subiective ca: furnicături, amorţeli, senzaţie de deget mort,

apoi dureri spontane vii în membrul afectat (dureri nocturne de decubit), iar mai târziu apare răcirea extremităţilor cu modificări de coloraţie, dispariţia pulsului local (evidenţiabil direct sau prin oscilometrie), şi turburări vasomotorii, care se pot cerceta prin diferite probe.

Deasemenea pe când sindromul extremităţilor pare a fi determinat mai mult de factorul toxic (dovadă prezenţa lui aproape obligatorie în formele hipertoxice), din contră trombarterita obliterantă se poate observa ca o complicaţie şi în forme de gravitate mijlocie, în care predomină deci factorul infecţios.

In sprijinul acestei ipoteze cităm observaţia D-nei D-r Văsoiu, medic secundar Bacău, care comunică un caz de arterită obliterantă la un soldat sovietic vaccinat contra tifosului exantematic cu 1 lună şi jumăt. înainte.

D-sa presupune, luând ca bază ipoteza Prof. Danielopolu că în acest caz acţiunea vaccinului (vaccin mort) pare să fi fost antitoxică determinând o formă benignă de tifos, lăsând însă neinfluenţat agentul patogen, care a putut produce arterita obliterantă.

Faptul însă că această complicaţie survine relativ rar ne îndreptăţeşte să presupunem că pentru producerea ei să fie nevoe pe lângă factorul infecţios şi de alţi factori predispozanţi şi favorizanţi.

Trecem acum la relatarea observaţiilor noastre cu privire la subiectul de mai sus:

Dintr'un total de 655 cazuri de tifos exantematic din anii 1944-1945 şi 1946 până în prezent, cu un număr de 46 forme hipertoxice, sindromul extremităţilor a putut fi observat în majoritatea cazurilor fie sub formă de cianoză caldă (cazuri decedate în cursul perioadei febrile) fie sub formă de cianoză rece apărută la sfârşitul perioadei febrile sau la începutul afebrilităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cea ce priveşte trombarterita obliterantă, la acelaşi număr total de cazuri (655) ea nu a survenit decât la doi bolnavi, ceea ce constitue un procent infim.

Redăm mai jos foaia de observaţie a acestor bolnavi:

Obs. I. Foaia de observaţie Nr. 559/944. Soldatul Mircea Ioan în etate de 21 ani, originar şi domiciliat în comuna Fărcaşele Jud. R-ţi, este trimis în serviciul nostru în ziua de 24 Oct. 1944 pentru: Stare febrilă, cefalee şi exantem peteşial.

A. H. C. Tatăl mort la vârsta de 43 ani, probabil de pneumonie. Mama în viaţă, doi fraţi şi o soră sănătoşi.

A. P. A suferit în copilărie de Rugeolă şi Varicelă, neagă alte maladii.

Istoricul maladiei actuale: Bolnav de 7 zile, maladia debutează brusc cu febră, cefalee frontală şi occipitală şi dureri ale membrelor. Simptomatologia de mai sus rămâne neschimbată, în a 4 zi dela debut apare un exantem discret la început, generalizându-se şi accentuându-se repede.

Starea generală a bolnavului se înrăutăţeşte, se instalează torpoare şi delir; într'a 7 zi dela debut bolnavul este adus la spital.

Starea prezentă: Bolnavul de statură mijlocie, de tip respirator.

Faciesul congestionat, conjunctivele oculare injectate, agitat cu o ușoară stare confuzională. Tegumentele prezintă un exantem peteșial bine pronunțat, generalizat, fără a cuprinde fața. Țesutul celular subcutanat mediocru desvoltat. Sistemul osteo-muscular normal.

Aparat digestiv: Buzele arse, limba încărcată cu un depozit alb aderent, uscată, brună spre rădăcină. Faringele congestionat.

Abdomenul suplu, sensibil la presiune în ambele hipocondre.

Scaunul întârzie de 3 zile. Ficatul și splina în limite normale.

Aparatul respirator: Tușește fără să expectoreze; la ascultație ralduri ronflante și sibilante diseminate în ambele părți.

Aparat Cardio-Vascular: Puls 116 pe minut, mulțumitor bătut.

Cordul în limite normale, zgomotele cardiace ușor asurzite.

Aparat Genito-Urinar: Nimic deosebit.

Sistemul Nervos: Cefalee, agitație, uneori delir.

Reacția W. Felix: Pozit. 1/400.

Tratament igieno-dietetic, cardiotonice, desinfectante.

27/10/1944. Starea generală neschimbată, se schițează un suflu sistolic ce se aude pe toată aria cardiacă, pulsul 126 pe minut.

30/10/944. Febra scade, starea generală a bolnavului se ameliorează. Exantemul pălește. Pulsul 96 pe minut, bine bătut. Sgomotele cardiace ușor asurzite. Pulmonar persistă ralurile bronșice.

2/11/944. Temperatura normală, starea generală a bolnavului bună. Acuză senzație de extremă oboseală, slăbiciune și inapetență.

4/11/1944: Bolnavul acuză furnicături și amorțeli în laba și gamba membrului infer. drept. Piciorul drept este mai rece decât cel stg., și are o culoare ușor lividă.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

6/11/944. Dureri nocturne foarte accentuate la nivelul gambei drepte. Insomnie. Laba piciorului drept este rece cu o colorație violacee. Hypoestezie la acel nivel. Pulsul pedioasei nu se percepe. Se aplică un tratament cu ser clorurat 20% intra-venos și Hypocoline.

10/11/944. Durerile par să se fi ameliorat, colorația labei piciorului este intens violacee.

16/11/944. Durerile revin la intensitatea lor inițială. Anestezia este complectă până la jumătatea gambei. Piciorul este tumefiat și de colorație aproape neagă.

18/11/944. Se suspendă tratamentul cu ser clorurat hypertonic și Hypocolin, bolnavul fiind trimis la serv., de chirurgie. Refuză categoric amputația și cere eșirea din spital.

24/11/944. Bolnavul părăsește Spitalul contrar sfaturilor medicale. Revine la Serv., chirurgical în luna Decembrie 1944. Este operat la 7 Decembrie, făcându-i-se amputația gambei drepte la locul de elecție.

In timpul șederei în spital apare gangrena și la celălalt picior, pentru care refuză operația. Bolnavul părăsește spitalul în ziua de 20 Decembrie în stare muribundă.

Obs. 2. (No. 23/945). Soldatul Popa C. Constantin în etate de 21 ani, se internează în ziua de 10 Ianuarie 1945, în Serv. de boli contagioase pentru febră, exant., peteșial și stare generală alterată.

A. H. C. Fără importanță.

A. P. A suferit de malarie în copilărie.

Istoricul maladiei: Bolnav de circa 10 zile. Maladia debutează brusc cu febră, cefalee şi curbatură. Febra se menţine în platou şi şi starea generală se înrăutăţeşte. In a 10-a zi de boală, bolnavul este adus la spital.

Starea prezentă: Bolnavul de statură mijlocie, de constituţie astenică. Starea generală gravă. Prostracţie ce alternează cu delir. Tegumentele presărate de un exantem peteşial ce ia pe alocuri un caracter hemoragic; exantemul respectă faţa şi gâtul. Faţa congestionată, conjunctivele oculare injectate. Extremităţile inferioare calde de culoare roz.

Tăs. cel sub cut. slab desvoltat. Sistemul muscular idem. Sistemul osos normal.

Aparatul digestiv: Buzele arse, limba uscată cu depozite brune, retractată şi cu tremurături, farinxul congestionat, deglutiţia anevoioasă. Abdomenul moale, depresibil, sensibil la presiune în fosa iliacă stg. Constipaţie. Ficatul în limite normale, splina percutabilă.

Aparatul respirator: Raluri bronşice diseminate, respiraţia aspră la vârful drept. Tuşeşte rar, expectorează mucos.

Aparatul Cardio-Vascular: Zgomotele cordului ritmice, foarte accelerate, uşor asurzite. Puls depresibil 140 pe minut. T. A. 10/7.

Aparat Genito-Urinar: Nimic de semnalat.

Sistemul nervos: Uşor meningism, cefalee, stare de prostraţie ce alternează cu perioade de agitaţie.

Reacţia W. Felix. Pozit. 1/400.

Tratament: Igienă buco-faringiană, clismă evacuatoare, comprese toracice, desinfectante, cardio-tonice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

13/1/945. Febra în scădere. Starea generală se menţine gravă. Delir, emisiuni inconştiente de urină şi fecale, exantemul net hemoragic, extremităţile infer. cianozate, calde. Tratamentul se menţine adăugându-se infuzii sub cutane de ser fiziologic plus adrenalină, ser glucozat 47 % rectal.

16/1/945. Sub febril, starea generală ceva mai ameliorată, a devenit conştient, exantemul cu tendinţe de pălire, bătăile cordului tot asurzite. Pulsul 120 pe minut mulţumitor bătut, extremităţile inf. calde.

Dela această dată febra se menţine cu ascensiuni vesperale până la 37^4—37^6.

18/1/945. Bolnavul se consideră intrat în convalescenţă. Exantemul a plătit, limba umedă, extremităţile infer. de aspect normal. Predomină însă o stare de astenie şi adinamie pronunţată, apetitul revine încet.

Bolnavul tuşeşte mult şi expectorează muco-purulent. La pulmonul drept submatitate la bază, ascultătoriu raluri sub crepitante. Se administrează expectorante şi calciu intravenos.

30/1/945. Acuză amorţeală şi senzaţie de deget mort la nivelul membrului infer. drept. Nici o modificare de culoare sau temperatură locală.

2/II/945. La vizită este găsit în stare de collaps: cianoză generalizată, frison puternic, puls imperceptibil. Se remontează prin strofantină intra-venos, sparteină, oleu camphorat şi adrenalină subcut. După ce îşi revine ne relatează că înspre dimineaţă a fost cuprins de dureri violente în ambele membre infer., cu predominenţă în cel drept.

Membrele infer., sunt reci şi livide. Sensibilitatea tactilă şi dureroasă în parte dispărută. Acuză dureri spontane în gambe. Se instituie tratamentul cu ser clorurat 20% intra-venos în doze crescânde începând cu 10 cm. c. Local: Comprese şi băi calde.

4/II/945. Coloraţia violacee a labei piciorului drept. Pulsaţiile pedioasei nu se percep.

8/II/945. Coloraţie neagră vânătă şi tumefacţia membrului inf. drept, în 1/3 super., a gambei. Acuză dureri violente care necesită injecţii calmante. In acelaşi timp furnicături şi amorţeli în membrul infer. stg. Starea generală alterată, adinamie, nu poate înghiţi alimentele varsă. Se fac clisme alimentare.

9/II/945. Transportat la serv., de chirurgie unde i se face amputaţia în 1/3 infer., a coapsei. Starea generală se menţine gravă. Pulsul accelerat aritmic, slab bătut.

12/II/945. Coloraţie lividă a membrului infer. stg., laba piciorului este rece. Se continuă tratamentul cu ser clorurat.

17/II/945. Dureri violente la nivelul gambei stg., pulsul pedioasei nu se percepe. Piciorul stg., tumefiat, rece de culoare violacee până la glesnă. Stare de slăbire extrem de accentuată. Tuşeşte şi expectorează extrem de abundent. Refuză alimente. Bătăile cordului asurzite. Puls 140 pe minut neregulat, inegal ca intensitate.

20/II/945. Bolnavul este inconştient. Tusea şi expectoraţia s'au accentuat. Pulmonar raluri sub crepitante şi respiraţie suflantă la baza dreaptă pe o suprf., de mărimea unei palme. Starea generală foarte gravă. Gangrena uscată a membrului infer. stg., s'a întins până la unirea 1/3 infer., cu cele 2/3 super., ale gambei.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

21/II/945 Exitus.

Discuţia cazurilor:

In primul caz este vorba de un soldat cu o formă mijlocie de tifos, la care gangrena se instalează insidios în a 3-a zi de convalescenţă, evoluează încet şi rămâne neinfluenţată de tratamentul conservator (ser clorurat hipertonic-hypocolin).

Refuzând amputaţia, la eşirea din spital bolnavul nostru în afară de aspectul impresionant al piciorului drept (tumefiat, de cul, neagră vânătă) şi de dureri locale, are starea generală relativ bună, pentruca după trecere de încă 2 săptămâni să revină în stare gravă şi după amputaţia gambei drepte să părăsească Spitalul în stare muribundă, refuzând amputaţia celuilalt membru.

Cazul al doilea, este tot un soldat cu o formă hypertoxică de tifos (disfagie, semnul limbei pozitiv, exantem hemoragic, fenomene nervoase accentuate, sindromul extremităţilor), la care convalescenţa se instalează foarte încet, persistând o stare de adinamie profundă. In aproximativ a 13 zi dela terminarea boalei, trombarterita se instalează în mod brusc şi dramatic, precedată de colaps cardio-vascular. Gangrena consecutivă cu tot tratamentul aplicat evoluează rapid, fiind nevoie de amputaţie în a 10 zi dela apariţie.

Aproape în acelaşi timp apar fenomene de arteriţă şi gangrenă şi la membrul opus, a cărei evoluţie nu o putem urmări, bolnavul decedând prin fenomene toxice şi de insuficienţă miocardică, la sfâr-

şitul letal contribuind şi procesul pulmonar reactivat, şi starea de emaciere prin denutriţie.

CONCLUZIUNI

In cazurile observate de noi, gangrena uscată prin tromboarteriită obliterantă apare ca o complicaţie rară a tifosului exantematic; la un număr de 655 cazuri de tifos a fost observată numai de 2 ori.

Este o complicaţie cu pronostic sombru, nu numai în cea ce priveşte membrul atins (tratamentele conservatoare au rămas fără efect), dar şi în ceea ce priveşte viaţa bolnavului.

Ea se deosebeşte net de sindromul extremităţilor atât clinic cât şi anatomo-patologic, orice confuzie fiind exclusă.

II.

UN CAZ DE CĂRBUNE LINGUAL

de

D-r MARGARETA MARCOV şi **D-r VICTOR COROIU**
Medic primar prov — Medic secundar

Bolnavul C. A. de 40 ani, de profesiune măcelar, domiciliat la Corabia, intră în serviciul de boli contagioase a Spitalului de Stat Caracal, în ziua de 1 August 1945, pentru: Tumefacţie deformantă a reg. latero-cervicale stg., febră, disfagie şi stare de rău generală.

Reconstituire Centrul Universitar Craiova

A. H. C. Fără importanţă.

A. P. — Neagă maladii infecto-contagioase. — Alcoolic moderat. Nu este tabagic. — Acum 10 ani a prezentat un şancru sifilitic pentru care a urmat un tratament incomplect.

Istoricul maladiei: Afecţiunea actuală datează de 5 zile, debutând prin junghiuri în urechea stg. şi dureri în reg. latero-cervicală care progresează rapid, însoţindu-se de jenă în deglutiţie, febră mare, stare de rău generală. insomnie şi agitaţie. In acelaşi timp se instalează un edem accentuat în regiunea toracică anterioară, bolnavul fiind cuprins de crize de sufocaţie intermitente.

A fost văzut de un medic care îi recomandă internare de urgenţă în serviciul nostru.

Starea prezentă: De talie înaltă, constituţie atletică, pletoric, ţesutul celular sub cutan. abundent desvoltat, ţesutul muscular bine desvoltat, sistemul osos normal. Aspectul bolnavului este impresionant prin deformaţia latero-cervicală stg., faciesul vultuos şi prin prezenţa unui edem moale, palid, nedureros, ce cuprinde regiunea submentonieră şi regiunea toracică anterioară. Febră 39°. Stare toxică. Acuză jenă în delutiţie şi senzaţie de sufocare ce survine intermitent. La palparea reg. latero-cervicale stg. se simte grupul de ganglioni măriţi, duri şi dureroşi.

Aparatul respirator: Polypnee. — In rest nimic deosebit.

Aparatul circulator: Cordul în limite normale, zgomotele cordului ritmice, acelerate; niciun zgomot supra adăogat afară de un ușor clangor al zgomotului al 2-lea aortic. Pulsul frecvent, 140 pe minut relativ bine bătut. T. A. $12^1/2/8$.

Aparatul digestiv: Apetitul diminuat, mucoasele bucale uniform congestionate, regiunea amigdaliană stg. congestionată, edemațiată, bombează în bucofarinx, obstruând aproape istmul. Nu se observă niciun depozit sau altă leziune pe amigdale. Limba saburală, prezintă în partea ei laterală stg., înspre bază, o ulcerație de mărimea unei monede de 2 lei, acoperită de exudat cenușiu murdar. Ulcerația nu este dureroasă și ridicând depozitul se vede o escară negricioasă.

Abdomenul meteoric, nedureros, scaune diareice frecvente, grețuri.

Splina percutabilă, ficatul în limite normale.

Aparat genito-urinar: Nimic de semnalat. — Albumină, glucoză, puroi, absent.

Sistemul nervos: Sensoriul intact, este agitat, insomnie.

In rezumat: Un bolnav cu o stare toxică accentuată (polypnee, tahicardie, agitație, diaree) prezentând o tumefacție latero-cervicală stg. accentuată, însoțită de roșeață locală și edem submentonier și toracic anterior, semi dur și palid, cu disfagie și sufocare intermitentă. La examenul obiectiv o ulcerație în partea laterală stg. a limbei cu fundul negru, acoperit de depozit cenușiu. Leucocitoza = 14.500.

La examenul microscopic al exudatului, se găsește floră cocică variată și baci'i Gram pozitivi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fața imposibilității noastre de a recurge la intradermo reacția Bălteanu-Toma, sau de a efectua alte examene de laborator: însămânțare pe medii de cultură, inoculare la cobai etc. din cauza lipsei unui laborator în localitate, ne mulțumim cu diagnosticul clinic provizoriu de cărbune cu poarta de intrare linguală, fiind îndemnați la aceasta și de profesiunea bolnavului (măcelar).

Excludem stomatita ulcero-membranoasă prin absența de ulcerații multiple, vârsta bolnavului, absența fetidității respirației și absența florei de asociație fuzo-spirilară în exudatul luat din ulcerație.

Excludem deasemenea difteria prin localizarea neobișnuită, lipsa de false membrane și absența bacilului Löffler, în frotiu.

Fixați asupra diagnosticului clinic de probabilitate (în lipsă de examene de laborator decisive) instituim tratamentul cu ser anti carbonos 100 c. c. zilnic, administrat în două reprize intravenos, pe care îl menținem și în zilele următoare. Concomitent administrăm cardio-tonice, vitamina C. și în a 5-a zi din cauza serului anti-carbonos insuficient disponibil, adăogăm neo-salvarsanul. Ca tratament local recomandăm badijonări cu neosalvarsan în soluție glicerinată a ulcerației, gargarisme desinfectante și comprese externe cu Burrov.

Incepând din a 3-a zi se remarcă o ameliorare vădită în starea bolnavului, febra scade, scaunele devin de consistență normală, deglutiția se face mai bine, edemul toracic se retrage, apetitul revine și dispare starea de neliniște.

In zilele următoare, continuând tratamentul de mai sus, asistăm

la o cedare impresionantă a tuturor fenomenelor morbide încât în ziua de 17 August 1945, bolnavul părăseşte Spitalul vindecat.

Leziunea lingvală este complect cicatrizată, persistând încă o uşoară tumefacţie şi induraţie a ganglionilor submaxilari şi latero-cervicali. In total bolnavul a primit 500 c. c. ser anti carbonoşi 1,80 gr. neo-salvarsan.

Am ţinut să aducem la cunoştinţă acest caz care deşi nu este verificat prin examene de laborator, a confirmat diagnosticul nostru clinic prin eficacitatea tratamentului.

Cazurile de cărbune intern sunt rare în literatura românească.

Ultimul caz a fost descris şi publicat de D-l Prof. Bălteanu şi D-r Evian în numărul 8-10 din Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest, în anul 1945. Autorii comunică un caz de cărbune intern cu poarta de intrare amigdaliană, obţinând vindecare prin seroterapie masivă.

Lucrări din Spit. de boli contagioase—Craiova
Medic primar: D-r E. Buttescu

I.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA HEMORAGIILOR INTESTINALE IN FEBRA TIFOIDĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-r MARINESCU AURELIA
Medic secundar

Hemoragia intestinală în cursul febrei tifoide este datorită ulceraţiei unei arteriole dela nivelul plăgilor limfoide unde se petrece procesul ulcerativ.

Obişnuit apare în perioada de stare între a 2-4 săptămână. Se poate totuşi, uneori să fie precoce — în prima săptămână — alteori tardivă, în convalescenţă.

Homolle, după statisticile lui Murchison, Griesinger, Liebermeister, găseşte ca date a apariţiei hemoragiei: 7 cazuri în primul septenar,

In sfârşit se mai poate manifesta şi în cursul unei reşute.

Frecvenţa enteroragiei tifice nu este prea mare. Homolle care a studiat în deaproape această chestiune dintr'un număr de 10-000 cazuri găseşte 4,65%. Mai des în formele grave cu diarei, meteorism. Rar la copii.

Se poate totuşi observa şi în formele uşoare-ambulatorii.

Apariţia hemoragiei de cele mai multe ori este neprevăzută.

Două simptome ne fac ca în cursul evoluţiei boalei să bănuim o hemoragie: disociaţia între puls şi temperatură în sens invers disociaţiei care există în mod obişnuit dela început încă în febra tifoidă, adică scăderea temperaturei, de cele mai multe ori fiind vorba de o scădere bruscă — şi frecvenţa pulsului cu tendinţă la creşterea pasageră a tensiunei cu dispariţia dicrotismului.

Semnele hemoragiei variază după cantitatea sângelui eliminat.

Când hemoragia e minimă se găsesc fie numai striuri de sânge în materiile fecale, fie materiile fecale colorate în roz sau roşu clar.

In aceste cazuri curba febrilă nu sufere modificări iar semnele generale lipsesc.

Alte ori hemoragia poate fi mai abundentă — 3-400 gr. sânge, eliminat fără materii fecale.

In sfârşit hemoragia poate fi abundentă putând să depăşească 1 litru de sânge.

In acest caz bolnavul prezintă semnele unei anemii intense acute.

Hemoragia intestinală poate fi unică, izolată sau se poate repeta în timpul mai multor zile.

Este considerată ca o complicaţie serioasă care poate preceda o perforaţie intestinală.

Trousseau şi Strumpell nu văd în hemoragie un pronostic sever, întru cât a observat adesea după hemoragie scăderea liţică a temperaturei şi vindecarea cazului.

Ambard, P. Barthelme şi P. Mendel. (La Presse Médicale 1938 Nr. 63 p. 1209) susţin că hemoragiile ar avea uneori influenţă favorabilă asupra evoluţiei bolii, instalându-se după ele repede convalescenţa. Ei preconizează de a se practica în scop terapeutic emisiuni sanguine la tifici combinată cu dieta hidrică.

Autorii au practicat o astfel de sângerare în cantitate de 350 gr. la o bolnavă de 24 ani supunând-o în acelaş timp unei diete hidrice 3 zile; observă că după 3 zile devine afebrilă şi intră în convalescenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca tratament imobilizarea absolută în poziţie Trendelemburg.

Pungă cu ghiaţă pe abdomen. Regim hidric sever, în prima zi bucăţi de ghiaţă, ceai 100-200 gr.

Dacă hemoragia a cedat, după 24 ore se dă o cantitate minimă de lapte care se va mări treptat, orientându-ne după numărul şi aspectul scaunelor.

Diminuarea peristaltismului cu tintura opiu.

Medicamente Hemostatice: Calciu, Clauden, Manetol, Ser Hipertonic 10%, 20 cc. de 2-3 ori pe zi intravenoasă.

Cardiotonice chiar dela început pentru combaterea stărilor de colaps.

Hidratarea bolnavului cu ser Fiziologic, ser glucozat, transfuzii.

In articolul de faţă voiu face câteva consideraţiuni asupra acestor hemoragii în legătură cu cazurile avute în spitalul Contagioşi din Craiova în cursul anului 1945/1946.

In acest timp au fost internaţi şi trataţi un număr de 104 bolnavi dintre care 22 morţi deci un procent de 21,1%.

Dintre acestea 104 cazuri s'au înregistrat 9 hemoragii intestinale deci un procent de 8,48%.

Redau pe scurt câteva foi de observaţii:

Obs. I. Bolnavul Şt. M. de 14 ani din comuna Segarcea, Jud. Dolj, este trimis la spital în ziua de 30 Iunie 1945, cu febră, cefalee, dureri abdominale.

Antecedente personale. Fără importanţă.

Istoric. Boala a debutat de 14 zile, insidios cu stare de oboseală, dureri

de cap, indispoziţie, scăderea apetitului, uşoară febră, dureri abdominale şi musculare.

Starea prezentă. Starea generală foarte gravă, complect deshidratat, inconştient, agitat, febril. Ap. Digestiv. Buzele arse, limba prăjită cu abundente fuliginozităţi, apetitul dispărut. Abdomenul nedureros, garguimente diseminate. Splina Gr. II, moale. Ficatul palpabil şi sensibil la presiune. Scaune diareice cu sânge în cantitate redusă, 5—6 în 24 ore. Ap. Cardio-Vascular. Cord embriocardic, pulsul filiform. Ap. Pulmonar. Raluri de congestie la baza dreaptă. Sistem Nervos. Agitaţii, delir, insomnii, tremurături, carfologii. Pareză vezicală — evacuarea urinei se face numai prin sondaj.

In acest caz este vorba de un copil de 14 ani cu o formă gravă de febră tifoidă complicată cu congestie pulmonară la care apare hemoragia intestinală repetată, în perioada de stare. Sucombă a 4-a zi dela internare.

Obs. II. Bolnava Viorica T. de 15 ani din Craiova, Str. Brazda lui Novac Nr. 1, ucenică la croitorie, e trimisă la spital în ziua de 25 Iulie 1945, cu febră tifoidă confirmată prin laborator.

Antecedente personale: Rugeolă.

Istoric. Bolnavă de 10 zile, boala a debutat lent, la început cu stare de indispoziţie, inapetenţă, apoi uşoară febră, vărsături, scaune diareice.

Starea prezentă. Stare tifică. Se observă câteva pete lenticulare pe torace şi abdomen. Ap. Digestiv. Limba arsă, inapetenţă, scaune diareice 4—5 în 24 ore. Abdomenul uşor balonat. Ficatul în limite normale. Splina palpabilă, dureroasă la presiune. Garguimente în fosa iliacă dreaptă. Ap. Cardio-Vasculor. Tachicardie (120 pulsaţiii pe minut). Sgomotile cardiace normale, puls dicrot. Ap. Pulmonar. Raluri bronchice generalizate. Ap. Renal. Normal.

In ziua de 3 August, febra cu tendinţe la scădere bruscă — de unde în zilele precedente platoul se menţinea între 39°—40° acum scade la 37,5. Starea generală gravă, puls fregvent, enteroragii — cantitatea de sânge eliminată de circa 600 gr. culoare negricioasă. Sucombă în aceaş zi.

Analize de Laborator: 25/8. Hemocultura pozitivă pentru b. tific, R. Widal pozitivă pentru tific 1:200 negativ pentru para A. şi B. R. Weil Felix —.

Hemoragia survine în acest caz în al treilea septenar, la o fată de 15 ani cu o formă tipică de febră tifoidă, într'o cantitate destul de mare 600 gr. eliminate o singură dată.

Obs. III. Bolnavul Gheorghe N. de 21 ani deţinut, este trimis dela Arestul Central din Craiova în ziua de 10 August 1945, ca suspect de febră tifoidă.

Antecedente personale fără importanţă.

Istoric. Boala a debutat de 3 zile cu febră, cefalee, frisoane, dureri articulare, ameţeli, greţuri, dureri abdominale diaree.

Starea prezentă. Stare tifică, ataxo-adinamică, prostraţie, delir, tremurături ale mâinilor, carfologii, escare sacrate şi sacro-coccigiene. Ap. Digestiv. Buzele uscate, limba prăjită, abundente fuliginozităţi pe limbă şi gingii, ulceraţii ale limbi, inapetent. Abdomenul balonat cu garguimente în fosa iliacă dreaptă. Ficatul mărit, întrece cu 2 laturi de degete falsele coaste, sensibil la presiune. Splina mare, dureroasă. Ap. Cardio-Vascular. Sgomotile cardiace îndepărtate. Pulsul dicrot, tachicardic. Ap. Pulmonar. Raluri ronflante şi sibilante diseminate. Raluri de congestie la baza dreaptă.

In ziua de 16 August, prezintă hemoragie intestinală puţin abundentă, (1 scaun cu circa 100 gr. sânge), părăseşte spitalul în ziua de 20 Septembrie vindecat.

Reacţie de Laborator: 14/8 R. Widal 1:200.

In acest caz e vorba de hemoragie intestinală în mică cantitate survenită la un bolnav de 24 ani, cu o formă gravă de febră tifoidă.

Obs. IV. Bolnava Elisabeta Fl. de 21 ani muncitoare, domiciliată în Craiova, Str. Brazda lui Novac, intră în spital în ziua de 20 Sept. 1945, cu stare febrilă Epiistaxis.

Istoric. Boala a debutat de 10 zile insidios cu Cefalee, constipaţie, febră, epistaxis.

Starea prezentă. De constituţie robustă, starea generală mulţumitoare. Acuitatea auditivă scăzută. Febrilă. Prezintă la intrare Cefalee, insomnie, uşoară stare de agitaţie, euforie, epistaxis. Pe corp se constată câteva pete lenticulare pe flancuri şi abdomen. Ap. Digestiv. Limba încărcată, apetitul scăzut, constipată. Abdomenul puţin balonat. Ficatul mărit şi dureros. Splina gr. I, moale. Ap. Pulmonar. Raluri de bronchită.

In ziua de 27 August, prezintă o enteroragie foarte abondentă (circa 1000 gr. sânge) puls mic filiform, transpiraţii profuze, dispnee, Sucombă cu fenomene de anemie acută.

In preziua hemoragiei febra scade brusc dela 40° la 38° pentru ca seara înaintea hemoragiei cu câteva ore să se ridice din nou la 40°.

In acest caz e vorba de o bolnavă de 21 ani, cu o formă tipică de febră tifoidă în care hemoragie survine în cantitate enormă o singură dată a 17 zi de boală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. V. Bolnava Ecaterina P. de 21 ani, femee de serviciu la Spitalul Filantropia, se prezintă în serviciul nostru în ziua de 25 Sept. cu febră şi hemoragie intestinală.

Antecedente: fără importanţă.

Istoric. Boala a debutat lent, cu scaune diareice, cefalee, indispoziţie, febră, nelinişte. Şi-a căutat totuş de ocupaţiile sale timp de o săptămână după care simţindu-se foarte slăbită, merge la domiciliul său din comuna Obedin, unde stă 2 săptămâni.

Starea prezentă. La intrarea în spital bolnava se prezintă într'o stare foarte gravă, ataxe adinamică, deshidratată, tegumentele foarte calde. Ap. Digestiv. Limba arsă cu abundente fulginozităţii, refuză alimentaţia. Abdomenul escavat, dureros la presiune. Ficatul şi splina mărite, sensibile la palpare. In ziua internării prezintă un scaun cu o mică cantitate de sânge. Ap. Cardio-Vascular. Sgomotele cardiace îndepărtate, pulsul dicrot, depresibil. Ap. Pulmonar. Nimic patologic.

In ziua de 1 Oct. prezintă hemoragie intestinală minimă, urmează o perioadă de acalmie de 3 zile, apoi în ziua de 5 Oct. elimină circa 700 gr. sânge, culoare gudronată, după care sucombă la câteva ore.

E vorba de o formă gravă de febră tifoidă la o bolnavă de 21 ani la care survine hemoragie abundentă în al 3-lea septenar.

Din observaţiile făcute asupra cazurilor de hemoargie intestinale din cursul anului 1945, reese următoarele:

Repartizare după vârste se prezintă astfel: Intre 15-20 ani,

3 cazuri; — Intre 20-25 ani, 3 cazuri; — Intre 25-30 ani 2 cazuri şi peste 30 ani un caz.

Din datele de mai sus rezultă că această complicaţie predomină între 15-25 ani.

După sex, repartizare este 7 femei şi 2 bărbaţi.

In raport cu faza bolii: In a 2-a săptămână, 4 cazuri; — In a 3-a săptămână 2 cazuri; — In convalescenţă 3 cazuri.

Rezultă că excepţional poate surveni în prima săptămână de boală, frecventă în al doile septenar, unori şi în convalescenţă.

Ca forme clinice au fost: 5 cazuri forme grave, dintre care la 3 s'au suprapus complicaţii pulmonare; — 3 forme tipice şi 1 caz formă prelungită.

Reese din aceste date predominanţa hemoragiilor intestinale în formele grave de febră tifoidă.

In ceia ce priveşte numărul şi cantitatea hemoragiilor se remarcă: In 6 cazuri hemoragii mici şi repetate, iar în 3 cazuri hemoragii abundente (500-1000 gr).

Semnele clinice înregistrate sunt cele clasice, adică în cazurile cu hemoragii mici niciun simptom clinic deosebit în afara de enteroragie. In hemoragiile mari se remarcă paloare extremă, dispnee, tachicardie, temperatura uneori cu tendinţă la scădere, pentru a se ridica apoi din nou, alte ori nicio modificare a temperaturei. Sângele eliminat în cantitate mare sub formă de sânge rutilant amestecat cu cheaguri mari inundă bolnavul.

In observaţiile noastre sunt două astfel de cazuri cu sfârşit letal la câteva ore după hemoragie.

Biblioteca Central University Library Cluj

Dintre cele 9 cazuri de hemoragie 6 au sucombat, însă nu în toate aceste cazuri cauza morţii a fost hemoragia, ci în majoritate a fost gravitatea bolii, infecţia eberthiană masivă, la care s'au adăugat complicaţii pulmonare. Numai în 2 cazuri cauza morţei a fost hemoragia masivă.

In ceace priveşte părere unor autori care susţin că hemoragiile ar influenţa uneori favorabil evoluţia bolii, nu corespunde observaţiilor noastre, întrucât în majoritatea cazurilor enteroragiile apărute au precedat moartea.

II.

O COMPLICAŢIE RARĂ A FEBREI TIFOIDE

LARINGOTIFOSUL

de

D-r A. MARINESCU şi **D-r P. FIRESCU**

Medic sec. Spit. boli contagioase — Medic sec. O. R. L.

Complicaţiile în febra tifoidă sunt nenumărate, interesând toate aparatele şi ţesuturile, ele aparţin tuturor perioadelor, manifestându-se în special în jumătatea a doua a perioadei de stare şi începutul con-

valescenţei. Cităm în linii generale complicaţii din partea aparatului digestiv, cardio-vascular, nervos, genito-urinar, glandelor endocrine şi în fine din partea aparatului respirator, asupra căruia ne vom opri mai mult insistând asupra unei localizări destul de laringe şi anume: **Laringotifosul.**

Complicaţiile Laringiene ale febrei tifoide au fost studiate de mult timp, Bayle citând în 1808 două cazuri de infecţie posttifică însoţite de stenoză laringieană. Bouillaud, Cruveillier, Louis, semnalează câteva exemple câţiva ani mai târziu, iar după introducerea laringoscopiei în practica medicală apar importante monografii datorite cercetărilor lui Kock de Louxembourg, Blaising (1880) Tissier şi Kena în 1938.

In spitalul de Boale Contagioase Craiova, în decurs de 20 ani, dintr'un număr de 570 cazuri de febră tifoidă cu diferite complicaţii, au fost numai 2 cazuri de laringotifos, unul în anul 1927 tracheotomizat şi vindecat şi al doilea în anul 1941 tracheotomizat, care însă a sucombat după tracheotomie.

Laringitele tifice pot îmbrăca în general patru forme: Catarală, pseudomembranoasă, miopatică şi ulceroedematoasă cunoscută sub denumirea de laringotifos.

Afinitatea pe care o are bacilul tific pentru ţesutul limfoid ar explica localizarea infecţiunei tifice pe mucoasa laringieană, bogată în foliculi limfatici.

Azi însă, când vorbim de laringotifos ne referim la forma ulcero-membranoasă, cu semne anatomo-clinice evidente, cu toate că nici formele celelalte nu sunt lipsite de fenomene morbide, care însă trec neobservate din cauza fenomenelor subiective atenuate.

Pe când forma catarală este o laringiţă pur congestivă cu evoluţie benignă bolnavii prezentând doar o uşoară turburare disfonică, laringotifosul este o laringită foarte gravă a febrei tifoide care apare deobicei spre finele celui de al doilea septenar sau chiar în convalescenţă, apariţie care poate fi foarte rapidă, aproape brutală şi sufocantă în unele cazuri, cu infiltraţie enormă a laringelui, dispnee şi accese de sufocaţie, obligând la traheotomia de urgenţă; alteori însă, apariţia fenomenelor funcţionale (Disfonie, disfagie) se face lent şi progresiv.

In ce priveşte turburările funcţionale descrierea lor nu este prea uşoară, simptomele depinzând de sediul leziunei, de formă şi durată precum şi de intensitatea acesteia. Aşa spre exemplu: vocea poate să prezinte alteraţiuni care variează dela simpla răguşeală până la absenţa totală.; tusa urmează caracterele vocii iar expectoraţia variează după întinderea şi profunzimea manifestaţiunilor morbide: uneori lipseşte complect în formele edematoase, alteori este mucoasă, puriformă, cu striaţiuni sanguine, conţinând chiar resturi de cartilagiu, sau mucoasă sfacelată, iar în forma ulceroasă secreţiunea este adesea fetidă.

Formele lente duc la formaţiune de abcese ulceroase cu infiltraţie mai mult sau mei puţin considerabilă, apoi se instalează o stenoză respiratorie constantă, cu tiraj, cornaj şi alte semne care arată că aerul trece printr'un laringe stenozat.

Laringoscopia ne arată hiperemia mucoasei cu edem variabil, ulcerațiuni superficiale și neregulate acoperite sau nu cu exudat pseudomembranos. Ulcerațiunile prin evoluția lor pătrund în profunzime în țesutul submucos provocând leziuni de pericondrită, destrucțiuni cartilaginoase, distrugeri ale laringelui sau abcese ulceroase laringiene.

Bolnavii expectorează o spută purulentă, fetidă și în mare cantitate.

Forma pseudo-membranoasă nu are simptome caracteristice, iar dacă nu prezintă infiltrație sau paralizia laringelui ritmul respirator se face normal.

Menționăm și forma miopatică foarte bine studiată de Boulay și Mendel care este o complicație relativ rară și al cărei diagnostic nu întâmplă dificultăți, manifestându-se prin paralizia mușchilor dilatatori ai glotei.

Pronosticul laringotifosului este în general grav, sfârșitul fiind în 90% din cazuri în prima sau a doua săptămână, prin asxixie, fie lent, fie brusc prin edemul glotei; în forma catarală este benign iar în ce privește manifestațiunile ulceroase sau chiar ulcero-membrenoase superficiale, este rezervat.

In cazul ulcerațiilor profunde disfructive pericondrice, prognosticul devine sombru; când laringotifosul se vindecă ulcerațiile produc leziuni cicatriciale de stenoză laringieană definitivă care impune laringostomia și dilatațiuni cauciucate consecutive pentru suprimarea canulei.

Tratamentul în formele grave complicate nu este altul decât practicarea tracheotomiei de urgență, în rest terapeutica laringotifosului este pur simptomatică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a ilustra cele de mai sus redăm pe scurt observațiile a două cazuri clinice internate în spitalul de Boale Contagioase din Craiova.

OBS. I. Bolnavul M. G. în vârste de 16 ani din Craiova, intră în spital în ziua de 24 Septembrie 1927 suspect de febră tifoidă.

Ant. Heredo-colaterale. Fără inegrantă.

Ant. personale. A suferit în anul 1926 de adenită cervicală bilaterală bacilară tratată prin injecții sclerozante Callot; neagă alte maladii.

Istoric. Boala actuală a debutat de o săptămână prin cefalee, oboseală, inapetență. De 4 zile fenomenele s'au accentuat, temperatură ridicată, delir, agitație, epistaxis.

Starea prezentă. La intrarea în spital bolnavul este agitat, febril delirează. Pe fața anterioară a toracelui și abdomenului se observă câteva pete lenticulare.

Ap. digestiv. Buzele uscate sângerânde, limba arsă, abundente fuliginozități pe limbă și gingii. Abdomenul balonat, gargui mente în fosa iliacă dreaptă, splina percutabilă.

Ap. Pulmonar. Raluri de bronchită.

Ap. Cardiovascular. Sgomotele cardiace normale, pulsul 100 pe minut.

La 26 Septembrie se remarcă ușoare redoare a cefei care se accentuiază a doua zi, febra ridicată. Stare de agitație. Se face o puncție lombară; lichidul cefalo-rachidian e clar, sub ușoară tensiune.

Ex. lichidului: Rare limfocite 1—2 pe mmc. Albumină 0,20‰, Pandy negativ, steril. R. Widal 1 : 800.

La 28 Septembrie starea bolnavului mult ameliorată, redoarea cefei a cedat, delirul şi agitaţia deasemenea.

Starea bolnavului se menţine bună până în ziua de 7 Octombrie, temperatura oscilând între 37—38.

In ziua de 8 Oct. bolnavul prezintă uşoare turburări laringiene: răguşeală, uşoară disfagie, tuse. Se prescrie inhalaţii şi prişniţe calde în jurul gâtului.

La 9 Octombrie fenomenele laringee mai accentuate, disfonie, dispnee, durerea laringelui la presiune, tuşă quintuasă.

La 10 Oct. disfonie accentuată, vocea aproape stinsă, tusă rebelă cu un timbru aspru crupal, disfagie pronunţată, durere atroce la nivelul laringelui, dispnee inspiratorie. Bolnavul este deprimat, face inspiraţii profunde, faţa palidă, buzele cianoţice, globii oculari exoftalmici, corneea injectată, bătăile aripilor nasului, sudori reci.

Laringoscopia ne arată epiglota mult edemaţiată, făcând imposibilă intubaţia. In timpul manevrelor de intubaţie cianoza s'a accentuat, dispneea e înlocuită de o lungă perioadă de apnee, bolnavul îşi pierde cunoştinţa.

In această stare, fără anestezie, se efectuează tracheotomia. Bolnavul elimină printr'o expiraţie violentă mucozităţi, puroi şi sânge. Se aplică ocanulă mijlocie, respiraţia se instalează treptat, cunoştinţa revine. Tegumentele încep să-şi recapete coloraţia normală, bolnavul este foarte obosit. I se administrează o poţiune hemostatică cu clorură de calciu şi ergotină, tonice cardiace.

La 11 Oct. bolnavul se simte încă obosit, respiraţia se face prin canula care se schimbă zilnic, plaga curată, alimentaţia se poate face, disfagia a cedat.

In zilele următoare starea bolnavului s'a ameliorat simţitor, temperatura menţinându-se în jurul lui 37.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

In ziua de 15 Oct. se scoate canula, pansându-se plaga care se vindecă complect după 7 zile.

Părăseşte serviciul vindecat în ziua de 30 Octombrie.

OBS. II. Bolnavul Alexandru A. în vârste de 18 ani muncitor domiciliat în Craiova, intră în Spitalul de Boale Contagioase la 28 Iulie 1941, cu febră tifoidă confirmată prin laborator.

Ant. h., pers. şi colat. fără importanţă.

Istoric. Din ziua de 8 Iulie, până în ziua de 20 Iulie a fost internat Spitalul Filantropia, Secţia Venerică, având Şancrul moale.

In acest interval de timp a prezentat cefalee, dureri în membre, febră indispoziţie, simptome care au fost puse pe seama maladiei de care suferea.

In ziua de 20 Iulie e transferat la Secţia Boale interne, unde făcându-se reacţia Widal este pozitivă 1 . 400.

Starea prezentă. Febril, starea generală uşor alterată, adinamie. Acuză mialgii generalizate, pronunţate, deasemeni dureri în membre, cefalee, oboseală.

Ap. Digestiv. Limba arsă, abdomenul balonat, meteorism, constipaţie. Splina palpabilă, dureroasă, moale. Ficatul hipertrofiat întrece falsele coaste cu un lat de deget, sensibil la presiune în special în punctul cistic.

Ap. Cardio-vascular. Sgomotele cardiace asurzite; pulsul 108, dicrot.

Ap. Pulmonar nimic deosebit.

In ziua de 18 August, prezintă uşoare fenomene de disfagie şi durerea laringelui la presiune.

In ziua de 20 August, disfagie accentuată, dureri mai pronunţate la ni-

velul laringelui, tusă quintoasă. Disfonie accentuată dând senzaţia de corp străin ce astupă gâtul. Nu poate primi nici lichideele.

In ziua de 22 August, turburări respiratori pronunţate, respiraţie sgomotoasă, dispnee inspiratorie, tiraj suprasternal, cianoză, sudori reci, facies anxios.

Se pune diagnosticul de **laringotifos** şi este evacuat de urgenţă la Spitalul Filantropia Secţia O. R. L. unde se face traecheotomia.

Sucombă după tracheotomie.

CONCLUZIUNI:

1⁰. Apariţia cazurilor de laringotifos este excepţional de rară şi de o gravitate extremă.

2⁰. In cele 2 cazuri studiate de noi, în decurs de 20 ani, este vorba în primul caz de o formă gravă de febră tifoidă complicată cu fenomene meningeale, iar în cazul al doilea de o formă prelungită. La amândoi laringotifosul a apărut în perioada de convalescenţă.

3⁰. Singurul tratament indicat rămâne tracheotomia.

4⁰. Unul dintre cazurile noastre cu toată tracheotomia sucombă, celălalt se vindecă fără sequele şi este reexaminat în repetate rânduri.

Spitalul de copii din Timişoara

DOUĂ CAZURI DE FEBRĂ RECURENTĂ IN PRIMA COPILĂRIE [1]

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-r L. MIRCEA, D-r Al. SCURTU şi Dr. I. ROŞIANU

Dat fiindcă în literatura medicală, ce ne-a stat la dispoziţie, nu am găsit cazurile publicate de Mongel în Indochina (citat din tratatul Nobécourt) de febră recurentă la sugar, majoritatea cazurilor descrise aparţinând copilăriei a doua şi a treia, ni s'a părut că ar fi de interes să publicăm sumar două cazuri observate de noi la Spitalul de copii din Timişoara, pentru a evidenţia necesitatea examenului hematologic în toate cazurile de boli febrile la copii cu etiologia neclară.

Obs. I. Copilul L. A. în vârstă de 2 ani este internat la data de 7/VII/1945 cu o stare de prostraţie, faţa congestionată, ochii injectaţi, febră 38⁰, scaune diareice, limbă prăjită şi amigdalele hiperemice.

Din partea tegumentelor, a ţesuturilor moi şi a aparatului respirator nici un simptom clinic.

La radioscopia pulmonară însă se constată reacţie perihilară dreaptă; cutireacţia Pirquet negativă; examenul urinei negativ.

Pulsul frecvent.

Copilul este inapetent, are scaune frecvente, subţiri.

Splina depăşeşte rebordul costal cu 3 laturi de degete; ficatul în limite normale.

---

1) Comunicare făcută în şedinţa Societăţii Ştiinţelor Medicale din Timişoara, în 1 Iunie 1946.

Se institue un tratament bazat pe regim alimentar fără lapte şi fără grăsimi, iar medicamentos sulfamide.

A doua zi febra se urcă la 39°, 2; starea generală staţionară.

Se face examen hematologic, având drept rezultat neutrofilie, deviere pronunţată la stânga şi prezenţa spirililor febrei recurente pe frotiu.

Se suprimă tratamentul de până aci şi se administrează imediat 0,075 gr. Neosalvarsan intramuscular.

In 9/VIII/1945 febra scade la 37°, starea de prostraţie a dispărut, starea generală e bună, faţa nu mai este congestionată, ochii nu mai sunt injectaţi. Splina se menţine încă mărită.

In 10/VIII se administrează din nou 0,10 gr. Neosalvarsan.

In 11/VIII splina se reduce considerabil şi examenul pe lamă este negativ.

După 4 zile de afebrilitate copilul iese din Spital complect vindecat.

Obs. II. Copilul L. L. în vârstă de 1 an este internat în Spital în 2/III/1946, fără antecedente ereditare patologice şi cu antecedente personale normale. Este alimentat mixt.

Boala a debutat cu 12 zile mai în urmă, cu fenomene dispeptice (inapetenţă şi diaree). A 2-a zi dela debutul boalei febra se ridică şi se menţine timp de 2 zile, copilul prezentând vărsături şi somnolenţă.

După o zi de apirexie febra se urcă din nou la 39° şi se menţine ridicată până la data internării, făcută pentru a confirma suspiciunea unei meningite.

La examenul clinic se constată hiperemia mucoasei faringiene, inapetenţă, vărsături rare, splina mărită depăşind rebordul costal cu 2 degete, somnolenţă şi iritaţie meningeală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Restul examenului clinic negativ, la fel şi radioscopia pulmonară, cutireacţia Pirquet şi examenul urinei dau rezultate negative.

Puncţia lombară executată în ziua internării ne dă un lichid cefalo-rachidian clar, fără albumină şi cu un număr de 90 celule pe mmc.

In 3/III. temperatura oscilează între 39°, 2—39°, 6, copilul este somnolent, varsă, însă continuă să sugă bine.

In 4/III. se repetă puncţia lombară cu rezultatul anterior.

In 5/III. se face examen hematologic care arată uşoară leucocitoză, neutrofilie şi numeroase spirochete Obermeier pe lamă.

In 6/III. febra scade la 36°, cu toate acestea se institue tratament cu Neosalvarsan 0,05 gr. intravenos şi intramuscular. In aceeaş zi este licenţiat din Spital şi controlat la consultaţii. Splina cedează, iar la două controluri hematologice făcute la interval de câte o săptămână, nu se mai constată prezenţa spirochetei.

Având în vedere condiţiile igienice bune din oraşul şi regiunea Timişorii, decenii de-a-rândul nu s'au semnalat cazuri identice în această regiune.

In ultimii ani însă stările de războiu, dar mai ales faptul că Timişoara a devenit teatru de răsboiu, am putut depista la acest serviciu 7 cazuri de febră recurentă la copii, dintre cari:

2 dela 0—2 ani
1 dela 2—7 ani
4 dela 7—15 ani

Şase copii au suportat foarte bine şi au reacţionat prompt la tratamentul cu Neosalvarsan; al şaptelea în vârstă de 5 ani a prezentat intoleranţă faţă de Arsen.

BIBLIOGRAFIE

Th. Brugsch: Lehrbuch der inneren Medizin. — J. Grancher et J. Comby: Traité des maladies des enfants Tome I. — Haţieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală vol. III. — Mathes-Curschmann: Differenţial — diagnose inneren Krankheiten. — P. Nobécourt et L. Babonneix: Traité de médecine des enfants, Tome II.

Clinica Dermato-Sifiligrafică din Iaşi
Director: Prof. D-r Gh. Năstase

ERITEM INELAR CENTRIFUG

de

D-r M. MUNTEANU şi **D-r GH. SPERANŢA**
Asistenţi

Autorii prezintă un caz rar de eritem inelar centrifug, care se deosebeşte de tipul clasic descris de Darier, prin lipsa bureletului „în coardă", iar de tipul Gougerot-Teodorescu, prin lipsa squamelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eritemul inelar centrifug se întâlneşte rar. A fost descris pentru prima oară în 1916 de către Darier [1]) „ca o erupţie acută prin evoluţie, dar care totuşi persistă timp de luni de zile, deoarece se nasc neîncetat elemente noi. Se formează mai întâiu o pată ortiată, care foarte repede se transformă în inel proeminent şi dur la palpare ca o coardă.

Progresia excentrică de mai mulţi milimetri pe zi şi fragmentarea inelelor dă loc la arcade sau festoane cu aria uşor pigmentată".

Mai înainte, în 1913, Lipschutz [2]) descrie „Erithema chronicum migrans" pe care Darier îl anexează eritemului inelar.

In realitate eritemul lui Lipschutz este un sindrom aparte. Bruhms [3]), Mibelli [4]), Solente [5]) îl deosebesc de eritemul inelar prin:

1. Mersul clinic: Eritemul este de obiceiu solitar. Acelaş element persistă luni de zile şi se dezvoltă extraordinar, sub forma unui inel îngust (5-20 mm), roz clar şi puţin ridicat.

2. Etiologia sa:, pare a fi de cauză infecţioasă şi transmis de un parazit (ixod).

După Darier apar în literatură, notate în ordine cronologică, cazurile descrise de: De Bella [6]), Liebner [7]) şi Fenyö (2 cazuri), Weill şi Watrin [8]), Burnier şi Mercier [9]), Jeanselme şi Burnier [10]) Cervera [11]); Worobjew şi Wjanski [12]). Christine [13]) referindu-se la etiologia eritemului inelar îl pune în legătură cu modificările atmosferice.

Ulterior în 1931 şi 1932 apar publicate de Busmann şi Woodbume[14]), Roxburg[15]), Hollander[16]), Wise[17]), Combes[23]), Kumashire şi Motohiko[18]), Erignehi şi imakita[24]), Butler[19]), Murero[25]) iar în 1933 Dohi[26]).

Gougerot, Merklen şi Durel[20]), Chtamova[21]). Edelmann atrag atenţia asupra formei squamoase a eritemului inelar centrifug, iar Prof. Teodorescu[22]) prezintă 3 observaţiuni în 1931 din care 2 îmbracă această formă.

Iată acum şi observaţia noastră:

Bolnava D. J., elevă, în etate de 17 ani, se prezintă la consultaţie la clinica Dermatologică din Iaşi, în ziua de 6 Aprilie 1946, pentru un număr de leziuni eritematoase situate pe membre.

Antecedente heredo-colaterale, nimic important.

Antecedente personale: Scarlatină la 9 ani, rugeolă la 11 ani. Menstruaţia este regulată şi normală.

Istoric: Cu câteva zile înainte de a ne consulta observă din întâmplare nişte plăci eritematoase situate pe faţa anterioară a trimei infer. a antebraţelor şi pe palme, care au început apoi să devină mai palide către centru, lăsând numai un **contur periferic,** pe unelocuri perfect inelar, prin alte locuri inel incomplect, cu **o evoluţie excentrică** bine apreciată.

Observându-se mai atent, constată plăci mai mari, asemănătoare, situate pe coapse şi pe faţa posterioară a gambelor.

In tot acest timp, temperatura luată de medicul şcoalei nu a trecut de 37°, atât dimineaţa cât şi seara. Nu a simţit în tot acest timp nicio turburare de ordin subiectiv. Numai în momentul apariţiei leziunilor avea o uşoară durere de cap.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea prezentă. Examen general: Starea generală bună, afebrilă; nu acuză nici o tulburare de ordin subiectiv, nici prurit

Examenul tuturor aparatelor este găsit normal.

Descrierea leziunilor: Pe treimea inferioară a feţei interne a coapselor şi pe faţa posterioară a jumătăţei superioare a gambelor, se văd nişte **placarde,** unele numulare, altele atingând un diametru de 10—15 cm., îmbrăcând **diferite forme:** de **inel, cercuri** incomplect închise, **semicercuri, în C,** înconjurate de un **contur bine limitat,** ridicat foarte puţin peste nivelul pielei, **deabia simţit la palpare,** lat de 3—5 mm., de culoare roşie sau roşie închisă, care dispare complect la presiune.

Aria cercurilor este mai **palidă,** uneori **uşor pigmentată** sau chiar cu aspectul şi culoarea **pielei normale.**

Câteva cercuri complect închise cu diametrul de 1—3—6 cm., —altele incomplecte, sub forma de arcade, ocupă faţa de flexiune a treimei inferioare a antebraţelor şi palmele.

Pe plante, bilateral, se văd mai multe arcade, cu un contur tot regulat dar mai proeminent decât acele descrise pe coapse şi gambe, ca şi cum ar fi trase cu compasul, care provoacă o uşoară durere în timpul mersului sau la presiunea manuală.

Toate aceste leziuni sunt **nedesquamative.**

In nici o altă parte a corpului nu se constată leziuni analoage.

Bolnava a fost revăzută la 3 zile şi mai apoi la o săptămână. Elementele **persistau,** dar **schimbate ca formă** şi **deplasate** dela locurile pe care le ocupau anterior.

Laborator:

Sânge: 1) Reacţiile B-Wassermann, Meinicke şi Citochol au fost negative. 2) Formula leucocitară arată: Polinucleare neutrofile 52%, Eosinofile 2,5%, Bazofile 0,5%, Limfocite 41%, Mononucleare 4%.

Urina: normală.

Materii fecale: absenţa oulelor de parazit.

Două motive ne-au determinat să redăm observaţia noastră:

Unul de **ordin statistic,** Eritemul inelar centrifug se întâlneşte foarte rar, după cum ne-am putut convinge trecând în revistă literatura de la descrierea lui Darier şi până în prezent.

Al doilea motiv este de **ordin clinic.** Din simptomatologia cazului nostru rezultă că este un eritem inelar centrifug pe care l'am putea numi „atipic", deosebindu-se de tipul clasic, descris de Darier, prin lipsa buretelului proeminent în coardă, care la cazul nostru este înlocuit prin un contur cu aceeaşi caractere, dar abia perceptibil la palpare.

Restul simptomatologiei lui, conturul inelar, în arcade, etc., cu evoluţie clinică acută, vizibil centrifugă şi cu aria din interoriul inelelor formată din piele normală sau uşor pigmentată, fără prurit, ne îndreptăţeşte a-l clasifica drept un eritem inelar centrifug.

Lipsa squamelor îl deosebeşte de tipul descris de Gougerot sub numele de **eritem inelar centrifug squamos,** formă după cum am menţionat, notată şi D-l Prof. Teodorescu.

Se deosebeşte deasemeni de **eritemul cronic migrans al lui Afzelius-Lipschutz,** deoarece nu este uni-elementar, solitar, elementele au o evoluţie acută, iar în etiologie nu s'a putut constata vre'o înţepătură de ixod, ca punct de plecare al eritemului.

Nu poate fi vorba de un **eritem toxic,** deoarece lipseşte complect pruritul şi nu s'a constatat care ar fi toxicul care ar putea fi încriminat.

Eritemele serice, urticaria circinată, eritemul polimorf (formele inelare circinate) au mers clinic deosebit, sediu electiv şi sunt însoţite şi de alte simptome.

Sifilisul poate fi pus în discuţie: sifilidele papuloase circinate, dar mai ales eritemul terţiar al lui Fournier. Reacţia Bordet-Wassermann negativă în sânge, precum şi lipsa oricărui semn clinic în sifilis hereditar sau câştigat, fixează diagnosticul.

Dermatita herpetiformă Dühring-Brocq este însoţită de fenomene dureroase, elementele sunt generalizate şi polimorfe, iar în sânge găsim eosinofilie.

Absenţa oulelor de paraziţi în materii fecale precum şi lipsa eosinofiliei îndepărtează **natura parazitară a eritemului.**

BIBLIOGRAFIE

1) J. Darier: Précis de Dermatologie. — 2) B. Lipschutz: Ueber seine seltene Erythemform. Utzungsberichte der Wiener Derm. gesellsch. Nov. 1913. — 3) Bruhms- Zum Begriff des Er. cr. migrans. Arh. für Derm. u. Sy. CXXXV. 1921, p. 109. — 4) A. Mibelli. Sugli eriem figuraticentrifughi.— Giorn. Ital. delle malatt. venér. e della pele, LVX 1924, p. 1308. — 5) Touraine et Solente. — Er. Ann. Centr. Darier et Er. cr. migrans de'Azelius-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Lipschutz. Ann. de Dermat. Mars 1934. — 6) De Bella. — Sobre un caso di eritem annulari centr. (Darier) Giorn. Ital. delle mal. ven. e della pelle LXV 1924, p. 1757. — 7) Liebner und Fenyö. — Zwei Fälle von Er. ann. centr. acutum multiplex.—Derm. Woch. LXXX—46/926. — 8) Weill et Watrin. — Un cas d'er. ann. centr. Bull. de la Soc. de Derm. 1927, p. 813. — 9) Burnier et Mercier. — Er. ann. centr. Bull. de la Soc. de de Derm. 1927. — 10) Jeansèlme et Burnier. — Er. ann. centr. Darier. Bull. de la Soc. de Derm. 1927, innie, pag. 813. — 11) Cervera-Sugli eritemi essudativi cronici, annulari et centr. — Giorn. Ital. di derm. i sif. LXX, 1929, pag. 112. — 12) Worobjew şi Wjianski. — Ein Fall. Er. an. centr. — Dermat. Wochensch. LXXXIV—23—, 1929, pag. 429. — 13) Christine. — Sur l'étilogoie de l'erihème ann. centr. — Annal. de Derm. 1930, pag. 609. — 14) Busmann and Woodburne. — Er. ann. centr. — Pittsburg Derm. Soc. — Mars 1931.—Ann. of Derm. XXIV, 1931. — 15) A Roxburg.— Annular centrifugal erythema. — Proc. of the royal Soc. of Med. Sect. of Derm. XXIV, 1931, pag. 1645. — 16) Hollander L. — Er. ann. centr.— Pittsburg Derm. Soc. — Ian. 1931. — Arh. of Derm. XXIV — 1931, pag. 136. — 17) F. Wise. — Err. ann. centr. Darier. Manhatan Derm. Soc. Nov. 1931; Arh. of Derm XXV, 1932, pag. 429. — 18) Kumashiro, Motohiko. — Ein Fall von Er. ann centr. — Jap. Journ. of Derm XXXIII—1932, pag. 548. — 19) Butler.—Er. ann. centr.—Ann. Derm. and Syph. XXV, Jan. 1932, — 20) Gougerot, Merklen et Durel. — La forme squameuse de l'èr. ann. centr.—XXXVIII 1931, pag. 1938; Arh. dem syph. de la clin. de l'hop. Saint Louis IV, Mars 1932, pag. 112. — Chtamova. — Er. ann. centr. squam:— Russki Vestnik Derm. No. 7, 1927. — 22) S. Teodorescu. — Trois cas d'èr. ann. centr. Darier. — Bull. de la Soc. roum. de Derm. II, 1931, pag. 26. — 23) Combes—Er. pap. circinatum (Darier) — New-Kork Derm. Soc. Dec. 1931; Arch. of. Derm. XXV, Ian. 1932. — 24) Erignehi şi Imakita — Ueber das sogenannte annulär Erythem. Acta Derm. Kioto XIX, 1932, p. 35—37. — 25) G. Murero—Sull'eritema annulare centrifughi — Riforma Medica 1932, p. 355. — 26) Dohi—Er. ann. centrifuge—Japan. Journ. Derm. Urol. XXXIXI 1933, p. 254. —

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sull'eritema annulare centrifughi, D-r M. Munteanu e D-r Gh. Speranţa.

Anno decrito un raro caso di eritemo annulario centrifugo che, à differenza di tipo classico decrito di Darier, per il manco di bureleta e di tipo di Gougerot-Teodorescu, per il manco di squame.

Eritema annularis centrifugum D-r M. Munteanu und D-r Gh. Speranţa.

Sie stellen einen seltenen Fall von Erithema annularis centrifugum, der vom classichen von Darier beschriebenen Typus durch das Fehlen des Hügels und vom dem Gougerot-Teodorescu beschriebenen Typus durch das Fehlen der Schuppung sich unterscheidet.

Erythème annulaire centrifueg, par D-r M. Munteanu et D-r Gh. Speranţa.

Ils présentent un cas rare d'erythème annulaire centrifuge, qui est différent du type classique décrit par Darier à cause de l'absence du bourrelet et du type de Gougerot-Teodorescu par le manque des squames.

SEDIURI ANORMALE ALE ŞANCRULUI SIFILITIC

I.

Spitalul de Stat—R.-Vâlcea

SIFILOM AL BARBIEI LA FEMEE

de

D-r MINUŞ MUSTÀCIOSU
Medic secundar

şi

D-r C. DULGHERU
Medic de circumscripţie

Printre multele şi marile rele pe care războiul le-a lăsat asupra poporului rămân, este extinderea îngrijorătoare a sifilisului, care alături de celelalte boli sociale, cere o muncă grea şi o mare răspundere Ministerului Sănătăţii şi conducerii de Stat, căci rezolvarea şi combaterea cu succes a sifilisului, ca şi a celorlalte boli sociale, constituesc astăzi prin însuşi amploarea lor, probleme de interes naţional cu importante consecinţe asupra capitalului biologic uman al ţării.

Frecvenţa sifilisului genital este însoţită de frecvenţa sifilisului extra genital, care ocupă cele mai diverse sedii pe tegumente şi mucoase verificându-se zilnic cunoscuta constatare făcută de Fournier: Contagiunea sifilitică poate atinge toate punctele suprafeţii corpului".

Cazul a cărei observaţie clinică o expunem mai jos este destul de demonstrativ:

Bolnava M. E. de 24 ani este adusă la spital pentrucă prezintă o leziune nedureroasă pe bărbie.

Istoric: Leziunea din bărbie a apărut de 2 săptămâni. La început era mică şi a tratat-o cu alcool. Îşi aminteşte că mai înainte de apariţia leziunei s'a sărutat cu un tânăr care avea leziuni pe buze; odată a muşcat-o de bărbie.

A. P. La vârsta de 12 ani a avut Febră Tifoidă. A născut un copil sănătos care are acum vârsta de 2 ani.

Starea prezentă: In regiunea mentonieră, puţin la stânga liniei mediane se vede o leziune de mărimea unei piese de doi lei cu conturul perfect rotund, pare că ar fi tras cu compasul, fără margini, acoperită de o crustă subţire şocolatie.

Toată leziunea şade pe o bază dură, care depăşeşte foarte puţin conturul leziunei.

Ganglionii sub mentonieri sunt prinşi şi duri prezentând o mobilitate netă sub piele. Ţesutul celular sub cutanat care îi acoperă proemină deformând puţin regiunea. La palparea lor bolnava acuză puţină durere.

La examenul cavităţii bucale nu se constată nicio leziune mucoasă sau dentară. Examenul aparatului genital nu arată nici o leziune.

Celelalte aparate şi organe sunt în stare normală.

In faţa acestui tablou clinic bazat pe caracterele morfologice ale leziunei: prezenţa îndurăţiei baze icât şi adenopaţia submentonieră caracteristică, diagnosticul de şancăr sifilitic se impune.

Rămânea ca acest diagnostic clinic să fie confirmat de Laborator. Deoarece Laboratorul Spitalului nu dispunea de Ultra-Microscop s'a procedat la efectuarea Reacţiei B. Wassermann care a fost pozitivă, confirmând diagnosticul şi indicând totodată vechimea infecţiei.

Diagnosticul complect fiind: **sifilis primar al bărbiei seropozitiv.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul clinic, leziunea, care prezintă o crustă subţire şocolatie putea fi confundată cu ectimă. Crusta la ectimă este mai groasă. Leziunea este înconjurată de halou inflamator şi nu şade pe bază dură.

Când ectima se însoţeşte de adenopatie satelită, ceeace este posibil, adenopatia are caractere inflamatorii.

Sero diagnosticul B. Wassermann pozitiv a înlăturat orice posibilitate de îndoială. Tratamentul aplicat a fost mixt: arseno-mercurial şi a adus la vindecarea leziunei în 20 de zile.

Cazul acesta este ineresant prin sediul anatomic al leziunei (sifilom al bărbiei la o femee) cât şi prin modul de infecţiune.

Sifilisul primar extra genital nu este o raritate clinică constituind după diverşi autori un procent de 8—9% din totalul contaminărilor sifilitice.

Cele mai multe cazuri de sifilis primar extra genital se întâlnesc la faţă şi în special la buze, care participă cu un procent de 28%, ca urmare a unor obiceiuri practicate curent de popor (sărutul pe buze şi pe faţă).

Sifilisul primar al bărbiei a fost destul de rar citat ca un accident nefericit survenind la bărbaţi după bărbierit „Şancărul de briciu".

Prezenţa unui sifilom al bărbiei la femee este cu totul rară infecţiunea fiind legată de actul sărutului şi chiar mai mult, ca în cazul de faţă, de muşcarea regiunei prin care s'a creiat o soluţie de continuitate, ce a permis inocularea treponemei, care altfel nu ar fi străpuns tegumentele intacte.

Importanţa sifilisului extra genital, care la noi este legat de condiţiunile defectuoase de igienă, precum şi de anumite abiceiuri locale, subliniază actualitatea problemei combaterii şi profilaxiei bolilor venerice.

Legea pentru combaterea bolilor venerice promulgată în 1943 pe lângă toate criticile ce i s'au adus era menită să aducă o importantă contribţie în combaterea bolilor venerice prin stabilirea unor criterii precise de control şi urmărirea bolnavilor cât şi prin trezirea din ignoranţa şi indolenţa cunoscută a masselor.

Rodul ei binefăcător pe care se conta nu s'a produs dintr'o serie de cauze printre care în primul rând trebuie menţionat războiul, care a creiat situaţiuni cu totul prielnice înmulţirii şi difuzării sifilisului prin îndepărtarea de familie a soţului, prin uşurinţa cu care femeile supuse controlului periodic puteau scăpa de această obligaţie, prin imposibilitatea celor mobilizaţi de a se putea trata corect şi complect.

Trebue de asemenea să recunoaştem că nici medicii, care au avut în practica curentă bolnavi de tratat, nu s'au supus cu stricteţă normelor prescrise de lege şi în mod tacit, prin neraportarea cazurilor ce renunţau la tratament, au contribuit la menţionarea unei situaţii deplorabile.

O altă cauză care a contribuit la înmulţirea cazurilor de sifilis a fost greutatea cu care se procurau, atât de individul singur cât şi de instituţii, medicamentele anti-luetice, ce se vindeau la preţuri „negre" ca o urmare a rarităţii lor pe piaţă, din lipsa de import, mai ales în a a doua parte a războiului.

Astăzi când starea de război a încetat, când oamenii s'au întors la căminurile lor, când schimburile comerciale sunt în curs de restabilire,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

legea pentru combaterea bolilor venerice trebue pusă în aplicare în întregime, în litera şi spiritul ei, atât de instituţiile de stat cu caracter de luptă antiveneriană cât şi de fiecare medic practician, pentru a contribui cu toţii la redresarea unei stări ce nu mai poate dăinui fără durercase consecinţe asupra capitalului biologic uman al ţării noastre.

Este foarte adevărat însă că pe lângă toată bunăvoinţa unor ori de câte ori medicul sau spitalul cere concursul poliţiei şi al jandarmeriei nu i se dă din lipsă de personal. Deaceea problema trebuie reactualizată prin presă, radio, conferinţe şi ordine precise ale Ministerelor de resort pentru ca să se poată trece efectiv la aplicarea legii.

Ar fi de dorit ca Ministerul Sănătăţii să tipărească broşuri conţinând noţiuni sumare despre sifilis şi consecinţele lui, însoţite de extrase din Legea pentru combaterea bolilor venerice. Aceste broşuri să fie distribuite soldaţilor şi mai ales recruţilor, gardienilor publici, instituţiilor de tot felul, muncitorilor, astfel legea şi obligaţiunile ei ar deveni tot aşa de răspândită ca şi boala şi sperăm, mai mult respectată şi mai ades aplicată.

II.

Clinica Dermato-Sifiligratică din Iaşi
Director: Prof. D-r Gh. Nastase

DOUĂ ŞANCARE SIFILITICE ALE PIELEI CAPULUI

de
D-r GH. SPERANŢĂ
Asistent al Clinicei Dermato-Sifiligrafice

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Epidemia actuală de sifilis care se desfăşoară sub ochii noştri, ne-a dat ocazia să observăm unele din nenumăratele aspecte pe care le poate îmbrăca infecţia sifilitică. Pe lângă formele oarecum clasice am putut observa forme cu totul neobişnuite prin numărul lor, aspectul lor sau mersul lor clinic. Astfel am verificat odată mai mult că dacă unele regiuni sunt de regulă sediul sifilisului primar, altele sunt cu mult mai rar sau chiar excepţionale. Dintre acestea din urmă este regiunea pielei capului, regiune pe care şancărul sifilitic se localizează extrem de rar.

Fournier într'o statistică de 1124 şancăre extragenitale nu citează decât 3 situate pe pielea capului.

Krefting[1]) din 539 efecte primare extragenitale descrie numai două localizate pe pielea capului.

Rille J. H.[2]), într'o statistică de 604 şancăre extragenitale, cu-

1) Fr. Kogoj. Genitale und extragenitale Primäraffekte în Handbuch der Haut. —u— Geschlechtskrankheiten. Bd. XIV/1., 1930., pag. 75.

2) Rille J. H. Extragenitale primäre Syphilis -ref. Dermatologische Wochenschrift. Bd. 117. No. 39/40, pag. 558, Okt. 1943.

prinzând o perioadă de 50 ani, dela 1892—1942, nu citează decât 2 şancăre ale pielei capului..

D-l Prof. Gh. Năstase [3]), comunică în 1938 un caz de şancăre sifilitice ale pielei capului observate la un nou născut.

Până la sfârşitul anului 1928 în literatură se cunoşteau numai 108 cazuri. După această dată literatura incomplectă cercetată am mai găsit publicat un singur caz. Din aceste motive am crezut că este interesant să comunic şi observaţia noastră de şancăre sifilitice ale pielei capului.

Este vorba de un soldat de 24 de ani, D. M., care se internează în serviciul clinicei Dermato-Sifiligrafice la 5 Mai 1945 pentru nişte eroziuni apărute pe pielea capului, pe scrot şi penis.

Antecedente heredo-colaterale fără nici o importanţă. In ceace priveşte antecedentele personale bolnavul neagă orice boală venerică.

Istoricul boalei actuale. Bolnavul declară că cu aproximativ o lună şi jumătate înainte de internarea sa în spital, a observat apariţia unor leziuni nedureroase pe pielea capului care s'au acoperit după câtva timp de cruste. După vre'o două săptămâni s'au tumefiat ganglionii cervicali, fără a produce bolnavului nici cea mai mică jenă, fapt care l-a făcut să nu acorde nici o importanţă leziunilor.

Cu două săptămâni înainte de internarea sa au apărut o serie de leziuni erozive pe pielea scrotului şi penisului.

Starea prezentă. Pe pielea capului, în regiunea vertexului şi în regiunea parietală dreaptă se observă două exulceraţii rotunde, mai reliefate decât restul pielei, cea superioară cu un diametru de 15 mm., cea inferioară, din regiunea parietală, ceva mai mare şi acoperite de cruste brune, după îndepărtarea cărora rămâne o suprafaţă de culoare roş-violacee, pe cale de epidermizare. Eroziunile nu sunt dureroase. La palpaţie prezintă o îndurаţie profundă netă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ganglionii cervicali din partea dreaptă sunt vizibil măriţi de volum, proeminând sub tegumente. La palpaţie sunt duri, nedureroşi, de mărimi diferite, ajung până la mărimea unei nuci şi alunecă sub tegumente şi pe planurile profunde. Pielea nu-i modificată la nivelul lor.

Aceleaşi modificări se constată şi la ganglionii suboccipitali de partea dreaptă.

In cavitatea bucală mucoasele sunt normale.

Pe pielea scrotului şi a penisului se observă o serie de papule rotunde, violacee, cu suprafaţa erodată şi acoperite de o secreţie rău mirositoare. In restul tegumentelor nimic deosebit.

In sânge reacţiile Bordet-Wassermann, Meinicke şi Citochol sunt intens pozitive.

In ceace priveşte modul de contagiune din anchetă făcută, se pare că s'a produs prin intermediul unei boncte, pe care a găsit-o bolnavul în curtea cazarmei cu o lună de zile înainte de apariţia leziunilor şi pe care a purtat-o.

In clinică bolnavul a fost supus unui tratament mixt arseno-bis-

---

3) Gh. Năstase. Chancre syphilitique acquis par le nouveau-né pendant l'accouchement d'une mère syphilitique. Bulletin de la Soc. de Pédiatrie de Iassy. IX-e anné, Nr. 1-3., 1938.

mutic, fără niciun fel de tratament local, care a dus la vindecarea leziunilor.

Din evoluţia boalei şi caracterele clinice ale leziunilor se impune diagnosticul de **şancăre sifilitice ale pielei capului şi sifilide papulo-erozive peno-scrotale.**

Sediul neobişnuit al şancărilor ne-a permis discutarea diagnosticului diferenţial cu un impetigo al pielei capului, cu sifilidele papuloase sau cu sifilidele terţiare dar caracterele adenopatiei cervicale a hotărât diagnosticul. Deasemenea posibilitatea unor furuncule ale pielei capului sau a unui Kerion Celse a fost repede îndepărtată prin lipsa durerei şi a fenomenelor acute, prin lipsa caracterelor proprii fiecărei leziuni şi aspectul adenopatiei.

In observaţia noastră şancărele sunt situate pe vêrtex şi în regiunea parietală dreaptă. Sediul lor de predilecţie pare să fie fruntea, după cum rezultă din tabloul întocmit de Druelle [4]) pe 100 cazuri:

Frunte	20	Parietale	11
Vertex	17	Ceafă	7
Occiput	13	Mastoidă	6
		Neprecizate	26

Modalităţile de contagiune sunt variate. Transmiterea sifilisului se poate face pe cale directă dela bolnav la omul sănătos prin sărut (Gaucher dela tată la copil), prin muşcătură (Stümpke, Grange) etc. Mult mai des s'a notat transmisiunea pe cale indirectă, prin diferite obiecte, în primul rând obiecte de toaletă: Pieptene (cazul Tzitrin, Gutzmann), foarfece, briciu, maşină de tuns, perucă (Rajat), bonetă (cazul nostru). Acest fapt a fost subliniat şi de Simowa [5]) în 1929.

Un mod frequent de contagiune este aceia produsă de frizer „Barbier-infektion", fie că sifilisul a fost transmis dela un client la altul prin instrumentele sale murdare, fie că a transmis propriul său sifilis clientului (cazul Walmsley, în care frizerul avea o leziune sifilitică la mână).

Dacă nu se notează mai des infecţiunea produsă de frizer, aceasta se datoreşte după cum afirmă Milian [6]) acţiunei bactericide a săpunului.

O modalitate particulară de transmitere a sifilisului este infectarea copilului nou născut de către propria sa mamă care posedă leziuni floride vulvare, în cursul travaliului (Proof. Gh. Năstase, Hudelo [7]), Bonnet [8]).

---

4) Druelle M. Le chancre de cuir chevelu. Thèse de Lyon. 1923.

5) Simowa S. Beitrag zur Kasuistik der syphilitischen Primaraffekte an der behaarten Kopfhaut. Diss. Leipzig. 1929.

6) Milian G. în Nouvelle Pratique dermatologique, tome II. pag. 754.

7) Hudelo. Soc de dermat. 1924 pag. 125.

8) Bonnet. Le chancre syphilitique au passage. Thèse.

Spitalul Obstetric şi Ginecologic din Arad
Medic primar: Salvator Vuia

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA STENOZELOR CICATRICALE ALE VAGINULUI IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

de

D-r E. PACU şi D-r I. PUGNA

Stenozele cicatriciale ale vaginului constituind o gravă infirmitate atât din punct de vedere fizic cât şi prin influenţa asupra stării sufleteşti a femeilor, au o deosebită importanţă mai ales în perioada vieţii sexuale. La femeile bătrâne, importanţa lor este mai mică, reducându-se numai la rolul unui obstacol în canalizarea secreţiilor din porţiunea superioară stenozei. In etiologia acestor stenoze, găsim întotdeauna leziuni profunde, cari interesează ţesutul conjunctiv subepitelial şi paravaginal. Astfel, putem întâlni stenoze produse în urma vaginitelor, sechele ale bolilor infecţioase acute (difterie, febră tifoidă, scarlatină etc.), a intoxicaţiilor, a diferitelor ulceraţii produse de corpi streini, pesare, etc. Se mai întâlnesc în urma spălăturilor şi badijonărilor făcute în scop anticoncepţional sau terapeutic. Un deosebit interes prezintă stenozele survenite după intervenţii obstetricale ca: forceps, cranioclazie etc. cari duc la rupturi profunde ale vaginului, şi cari de multe ori trec neobservate, servind drept punct de plecare pentru infecţii puerperale, iar mai târziu soldându-se cu cicatrici mai mult sau mai puţin întinse ale vaginului. Naşterile laborioase în cari perioada de expulsie durează mult peste normal, pe lângă complicaţiile de vecinătate (fistule vezicale şi rectale), în unele cazuri prin necroza şi sfacelarea unor porţiuni din vagin, produc stenoze. Acestea pot fi situate şi se întâlnesc mai frecvent la unirea $^1/_3$ inferioare cu cele $^2/_3$ superioare a vaginului. Pot avea forme diferite ca: semilunare, diafragmatice, în forma de bride sau punţi, inele etc. In ce priveşte gradul de strâmtare, poate varia şi ajunge până la complecta obstruare a lumenului vaginal.

Dacă aceste stenoze, prin gradul lor accentuat, nu permit efectuarea raporturilor sexuale normale, şi pot fi adesea cauză de sterilitate s'au văzut totuşi cazuri unde fecundaţia s'a produs chiar printr'un orificiu punctiform.

Stenozele subţiri şi dilatabile vor permite uneori trecerea mobilului fetal, pe când cele dure şi groase, cu toată ramolirea ţesuturilor în timpul sarcinei, vor fi un obstacol de neînlăturat, sau naşterea se va produce cu preţul unor rupturi întinse şi grave ale părţilor moi.

Pentru combaterea acestei infirmităţi s'au preconizat o serie de metode de tratament, cu rezultate modeste la majoritatea cazurilor.

De cele mai multe ori ne mulţumim ca să obţinem un vagin apt pentru copulaţie. Perseverenţa din partea medicului şi răbdare din partea bolnavei duce adesea la rezultate frumoase. Cicatricele longitudinale

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

necesită tratament numai în cazurile când produc dureri în actul sexual. In aceste cazuri vor fi excizate şi suturate linear. In stenozele circulare sau semilunare s'au încercat dilatări cu Hegare, colpeurynter şi cu diferite dilatatoare, fără a duce însă la rezultate durabile întrucât stenoza adesea se refăcea. Se mai pot face incizii unice sau multiple urmate de dilatări sau introducerea de proteze tot în scopul de a evita recidivele. Prin acest procedeu s'au obţinut rezultate satisfăcătoare. In cazurile unde există un segment mai lung de stenoză, tratamentul întâmpină dificultăţi serioase. In aceste cazuri se poate încerca excizia cicatricei, şi acoperirea cu transplant epidermic după Tiers, sau prin lambou pediculat mucos sau cutanat recoltat din vulvă ori regiunea ischiatică.

S'a mai încercat în cazurile de stenoze strânse cari produc retenţii de sânge, a se aduce după debridarea stenozei colul uterin sub aceasta, şi a se fixa, făcând posibilă scurgerea sângelui menstrual.

In extremis se poate recurge la histerectomie totală abdominală cu extirparea vaginului până la stenoză.

Dăm mai jos foaia de observaţie a cazului nostru.

Bolnava B. S. în etate de 18 ani se internează în serviciul nostru pe data de 23 Nov. 1943 pentru scurgere de urină şi fecale din vagin.

In **Antecedentele heredo-colaterale** şi **personale** nimic de semnalat.

Istoricul boalei: Inainte cu 12 zile a născut un făt mort la termen. Din cauza inerţiei uterine, capul fetal stagnează în vagin cca. 10—12 ore, până ce medicul chemat prin administrare de extracte hipofizare, reuşeşte să termine naşterea. In a 9-a zi lăuzia este tulburată prin apariţia scurgerii de urină şi materii fecale prin vagin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea prezentă: bolnavă de statură mijlocie cu tegumentele şi mucoasele vizibile palide, cu ţesutul musculo-adipos redus. Aparatul circulator şi respirator normale. Reflexele oculare şi osteotendinoase păstrate. Abdomenul flasc. Ficatul şi splina nu se palpează. Involuţia uterului incomplectă, fundul uterului la două degete deasupra simfizei. Vulva şi feţele interne ale coapselor cu aspect intertriginos. Din vagin se scurge un lichid murdar cu miros de urină şi fecale. Pereţii vaginului roşii acoperiţi cu false membrane. Pe peretele posterior al vaginului la cca. 4 cm. de introitul vaginal se observă un orificiu de mărimea a unui bob de fasole, cu marginile neregulate, necrotice, din care se elimină materii fecale. Pe peretele anterior aproximativ la aceeaşi distanţă de intrarea în vagin, un alt orificiu ceva mai mare, de acelaşi aspect, prin care se scurge urină tulbure cu miros amoniacal. Dgn. **Fistulă vezico-vaginală şi recto-vaginală post-partum.**

Tratamentul: Se introduce o sondă Pezzer în vezică, făcându-se spălături vezicale şi vaginale de două ori pe zi, se administrează zilnic 6 tabl. Albucid şi picături de Ergotină. După două luni fistulele vezico-vaginale şi recto-vaginale se închid spontan.

Bolnava revine în serviciul nostru după un an pentru imposibilitatea de a avea contact sexual normal din cauza strâmtării vaginului. La examenul genital constatăm: vulva de aspect normal în vagin la cca. 3—4 cm. de aceasta se constată un inel cicatricial, dur, scleros,

care corespunde unui segment circulat de cca. un cm. lărgime, de consistenţă mai dură în partea stângă şi ceva mai suplă în partea dreaptă a vaginului. Stenoza permite introducerea pulpei indexului. Vaginul scurtat, are o lungime de cca. 10 cm. Ne decidem pentru tratamentul prin dilataţii. Incepem dilataţia cu Hegarul No. 12. administrând concomitent şi inj. de Fibrolizină. După 60 de zile ajungem cu dilataţia până la Hegarul No. 26. Dilatarea s'a făcut în anestezie locală cu cocaină de 10% aşezând un tampon de vată inbibat în această soluţie la nivelul stenozei.

Intrucât dilataţia obţinută cu Hegarul Nr. 26. nu era suficientă pentru a permite raportul sexual, facem o incizie sagitală cu termocauterul, în partea stângă a inelului stenozat, după care un Hegar Nr. 30 special construit, continuăm dilatarea până la complecta vindecare a plăgii. Bolnava părăseşte serviciul vindecată. Revine după 3 luni la control când constatăm că vaginul la nivelul stenozei are o consistenţă mai dură, însă suficient de larg pentru a permite raporturi sexuale nedureroase, după cum afirmă bolnava.

BIBLIOGRAFIE

Halban-Soitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Band 111. — W. Stoeckel: Lehrbuch der Gynecologie 1933 Leipzig. — Voit: Erkrankungen der Vagina: Veits Handb. d. Gyn. 2 Aufl. 111. — Bochenschy: Beitrag zur Behandlung hochgradiger Scheidenverengerunpen, Zbl. f. Gyn. 1907 S. 1573. — Peters: Ein Vorschlag zur Erweiterung stenozierter Vaginen Zbl. f. Gyn. 1922 No. 31. — Stanca: Secundare Stenoze des Scheideneinganges Zbl. f. Gyn. 1922 No. 24. — Daniel şi Şoimaru: Stenozele cicatriciale ale vaginului. Gynec. şi obstetrică Nr. 9—10, 1930. — Bordeianu: Stenoza vaginului, Spitalul Nr. 1—1930. — Peters: Zur Kasuistik de Querenscheidenstenozen W. Med. Wsch. 1925 No. 6.

Spitalul de boli contagioase „V. Babeş", — Braşov

ROLUL VACCINĂREI CU ANATOXINA IN PROFILAXIA SCARLATINEI

de

D-r ALEXANDRINA CORCIOVA-PASCU şi **D-r VIOREL LAPUŞAN**
Medic primar — Medic secundar

Problema vaccinărei cu anatoxină în profilaxia scarlatinei nu este definitiv stabilită. Deşi această metodă se practică pe scară întinsă şi cu convingere în difterie şi tetanos, în ceace priveşte scarlatina planează încă o îndoială egal repartizată între medici şi public. Afară de perioada dela început (1930-1937) când se practică pe scară foarte întinsă şi aproape sistematică, azi, această metodă pare mai mult facultativă şi se practică mai mult în colectivităţi (şcoli, că-

minuri). Lucrul pare oarecum greu de explicat dacă ne referim la statisticile cari în perioada de care vorbim erau extrem de favorabile. Astfel în America, Nesbit a observat o micşorare a morbidităţei cu 29% şi a mortalităţei cu 25% faţă de epoca prevaccinală. Autorii ruşi au notat o morbiditate de 4-5 ori mai mică de când se practică vaccinarea cu anatoxină, şi că în orice caz vaccinaţii fac forme uşoare sau abortive. Benson (America) a observat într'un spital de contagioşi că se îmbolnăveau în medie 11 infirmiere pe an. După ce s'a introdus vaccinarea obligatorie pentru personalul îngrijitor, în 2 ani o singură soră a făcut scarlatină şi aceasta avea o reacţie Dick intens pozitivă. La noi, deja în 1931 D-r A. Olariu în teza sa de doctorat „Vaccinarea antiscarlatinoasă cu anatoxină" notează în concluzii o morbiditate de 4,32% pentru nevaccinaţi faţă de 2,78% pentru vaccinaţi. In plus, D-sa subliniază faptul că îmbolnăvirile sunt mai frequente şi formele clinice mult mai grave la cei incomplect vaccinaţi, în comparaţie cu cei complect vaccinaţi cari fac forme foarte uşoare. D-ri A. Stroe şi I. Schwartz în 1937 publică o statistică comparativă pe un mare număr de cazuri (776 nevaccinaţi şi 229 vaccinaţi) cu concluzii extrem de favorabile în sensul vaccinărei, şi anume pentru nevaccinaţi o mortalitate de 7,72% faţă de 0,44% pentru vaccinaţi. Deasemenea ei insistă asupra efectului binefăcător al vaccinărei care chiar dacă nu fereşte pe copil de a contracta boala, o atenuează în sensul unei forme benigne şi a lipsei de complicaţii. Astfel D-ri Stroe şi Schwartz au observat pentru cei vaccinaţi 96,4% forme benigne faţă de 84% la cei nevaccinaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate acestea, actualmente entuziasmul pentru această metodă profilactică în scarlatină s'a răcit. Statisticele, din cauza caracterului uşor al epidemiilor de scarlatină din ultimii ani, nu sunt prea concludente. Şi totuşi, singura metodă de a se verifica eficacitatea vaccinărei profilactice cu anatoxină scarlatinoasă rămâne tot statistica, pe un interval cât mai mare de timp şi pe un număr cât mai mare de cazuri din ambele loturi. Numai citirea unei statistici poate fi în această problemă un argument convingător.

In studiul de faţă prezentăm un număr de 845 bolnavi de scarlatină din care 628 nevaccinaţi şi 217 vaccinaţi, cazuri internate în spitalul de contagioşi „V. Babeş" într'un interval de 8 ani, din 1938-1945 inclusiv.

In serviciu am clasificat scarlatina în 3 tipuri clinice:

a) forme maligne.
b) forme serioase.
c) forme uşoare (benigne).

Totalul cazurilor îl dăm mai jos în tablou. Un loc aparte am rezervat pentru 6 cazuri internate în iarna anului 1940, toţi copii vaccinaţi în acelaş an, complect, adică au primit cele 3 injecţii de anatoxină la intervalul cuvenit. Toate au fost forme maligne urmate de moarte după un interval de 36 ore până la 12 zile, cazuri rămase inexplicabile dacă nu luăm în consideraţie şi factorul „geniu epidemic". In adevăr, în acel an cel puţin pentru judeţul Braşov, epidemia a fost mai gravă ca în toţi anii ce au urmat până în prezent, an în care mortalitatea generală pentru scarlatină a fost de 9,75% faţă de ceilalţi ani, după cum se vede mai jos:

Anul 1938 martalitatea generală . . . 2,6%
„ 1939 „ „ . . . 0%
„ 1940 „ „ . . . 9,75%
„ 1941 „ „ . . . 3,09%
„ 1942 „ „ . . . 2,56%
„ 1943 „ „ . . . 1,9%
„ 944 „ . . . 0,66%
„ 1945 „ „ . . 2,33%

Noi am considerat aceste cazuri ca nevaccinate, având în vedere că timpul scurs între ultima injecție și apariția boalei nu depășea 1 până la 2 luni. La acest lot de bolnavi trebue să ținem seamă și de vârsta copiilor, niciunul mai mare de 5 ani. Aceste cazuri sunt:

TABLOU Nr. 1

Anul	Vac sau N. Vac	Total bolnavi	Forme benigne	Forme serioase	Forme maligne	Decedați	Total V. și N. V.
1938	V.	0	0	0	0	0	77
	N. V.	77	58	13	6	2	
1939	V.	8	6	2	0	0	75
	N. V.	67	40	20	7	0	
1940	V.	57	51	5	1	1	113
	N. V.	56	24	12	20	10	
1941	V.	59	42	10	7	2	97
	N. V.	38	35	3	0	1	
1942	V.	20	14	4	2	0	78
	N. V.	58	43	12	3	2	
1943	V.	45	36	9	0	0	211
	N. V.	166	124	27	15	4	
1944	V.	26	23	3	0	0	151
	N V.	125	103	20	2	1	
1945	V.	2	0	2	0	0	43
	N. V.	41	33	7	1	1	
Total . .	V.	217	172	35	10	3	845
	N. V.	628	460	114	54	21	
%	V.	—	79 2	16,2	4,6	1,4	—
	N. V.	—	73,	18,2	8,6	3,3	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

No. 1. Greta M. 3 ani, vaccinat cu 30 zile înainte. Scarlatină cu angină ulcero-necrotică. Meningită streptococică. Rhinită purulentă. Septicemie. Decedat.

No. 2. Ştefan Golk. 2 ani. Ultima injecţie a fost primită cu 2 săptămâni înainte de îmbolnăvire. Scarlatină hipertoxică. Nefrită albuminurică. Adenopatie cervico-maxilară. Decedat.

No. 3. Ana B. Ultima injecţie primită cu 3 săptămâni înainte de îmbolnăvire. Rhinită purulentă. Nefrită hematurică. Septicemie.

No. 4. Viorica M. 2 ani. Vaccinat cu 2,1/2 luni înainte de a contracta boala. Formă hipertoxică. Decedat în 3 zile.

No. 5 Otmar B. 4 ani. Vaccinat cu 2 luni înainte de îmbolnăvire. Formă fulgerătoare. Decedat în 36 ore.

No. 6. Marga D. 5 ani. Vaccinat cu 5 săptămâni înainte de îmbolnăvire. Rhinită purulentă. Adenopatie cervico-maxilară bilaterală supurată. Rheumatism poli-articular. Decedat în 12 zile.

In urma acestui studiu comparativ putem trage următoarele concluzii:

1. Vaccinarea cu anatoxină antiscarlatinoasă nu este un mijloc de prevenire sigură a îmbolnăvirei.

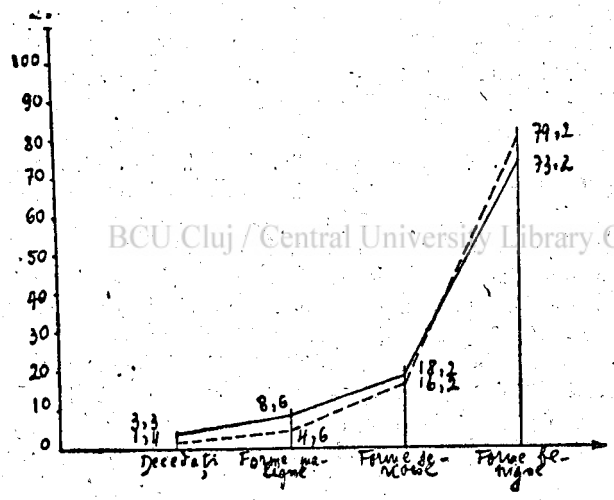


DIAGRAMA No. 2.

2. Boala la vaccinaţi ia un aspect mult mai uşor decât la cei nevaccinaţi evoluând fără niciun fel de complicaţii în majoritatea cazurilor.

3. Formele benigne sunt mult mai frequente la vaccinaţi chiar când epidemia are un caracter benign. (79,2% forme uşoare la vaccinaţi faţă de 73, 2% la nevaccinaţi).

4. Mortalitatea este mult scăzută printr'o vaccinare, fiind numai de 1,4% la vaccinaţi faţă de 3,3% la nevaccinaţi.

5. Vaccinarea cu anatoxină se recomandă încă, şi numai pentru efectele de ameliorare aduse evoluţiei clinice a boalei.

Trebue să recunoaştem însă, că deosebirile procentuale de morbiditate şi mortalitate nu reprezintă cifre foarte depărtate între lotul de bolnavi vaccinaţi şi nevaccinaţi. De ex:. Cazurile benigne la

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vaccinaţi 79,2% şi 73,2% la nevaccinaţi, sau formele serioase 16,2% la vaccinaţi şi 18,2% la nevaccinaţi, (mortalitatea 1,4% la vaccinaţi şi 3,3% la nevaccinaţi). In al doilea rând trebue să recunoaştem că epidemiile din ultimii 8 ani au fost foarte uşoare şi statistica noastră nu poate fi prea concludentă. Efectele vaccinărilor ar fi mai subliniate şi eficacitatea lor mai evidentă dacă aceleaşi cifre ar fi fost obţinute în cursul epidemiilor serioase.

Nu putem iarăşi afirma că această ameliorare vădită a unei boli care era foarte gravă într'un trecut apropiat, ar fi datorită numai factorului necontrolabil care se numeşte geniul epidemic. Nu este exclus că această modificare a tipului clinic de scarlatină în sensul benign să fie în legătură cu practica vaccinală. Vaccinarea antiscarlatinoasă cu anatoxină dă o protecţie parţială la care nu trebue să se renunţe numai pe motivul că este parţială.

BIBLIOGRAFIE

Bouchard. Apropos de l'immunisation antiscarlatineuse. Pl. Méd, 1925/89/1477. — Brokman H. Mayzner M.: Sur l'immunité antiscarlatineuse. C. R. Soc. de Biol. 1927/96/1480. — Debre.: Réaction de Dick et dosage de l'anatoxine contenue dans le sérum. C. R. Soc. de Biol. 1927/97/214. — Dick G'F. and Dick G. H.: The prevention of scarlat fever. J. A. M. A. 1925/83/84. — Glanzmann.: Sharlach, Handbuch der Innere Medizin. Bergmann-Stehelin. Vol. I. pag. 420. 1934. — Lawrinovicz.: La vaccination antiscarlatineuse et la lutte contre la scarlatine. Rev. de Hyg. 1929/51/427. — Olaru Aurel.: Vaccinarea antiscarlatinoasă cu anatoxină. Teză de doct. Decembrie. 1931. — Radoyé Toditch.: L'immunisation contre la scarlatine dans les écoles militarai res. 1930/52/247. — Skileru. A.: Este eficace vaccinul antiscarlatinos? Rom. Med. No. 17. 19. 21. 220. 253, 283, 1931. — Sparrow H, Celarek J,: Imuniisation contre la scarlatine à l'aide de l'anatoxine scarlatineuse. C. R. Soc. de Biol. 1927/97/57. — Stroe A. Schwartz I. La scarlatine chez les enfants vaccinés par l'anatoxine scarlatineuse. Bull. Mens'de l'office international d'hygiène publique. Tome xxlx. 1937. fasc. 9. pag. 1898.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat — Tg.-Jiu
Serv. de boli interne — Medic primar: D-r N. Roşianu

STUDIU STATISTIC ASUPRA CAZURILOR NECESITÂND TRATAMENT ANTIRABIC, PE 5 ANI, IN JUDEŢUL „GORJ"

de

D-r N. ROŞIANU şi ILARIE POPESCU

Turbarea, boala care este menţionată şi în Biblie, cunoscută de Egipteni, nepomenită de Hipocrat fiind rară în Grecia, descrisă de scriitorul latin Celsus, tratată până la epoca pasteuriana în cele mai ciudate chipuri, din care ar fi suficient să amintim de ingestia creierului

câinelui care a fost în cauză, sau a salivei raclate sub limba animalului şi încorporată sub forma unei pilule, apoi pelerinajul la Capela Sf. Hubert din Ardeni, înăbuşirea bolnavului între saltele, — începe a fi studiată experimental în Secolul al XIX-lea, prin cercetările lui Zinke în 1804, apoi Bouley, Brouardel, Galtier, Brown — Séquard, Bouchardt, culminând cu epoca pasteuriană şi modernă la care am contribuit şi noi prin figura atât de luminoasă a Doctorului V. Babeş, care a scris în 1912 cel mai complect tratat asupra turbărei: „Traité de la Rage". S'au scris deasemenea o mulţime de monografii, între care şi aceea a Doctorului D. Ionescu „Turbarea la om şi animale".

Modesta noastră lucrare, nu are alt rost decât de a desvălui una din feţişoarele acestui piramidal capitol de patologie, prin însăilarea unui studiu statistic întocmit pe 5 ani şi privind aplicarea tratamentului antirabic în subcentrul Târgu-jiu. Inainte de a reda rezultatele cercetărilor noastre, vom menţiona în linii generale, unele din cunoştiinţele care stau la baza patologiei turbării.

Turbarea este provocată la om prin muşcătura unui animal turbat. **Nu există cazuri de turbare spontană,** cum s'a susţinut altădată. Aproape toate animalele sunt sensibile la această boală şi toate o pot transmite omului prin muşcătură, sgârietură, lingerie, etc. Teoretic, şi omul o poate transmite, dar în literatură nu se cunoaşte nici'un caz.

Originea primelor cazuri, într'o regiune anumită ne face să admitem **latenta virusului.** Câinii sunt mai atinşi decât căţelele, şi anume într'o proporţie de 14/1, prin faptul că boala le produce o excitaţie genitală, care îi face să se muşte între ei. Virusul rabic, descris genial de Pasteur în 1882, traversează filtrul de porţelan după cum a demonstrat Remlinger în 1903, este incultivabil pe mediile de cultură obişnuite, suportă frigul la — 14° grade, iar căldura la 50°. Măduva animalelor turbate, pierde virulenţa progresiv, prin deşicaţie la umbră, în 20 de zile. Este distrus mai ales de bazele forte, bilă, saponină. Experimental, păsările sunt mai puţin sensibile, iar reptilele sunt refractare. Dacă virusul este aclimatizat la epure prin treceri succesive, se produce o boală cu o incubaţie fixă de 6 zile. Alfel, **incubaţia este foarte variabilă:** Virusul de stradă. Inocularea subcutană, peritoneală, şi intravenoasă e negativă, virusul propagându-se pe cale nervoasă, după cum dovedeşte, la 1879, D-r Duboué. Calea de eliminare este saliva, sucul pancreatic şi sperma, mai puţin. Microscopic, se constată o congeştie a tuturor organelor, mergând până la sufuziuni hemoragice şi mai ales a mucoasei digestive, traheale, sistem nervos. Microscopic, s'au descris de Babeş, Marinescu, Ramon y Cajal, Negri, cromatoliza celulei nervoase, cu prezenţa corpusculilor lui Negri, juxtanucleari, unici multipli, vacuolizaţi, cu punctaţii bazofile, mai cu deosebire în celulele corticale a'e cornului Ammon şi creierul mic, puşi în evidenţă prin technica Mann (albastru de metil, eozină). Dacă inocularile intravenoase subcutane şi peritoneale, nu deslănţue boala, în schimb imunizează şi deaci a pornit creearea vaccinării antirabice, dar serul animalelor vaccinate sau vindecate, nu apără de boală. Incubaţia la om variază dela 7 zile, cazul Bouley, până la 6 luni şi chiar 9 luni. Profesorul Nicolau relatează cazuri de incubaţie de 7 până la 9 ani, prin latenţa virusului deşteptată printr'un şoc psihic. Incubaţia este mută. In **perioadă prodromică,** notăm

BCU Cluj / Central University Library Cluj

turburările localizate la regiunea muşcată, furnicături, amorţeli, hiperestezie sau anestezie, dureri, secuse fibrilare, apoi modificări de caracter, tristeţe, izolare, izbucnire în plâns, prurit, vărsături, febră, excitaţie senzorială sau motrice, apoi, după această perioadă, care poate dura 3 zile sau trece neobservată, urmează **faza de excitaţie** cu contracturi, tremurături şi convulsiuni, spasmul faringelui tradus prin hidrofobie. Contracturile constituie accesul de turbare, care poate dura până la 1/4 h. Când se adaugă o excitaţie intelectuală, ia forma de manie acută. Excitaţia senzorială este extremă, devenind penibil şi parfumul şi curentul de aer: aerofobia, atât periferică cât şi centrală traducându-se prin halucinaţii. Deasemeni intelectul scapără uneori (cazul Niepoe, idiot cu sclipiri). Sentimentele afective sunt şi ele exagerate. Insomnia este persistentă, simţul genital surescitat (30 raporturi sexuale în 24 ore) mergând până la priapism şi delir erotic. Temperatura poate atinge şi 43°. Facies caracteristic, sudori profuze, glicozurie şi moarte în maximum 2 zile, prin sincopă, asfixie, sau spasm al glotei. Dacă totuşi, rezistă, urmează **perioada 3-a, paralitică** cu paralizie flască coma, colapsus şi hipertermie deobicei. Ca **forme clinice:** furioasă, paralitică dela început, cu monoplegie, paraplegie, paralizie ansecendentă Landry, sau descendentă, sindrom cerbelos, forma atenuată. Novi şi Poppi spun că vindecarea nu este imposibilă, dar e cu totul excepţională.

Diagnosticul îl punem în 2 situaţii: 1) dacă bolnavul muşcat de un câne este susceptibil de a face turbarea. In acest caz, urmărim câinele timp de 10 zile. 2) Odată declarată boala diagnosticul pruritului, al contracturilor, al accesului, al paraliziilor.

Tratamentul e numai preventiv: cauterizarea plăgii şi vaccinarea Pasteuriană, recomandată de Novi şi Poppi, chiar dacă s'a declarat boala, cu măduvă de Epure uscată dela 14 zile până la 3 zile. Marie recomandă şi sero-terapia în cazuri întârziate. **La noi se întrebuinţează vaccinul fenicat după metoda italiană Fermi** (virus fix de creer de epure mort 5 grame în 100 cc. soluţie acid fenic 1%), metoda modificată şi perfecţionată de Semple şi Punteni, care a cuprins aproape jumătate din Centrele antirabice depe Continente şi este preferabilă ne dând accidentele metodii pasteuriene: vazuri de turbare în timpul tratamentului, paralizii, infecţii secundare şi descentralizând şi curele antirabice, fiind posibilă expedierea şi conservarea timp de 6 luni. Menţionăm **metoda Victor Babeş-Puşcariu,** prin amestec de emulsii de măduvă cu emulsii de creer încălzite. Tratamentul profilactic constă înomorârea câinilor turbaţi şi a celor muşcaţi cât şi prinderea câinilor fără stăpân şi aplicarea legii de poliţie sanitară veterinară.

In tratamentul antirabic, se respectă următoarele principii în ceace priveşte persoanele muşcate: 1) Nu se tratează persoanele, la care muşcătura s'a produs pe pielea acoperită cu vestminte fără ruperea sau perforarea lor. Fac excepţie, vestmintele cu ţesătura rară (ciorapii fini), persoanele muşcate superficial, dacă animalul este lăsat în observaţie şi rămâne sănătos. 2) Se tratează: persoanele muşcate de animale care au dispărut sau au fost ucise, cele muşcate de animale suspecte sau turbate, cele muşcate profund la celelalte părţi ale corpului, cele linse având pe pielе leziuni superficiale, produse în ultimele 24 h.

In ceace priveşte câinele, se aplică tratamentul când câinele a murit, a fost ucis sau a dispărut în cele 10 zile de observaţie dela muşcătură,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

când animalul prezintă simptome manifeste de turbare, când e suspect, când a sucombat de altă afecţiune decât turbarea, în timpul observaţiei de 10 zile, sau când în acest timp, animalul este bolnav de orice boală şi nu se aplică tratamentul când animalul este sănătos după 10 zile.

Rezultatele tratamentului antirabic, sunt o mândrie a medicinei. Inainte de epoca Pasteuriană murea 1/3 din persoanele infectate, pe când după statistica lui Kiendrik din 1931, pe 119.433 bolnavi trataţi pe întreg globul, au sucombat 578, adică o mortalitate de 0,48%. **Nu exista nici-o contra indicaţie, în ceace priveşte aplicarea tratamentului antirabic.** Dacă e socotit necesar, se institue oricare ar fi starea morbidă a pacintului. Vom menaja totuşi pe renali, hepatici, gravidele şi paludici.

S'au semnalat următoarele **accidente:** paralizii tip Landry mielita, nevrite, encefalite, explicate de Babeş prin toxina rabică sau infecţiuni accidentale, sau prin substanţe nervoase din emulsie, apoi diversele erupţii, abcese. Dela 6 Mai 1888, data înfiinţării Institutului D-r Babeş, până la 31 Decembrie 1933, au fost trataţi 107.753 pacienţi cu 73 insuccese adică 0,07%, — cazuri mortale survenite dupe 15 zile de tratament când deci imunitatea s'a putut produce, şi 0,27% mortalitate globală, adică toţi morţii la un loc, din cei prezentaţi la tratament (veniţi târziu, muşcaţi grav).

Trecem la redarea cercetărilor noastre, comparativ cu cele făcute pe ţară. In decurs de 5 ani, s'au tratat la subcentrul Tg.-jiu 1376 bolnavi repartizaţi pe anii:

în 1941	212
în 1942	305
în 1943	284
în 1944	376
în 1945	299

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceace ne dă o proporţie globală, de aproximativ 1°/00 şi clasează judeţul nostru al 7-lea, faţă de celelalte Judeţe, în frunte cu Focşani şi Severin.

Din aceste cazuri am găsit: 592 bărbaţi şi 496 femei.

In ceace priveşte frecvenţa pe anotimpuri, nu putem trage o concluzie în sensul predominenţii în anumită perioadă a anului, aşa cum reese şi din Statistica pe ţară. In general se constată iarna, că sunt mai puţine cazuri, deoarece lumea umblă mai puţin, iar nu pentru motive meteorologice. Studiată frecvenţa cazurilor pe grupe de vârsta am găsit:

Dela 1—14 ani	461
Dela 15—45 „	632
Dela 45— „	273 cazuri.

Deci noi am găsit o incidenţă mai mare, în grupul de vârstă 15—45 ani, decât în statistica generală, unde, copiii sunt cei mai deseori muşcaţi. In ceace priveşte numărul de zile, după care s'au prezentat la tratament, majoritatea adică 756 au venit în primele 4 zile, 297 în 5 până la 7 zile, 132 în 8 până la 14 zile şi 71 în peste 15 zile. Au fost şi cazuri, care nu au făcut tratament deloc şi de bună seamă fatale, şi anume: 9 cazuri în 5 ani. Frecvenţa leziunilor după regiunile interesate este următoarea: 753 la membrele superioare, 530

membre inferioare, 62 cap, 39 trunchiu. Deci extremitățile într'o proporție de 90%, urmează capul 6% și trunchiul 4%, spre deosebire, de datele generale, unde trunchiul este 6,4%, iar capul 6,3%. In ceace privește caracterul leziunilor, remarcăm o proporție destul de mare, care în anul 1944 merge până la ujmătatea cazurilor, a contaminării prin salivă. Explicația este graba cu care țăranul nostru dă îngrijirea vitei bolnave, în lipsa asistenței veterinare. Majoritatea pacienților sunt mușcați de câini: 85%, față de 89,39% după statistica generală, iar câinii fac parte din categoria C., adică nediagnosticați de Institut sau Medic veterinar. In ordinea frecvenței urmează: vitele 116 cazuri și porci 14 cazuri, apoi pisica 64 cazuri, om 10 cazuri și lup 3 cazuri.

Din toate aceste animale 3/4 au fost omorâte sau au murit, și 1/4 au dispărut.

Bilanțul tratamentului e următorul: 1.371 sănătoși și morți, după 15 zile de tratament, deci insuccese, adică 0,36% față de 0.48% cifra statisticei generale. Indentitatea și profunzimea rănilor, cât și venirea târzie la tratament, ar fi explicația acestor insuccese.

Morți netratați 9 cazuri. Accidente în cursul tratamentului: 1 parapareză, care a cedat la strichnoterapie și 10% reacțiunii ușoare locale. Repartizate cazurile pe Județ, notăm: 42% în Plasa Ocolu, 24% în Plasa Cărbunești, 10% în Plasa Brădiceni, 9% în Plasa Pesteana, 3% din județul Mehedinți, 3% din Dolj, 2% din Huniedoara. Repartizate pe Capitală și Județ, am găsit: 315 în Târgu-jiu și 1.061 în Județ, deci proporțional cu numărul populației, 5‰ în oraș și 0,8‰ la țară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat Suceava
Director Dr. S. Schaerf

DARE DE SEAMĂ ASUPRA UNEI EPIDEMII DE FEBRĂ RECURENTĂ IN BUCOVINA DE SUD

de

D-r SIEGHARDT SCHAERF

Am avut ocazia să observăm în cadrul unei mici epidemii, o boală complect necunoscută în regiunile noastre, — Febra Recurentă.

Bolnavii se recrutau dintre soldații garnizoanei Suceava; numai un singur pacient din cei 17, a fost civil. Toți bolnavii au fost aduși la spital în decursul câtorva zile; o mai mare întindere a bolii a putut fi înlăturată prin energice măsuri de deparazitare din partea autorităților militare, sesizate de noi.

Bolnavii erau pacienți cari făceau „de gardă", în gara Iteani, sau la închisoarea garnizoanei, sau erau ei însuși închiși în acea închisoare. Focarul epidemiei a fost probabil, chiar închisoarea, ținându-se cont de faptul că aici se adunau diferiți vagabonzi, dezertori etc. Războiul a

adus această boală în regiuni ce în timpuri normale sunt menajate de ea, ştiut fiind că păduchii sunt transmiţătorii ei.

Simultana aducere la spital a mai multor soldaţi, aparţinând aceleeaşi unităţi, ne-a făcut să ne gândim la o cauză comună a bolii.

Prima presupunere a fost Tifusul Exantematic; de sigur ne-am gândit şi la o stare gripală, febră paratifoidă, pneumonie etc. La examenul clinic s'a găsit la toţi mărirea splinei şi a ficatului, sensibilitatea la palpare a acestor organe şi a frenicului drept precum şi un colorit subicteric; aceste simptome se potriveau şi pentru o boală hepato-lienală, de ex: icter infecţios; la fel şi bradicardia relativă în timpul febrei.

Majoritatea bolnavilor au fost transferaţi la spital, abea după ce erau izolaţi o zi sau două la infirmerie; din cauza această am putut observa numai o parte a perioadei febrile.

Scăderea bruscă a temperaturei, numai după 24 sau 48 de ore după intrarea în spital, ne-au pus pe gânduri.

A doua zi când ne-a fost adus din nou un soldat cu temperatura foarte ridicată, i s'a luat imediat sânge pentru un frotiu, şi la colorarea cu „Giemsa", am găsit Spirochaeta Obermeier.

Fiind internaţi alţi 10 soldaţi cu fenomenele mai sus citate, la examenul hematologic găsindu-se iarăşi Spirocaeta Obermeier, am fost lămuriţi asupra diagnosticului.

Un soldat aparţinând aceleiaşi Unităţi, ne-a fost trimis cu diagnoza „suspect de dizenterie", probabil din cauza diareiei de care suferea. Temperatura era de 37,8. Cuţitaru No. 1376.

Bradicardia — 64 pulsuri —, şi coloritul lui subicteric ne-au făcut să ne gândim şi aici la o Febră Recurentă.

Diareia şi temperatura a dispărut 24 ore după internarea în Spital şi precum am aşteptat în adevăr în ziua a şaptea temperatură s'a ridicat brusc la 39,6. Luându-i-se un frotiu a dat şi el Spirochaeta Obermeier pozitiv. Pacientului i s'a administrat încă în timpul accesului febril Neosalvarsan 0,6 (Doza 4) şi după 24 ore temperatura a scăzut în mod critic la normal (Cuţitaru).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observarea exactă a bolnavilor a dat următorul rezultat clinic:

O remarcabilă mărire a ficatului şi în special a splinei cu o sensibilitate la palpare şi dureri spontane a ambelor organe, simptoame ce premerg de obiceiu 24 ore accesului de febră.

In fiecare caz am putut observa o durere la palpare a nervului frenic drept în fosa supra-claviculară. Aceste fenomene se accentuiază în timpul perioadei febrile şi se menţin încă trei până la patru zile după defervescenţă.

La această maladie am constatat în faza afebrilă întotdeauna o bradicardie pronunţată, de obiceiu între 48 şi 60 de pulsuri. Bradicardie se instalează chiar în momentul normalizării temperaturii, care a scăzut brusc.

Bradicardia preocupându-mă foarte mult, este îmi pare necunoscută în literatură, dimpotrivă toţi autorii cunoscuţi descriu o tahicardie la această boală.

Tuturor pacienţilor li s'au administrat un miligram atropin subcutan, dar bradicardia a rămas nemodificată.

Mai lămuritoare a fost încercarea de efort. Bolnavii au fost supuşi în fiecare zi, unor uşoare exerciţii gimnastice; numărătoarea pulsului, înainte şi după încercare a dat diferenţe mari. Dau mai jos unele exemple:

Inaintea efortului	După efort
64	124
60	120
56	120
68	140

Ineficacitatea atropinei face posibilă excluderea unei iritaţii a centrului nervului pneumo-gastric. Ridicarea numărului pulsurilor după un efort atât de mic, e vorba de oameni tineri, ne îndreptăţeşte la presupunerea unei leziuni a miocardului. Regretăm că n'am avut la dispoziţie un E. C. G.

Mai rămâne de lămurit dacă aceasttă bradicardie este produsă de o varietate a spirochetei Obermeier necunoscută până acuma în literatură, sau ea este o reacţiunne a organismului surmenat mai ales a miocardului şi a aparatului excito-conductor faţă de acest virus.

Examenul urinei în timpul perioadei febrile şi din timpul intervalului a dat rezultate diferite.

In perioada febrilă albumina intens pozitivă; urobilinogena foarte mărită; Diazo negativ. In sediment cilindrii hialini şi granuloşi.

După accesul de temperatură albuminna şi urobilinogena pot fi încă dovedite în urină însă într'o măsură mult mai redusă.

In sânge am găsit o leucocitoză uşoară.

Viteza de sedimentaţie după „Westergreen" a fost accelerată în timpul accesului şi s'a normalizat repede dacă nu se iveau complicaţii.

In timpul accesului proba cu galactoză după „Bauer" era pozitivă, ceeace ne face să deducem o leziune a celulelor hepatice, gelactosurie între 3,8—4,2 gr.

Am văzut şi câteva complicaţii. De două ori am văzut Otită Medie provocată probabil de o suprainfecţie cu strepto şi stafilococi.

Acestea reacţionau bine la tratamentul cu sulfamide. După două sau trei zile pacienţii erau de obiceiu afebrili. In timpul complicaţiei am putut observa o tahicardie.

Un pacient a sucombat. El a fost adus la Spital cu o Epistaxă de neoprit. A doua zi, s'a ivit o sângerare intestinală profusă care a provocat moartea subită. Obducţiunea ne-a fost imposibilă.

Spirochaeta Obermeier am putut-o dovedi numai în timpul febrei.

Terapeutic: Primilor patru pacienţi le-am administrat Neo-Salutan 0,60 (Doza IV). Toţi patru au făcut recidive cu temperaturi ridicate (Chilimăndru).

Ceilalţi bolnavi au căpătat Neosalvarsan 0,60 (Doza IV). La cei trataţi cu Neosalvarsan am văzut numai la trei recidive; a doua urcare a temperaturei n'a atins mai mult decât 37,6. Mărirea ficatului şi a splinei precum şi sensibilitatea pronunţată a acestor organe şi a frenicului drept erau însă foarte vizibile.

Primii patru pacienţi trataţi cu Neosalutan au primit în timpul

recidivului Neosalvarsan. De obiceiu după 24 de ore temperatura scădea la normal (Chilimândru). Neosalvarsanul se administra în timpul accesului de temperatură sau cinci zile după accesul febril.

N'am văzut mai mult decât două accese.

După 15 zile afebrile bolnavii au ieşit din Spital.

Concluziuni: Şi în regiunile noastre trebuie să ne gândim, în cazul bolnavilor cu temperaturi ridicate de origină necunoscută, la febra recurentă, mai ales dacă constatăm o mărire şi sensibilitate a ficatului şi a splinei, o sensibilitate a frenicului drept în fosa supra-claviculară şi o bradicardie.

Bradicardia se menţine în toată faza afebrilă, se instalează chiar în momentul normalizării temperaturii când ea scade brusc.

Bradicardia nu reacţionează la atropină.

Incercarea de efort aduce o ridicare a numărului pulsurilor chiar şi după 15 zile după terminarea accesului febril, atingând de multe ori şi numărul dublu ca în repaus. Acest fenomen indică o leziune a miocardului.

In tratament s'a dovedit satisfăcătoare o singură injecţie de Neosalvarsan 0,60.

In cazul complicaţiilor ne-au făcut servicii bune sulfamidele.

Deparazitarea e cel mai bun remediu pentru combaterea febrei recurente.

Literatura: Strumpel-Seyfart: Lehrbuch der in. Krkh. — Haţieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie medicală, 1937. — E. Brumpt: Précis de Parasitologie, Paris 1936. — Ortner Diferenţial diagnostik Inn rer Krankheiten.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Judeţean T.-Măgurele
Serviciul medical

ASUPRA UNEI EPIDEMII DE FEBRA „PAPPATACI"

de

D-r LUCIAN DEMETRESCU
Medic Primar

Drd. DINU NEDELESCU-ZLOTEŞTI şi **Drd. PAUL RADOVICI**

In cursul acestei veri — în jurul datei de 15 Iulie 1946 — a isbucnit o epidemie de febră de trei zile, importantă prin numărul mare de bolnavi (75% de îmbolnăviri la o populaţie de peste 16.000 locuitori şi 80% recidive) şi interesantă prin prima apariţie a ei în această regiune.

Ţinând seama de raritatea acestei maladii la noi în ţară, ne permitem a face o scurtă descripţie, exemplificată de câteva foi de observaţie a cazurilor clinice.

Agentul etiologic. Febra de trei zile se datoreşte unui virus care a fost semnalat cel dintâi de Doehr şi apoi de Tausig, Roux, etc.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

Agentul transmiţător, al acestei maladii este insecta Phlebotomus Pappatassi Scopoli, care face parte din familia Psychodidelor, intermediar între Culicide şi Glosinne. Numai femela transmite. Ea se deosebeşte de mascul macroscopic prin mărime (femela 3 mm. masculul 1½ mm. până la mm.) iar microscopic prin armătura genitală. De remarcat că femela transmite maladia descendenţilor prin ouă, care rezistă în timpul ierni iar vara devine sursă pentru o nouă epidemie. Phlebotomul nu poate trăi decât până la 4—500 m. altitudine.

In regiunile de câmpie unde trăeşte, îl putem găsi în casele vechi părăsite, sau chiar în casele locuite prin colţurile camerelor, în locurile unde se aruncă gunoaie, prin grajduri, etc.

Phlebotomul Pappatassi nu înţeapă omul decât noaptea. Odată ce a luat sânge dela un bolnav nu poate transmite boala decât după 7 zile, perioadă necesară unei evoluţii în corpul insectei pentru a deveni infectant.

Distribuţia geografică. După cum arată şi una din numeroasele denumiri pe care le are această maladie, frecvent o vom găsi în Bosnia, Herţegovina, apoi în tot nordul Mediteranei, în Egipt, Palestina, până'n Nord-Estul Indiei şi în Venezuella, Jamaica şi Cuba (Bezançonn, Philibert).

La noi în ţară Prof. Ionescu-Mihăeşti, C. Popescu, Baddenski şi Obogeanu au descris pentru prima oară o epidemie în anul 1940, în Dobrogea jud. Constanţa. — Concluziile lor se găsesc înscrise în Bull. de la Section Scientifique de L'Academie Roumaine T. XXII Nr. 10.

In regiunea noastră am recoltat insecte din care Institutul Cantacuzino a indentificat Phlebotomul Pappatassi.

Incubaţie este de 1—3—8 zile.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Simptomatologia, este caracterizată printr'un debut brusc cu cefalee temperatură ce înregistrează 39° până la 40°, dureri generalizate osoase, articulare dar mai ales musculare şi în special lombare, congestie conjunctivală pe care am găsit-o aproape în toate cazurile, globii oculari dureroşi la presiune, o serie întreagă de turburări digestive, dintre care cele mai frecvente au fost greaţă şi vărsături, limbă saburală, diaree sau mai dese ori constipaţie, inapetenţă, dureri în epigastru, o senzaţie aproape patognomonică, de amărăciune în gură, senzaţie care durând 5—6 zile face alimentaţia mai dificilă şi deci refacerea organismului mai anevoioasă. Bolnavul prezintă o stare deprimată care merge până la prostraţie.

La examenul obiectiv am constatat la numeroase cazuri, o mărire a ficatului cu una, două laturi de degeţ, dureri în epigastru la presiune, în unele cazuri o mărire a tiroidei şi splina percutabilă.

Anemia, vărsăturile biloase, astenia, ficatul mărit ca şi inapetenţa limba saburală şi amărăciunea din gură ne-au făcut să ne gândim dacă nu cumva toate aceste simptome nu trădează o cauză hepatică, probabil o localizare a virusului în ficat, care dă naştere la un proces de hepatită, ce dispare odată cu sfârşitul convalescenţei. Neavând niciun caz mortal posibilitatea unui examen anatomo-patologic, care să lămurească toate acestea a lipsit cu desăvârşire, fapt care ne-a făcut să ridicăm această problemă.

In general această stare durează 2—3 zile, când tot cortegiul

simptomatic dispare tot atât de brusc după cum a venit. Rămâne câteva zile amărăciunea şi astenia care este dintre cele mai accentuate. Bradicardia din convalescenţă n'am întâlnit-o în toate cazurile. Am avut cazuri când boala a durat o zi şi jumătate sau chiar 5—6 zile, dar acestea au fost rari. Reşutele şi recidivele (80% din numărul de îmbolnăviri) au fost în număr de 2—3—4 şi cu totul excepţional 5. După părerea noastră rezistenţa organică, sexul sau vârsta nu a influenţat cu nimic numărul zilelor de boală. Deasemeni nu am întâlnit nici un caz cu erupţie de aspect morbiliform sau exantem pruriginos..

Examenele de laborator ne-au arătat o leucopenie marcată (într'un caz s'au găsit 2.100 de leucocite pe mm. c.) neutropenia pe care unii autori o citează, noi nu am găsit-o.

Complicaţii, propriu zise n'am întâlnit, în schimb numeroase redeşteptări de maladii pe care bolnavul le avea anterior.

Asfel am observat redeşteptarea colicelor hepatice, reactivări ale unor turburări dispeptice, etc.

Imunitatea: In viroze imunitatea, de obiceiu, ţine toată viaţa. Exemple sunt multe: poliomielita, scarlatina, variola, febra galbenă, maladia borna, etc. (Ştefan Nicolau). Din nefericire, în cazul Febrei Papataci, până la un anumit punct nu am putut constata această imunitate. Dealtfel această epidemie s'a înregistrat la noi pentru prima oară. Să fie vorba de o imunitate care să se instaleze tardiv căci după 2 luni dela isbucnirea epidemiei noi nu am observat-o? Rămâne să vedem dacă la anul viitor se va redeştepta maladia şi dacă cei bolnavi acuma o vor mai face.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul l-am pus cu gripa cu tifosul exantematic, febra recurentă şi cu Denga. Tifosul exantematic prezintă reacţiile Kudike-Stteurer, şi Weill-Felix pozitive, iar febra recurentă prezenţa spirocheţei Obermayer, Gripa are un debut mai lent iar denga se caracterizează prin perioade de paroxism febril 3—4 zile cu perioade de remisiune febrilă (1—2 zile).

Tratamentul. Am încercat Chinină, Chinin-Aether, sulfamide şi terapie de şoc nespecifică (electrargol). Rezultatele obţinute la lotul de bolnavi trataţi cu această medicaţie faţă de cel dela cei cărora nu li s'a administrat nici un medicament, n'au fost cu nimic superioare.

Profilaxia. Obţinerea unei profilaxii bune se poate înregistra numai acţionând asupra agentului transmiţător de virus care este Phlebotomus Pappatassi. Astfel vom căuta să distrugem larvele cu diverse substanţe insecticide, pe cât posibil asanarea regiunilor infestate, adăugarea la ferestre de site de sârmă cu ochiurile cât mai mici, întrebuinţarea în stare pură sau arderea diferitelor substanţe care pot îndepărta insectele (cârpă arsă, menthol, camphor, etc.). Opiniem pentru izolarea bolnavilor care pot constitui un rezervor de virus. Se ştie că sângele bolnavilor este virulent în primele 2 zile (Prof. Ionescu-Mihăeşti).

Dăm mai jos 2 foi de observaţie din marele număr pe care le avem.

1. Bolnavul Gh. V., 36 ani, din comuna Odaia, Teleorman, se internează în serviciul nostru pentru: temperatură ridicată; cefalee puternică; dureri musculare generalizate (masa musculară lombară); inapetenţă.

Antecedente pers.: Febră tifoidă în anul 1932.

Antecedente h.-colater.: fără importanţă.

Istoric: Bolnavul a prezentat un debut brusc cu temperatură foarte mare, cefalee care devine extrem de accentuată; bolnavul trece într'o stare de agitaţie, fapt ce-l determină să se interneze în serviciul nostru.

Starea prezentă: De tip constituţional muscular; mucoase congestionate (congestie pronunţată a conjunctivelor); globii oculari dureroşi la presiune; uşoară stare sub-icterică; inapetenţă.

— Aparat pulmonar; sonoritate normală în ambele hemitorace; murmurul vezicular uşor atenuat la baza hemitoracelui stg.

— Cord: sgomotul I şi II normale; matitatea cardiacă în limite normale; şocul apexian în spaţiul 6 intercostal.

— Ficat: limita superioară în al 6-lea spaţiu intercostal; limita inf. la rebortul costal.

— Splina: percutabilă; la palpare uşor dureroasă.

Examen de laborator formula leucocitară: leucocite 4.600 pe m/m.c.: Polineutrofile, 82%; Monocite, 8%; Limfocite, 10%.

2. Bolnava A. V., de 37 ani, din oraşul Turnu-Măgurele, se internează în serviciul nostru pentru:

Temperatură mare 39°,5; cefalee; dureri musculare (lombare); congestie conjunctivală; inapetenţă.

Antecedente personale fără importanţă.

Antecedente heredo-colaterale

Istoric: In plină sănătate bolnava este apucată de un fior urmat de călduri, ce cresc atingând 39°,5. Durerile de cap puternice nu cedează la nici un antinevralgic luat de bolnavă, apar dureri lombare, fapt ce o determină să se interneze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stare prezentă: De tip constituţional longilin — mucoasele uşor colorate (conjunctivele congestionate). Globii oculari dureroşi la presiune. Dureri musculare generalizate. Se plânge de dureri în epigastru şi hipocondru dr. Senzaţie de greaţă, urmată de vărsături de culoare maronie. Astenie accentuată.

— Aparat pulmonar. Sonoritate normală la percuţie. Ascultare: raluri uscate.

— Cord. Sgomotul I şi II bine bătute. Matitatea relativă şi absolută în limite normale.

— Ficat: Palpabil pe două laturi de deget, uşor dureros la presiune.

— Splină: percutabilă.

Examen de laborator: leucocite 2.100 pe m/m.c.

Din lectura foilor de observaţie, ca şi din restul numeroaselor cazuri clinice, pe care lipsa de spaţiu nu ne-a îngăduit să le publicăm, relies în primul rând ca simptome importante punerea diagnosticului de febră de trei zile:

a) durata febrei 2—3 zile.
b) cefalee puternică.
c) globii oculari dureroşi la presiune.
d) congestie a conjunctivelor.
e) dureri musculare mai ales lombare.
f) senzaţie de amărăciune în gură.

In al doilea rând — după cum am arătat mai sus — grupul simptomelor: anemie, astenie, vărsături biloase, amărăciune în gură, ficat mărit şi dureros, redeşteptarea colicelor hepatice, inapetenţă, convalescenţă lungă ne fac să ne gândim la o localizare probabilă a virusului în ficat dând naştere la o hepatită.

BIBLIOGRAFIE:

Bezançon, Labbé, Sicard, etc.: Pathologie médicale — Maladies Infectieuses Tome II. — Haţieganu—Goia: Patologia medicală, vol. III. — Institutul Cantacuzino: Manual de boli infecţioase. — Nicolau Ştefan: „Curs de Inframicrobiologie". 1944. — General D-r Popescu C. şi D-r Lt.-Col. Panaitescu Gheorghe: „Epidemiologia şi Profilaxia boalelor infecto-contagioase în mediul civil şi militar".

Spitalul „Predinger" Ploeşti
Serviciul chirurgical

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI ACCIDENT OCLUSIV PE UN CAZ DE MALADIE HIRSCHSPRUNG

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-r TEOFIL PASCULESCU şi **D-r OCTAVIAN T. ILIESCU**

Observaţie clinică: Bolnavul S. D. S., în etate de 36 ani, plugar, com. Gârbovi, jud. Ialomiţa, se internează în serviciul nostru la 9 Ianuarie 1945, pentru: dureri abdominale generalizate, abdomen bombat, suprimarea parţială a gazelor şi completă a materiilor fecale.

Ant. h.-col.: fără importanţă.

Ant. pers.: scarlatină şi paludism în copilărie; uretrită gonococică la 21 ani, congestie pulmonară la 30 ani. Neagă alte afecţiuni infecţo-contagioase sau de altă natură. Fumează, uzează moderat de alcool. Nu şi-a făcut niciodată reacţia B. Wassermann în sânge. Este căsătorit şi are 2 copii sănătoşi.

Istoric: Bolnavul prezintă o constipaţie rebelă cronică din copilărie. Maladia actuală a debutat cu 21 zile în urmă, prin dureri abdominale, când în urma unei mese copioase nu a avut scaun. Toate încercările de evacuarea intestinului prin tot felul de purgative şi clisme, s'au dovedit infructuoase. Starea de constipaţie incipientă a luat forma clinică a unei ocluzii intestinale, în spre a 18-a zi dela debut.

Starea de rău menţinându-se, bolnavul se internează în serviciul nostru în a 21-a zi de boală. De remarcat că, cu patru ani în urmă fenomenele actuale s'au repetat sub acelaşi tablou clinic de ocluziie intestinală; fiind internat tot în serviciul nostru după o lună de zile dela debut; prin clisme înalte uleioase şi prin diverse manevre manuale, tranzitul in-

testinal a fost atunci restabilit, — bolnavul evacuând o cantitate enormă de materii fecale, dure la început şi lichide în urmă.

Stare prezentă: Bolnav de constituţie medie cu ţesutul celulo-adipos şi muscular normal desvoltat şi repartizat, cu tegumentele şi mucoasele palide, ochii înfundaţi în orbite, buzele arse, starea generală alterată, puls 110 pe minut, tensiunea arterială 14/9.

Examen local: Abdomen destins, mărit de volum, cu circulaţia venoasă superficială evidentă, dureros spontan şi la presiune cu o schiţă de contractură şi apărare musculară, permiţând totuşi palparea; la percuţie timpanism, alternând cu matite în etajul inferior.

La nivelul hipogastrului se percepe o tumoră rotundă, de consistenţă dură, de mărimea a doi pumni.

Dat fiind antecedentele bolnavului, timp de 2 zile, încercăm cu tenacitate, o evacuare spontană a intestinului, prin toate mijloacele posibile, clisme înalte uleioase şi sărate, purgative drastice şi chiar tentativa de extracţie a fecalomului cu ajutorul unei linguri. Cum rezultatul este negativ, după prealabilă remontare a bolnavului, sub rachianestezie cu novocaină-adrenalină, se intervine **chirurgical** în ziua de 11./XII./1945, după cum urmează:

Laparotomie mediană supra şi subombilicală. La deschiderea abdomenului apare ansa sigmoidă şi colonul descendent, formând un megacolon de grosimea unei gambe. Porţiunea distală a sigmei e obstruată de un fecalom conic de dimensiunile unui cap de făt la termen, dur ca piatra, înclavat în pelvis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se desinclavează şi se luxează fecalomul în porţiunea mobilă a sigmei. Tumora de o duritate lemnoasă este sfărâmată cu greutate în fragmente mici prin pereţii ansei sigmoide, cu scopul de a-i uşura evacuarea.

Se introduce colonul în abdomen şi se închid pereţii în trei straturi de sutură.

Evoluţia post-operatorie: După câteva zile febrile, în care temperatura oscilează între 37,8° şi 39°, febra scade în a 4-a zi dela operaţie, totul intrând în normal. In acest timp, bolnavul a eliminat o cantitate foarte mare de materii fecale, dure şi lichide, starea de toxemie ameliorându-se treptat.

La 21 Ianuarie 1946, după 12 zile dela internare, bolnavul părăseşte complet vindecat.

*

Interesul cazului ce-l publicăm constă în faptul că tabloul clinic al **obstruaţiei intestinale prin fecalom**, se repetă la bolnavul nostru la interval de 4 ani, îmbrăcând forma unui **megacolon** sau **maladia lui Hirschsprung**, care la un moment dat a suferit un accident oclusiv.

In adevăr, Bensaude şi Hillemand disting trei mari varietăţi ale acestei maladii: I. megacolon cu simptome latente, aşa cum le-a prezentat bolnavul nostru înaintea accidentelor oclusive, manifestate clinic, printr'o constipaţie rebelă, II. megacolon cu simptome intestinale — tablou prezentat de bolnavul nostru la primul său accident oclusiv şi

III. megacolonul cu simptome intestinale şi semne de intoxicaţie generală, aşa cum s'a manifestat la ultimul său accident oclusiv.

Pacientul nostru este purtătorul unui megacolon al ansei descendente şi sigmei, datorită probabil unei cuduri, spasm sau torsiune, la hotarul dintre sigmă şi rect.

De data aceasta obstrucţia ne mai putând fi rezolvată pe căile naturale din cauza duritătii excepţionale de mari a fecalomului, am fost forţaţi să soluţionăm obstacolul mecanic prin intervenţie chirurgicală.

Pentru a evita în viitor repetarea fenomenului, actul nostru operator ar fi trebuit să fie completat cu înlăturarea condiţiilor favorizante ale accidentului oclusiv prin: rezecţia sau plicatura megacolonului sigmoid. Starea generală — profund alterată — şi locală — ansă dilatată, viu congestionată, plină cu materii fecale care ar fi prelungit actul chirurgical, adăogând la starea de şoc toxemic şi pe cel operator, sigur letal — ne-a pus în imposibilitate de a realiza acest deziderat.

In literatura medicală cercetată, atari cazuri de obstrucţie intestinală prin fecalom sunt citate, rezolvarea lui pe căi naturale fiind bine cunoscută; nu am găsit încă un caz asemănător, în care medicul să fie obligat în urmă insuccesului de a rezolva pe căi naturale accidentele mecanice, să intervină chirurgical.

Suntem încredinţaţi că în cazul nostru, faţă de fenomenele generale extrem de grave produse de toxemie prin resorbţia dela nivelul intestinului, maladia s'ar fi soldat sigur printr'un sfârşit letal, intervenţia chirurgicală fiind făcută „în extremis".

Bolnavul este predispus la repetarea fenomenelor oclusive, dat fiind că a rămas purtătorul unei dilataţii a ansei sigmoide — Maladia lui Hirschsprung — care antrenează la stază şi retenţia materiilor fecale, formând în curs de câteva zile un conglomerat, ce obstrueazâ tranzitul normal al intestinului.

Cum într'un viitor mai apropiat sau îndepărtat, fenomenele clinice s'ar putea repeta, am recomandat bolnavului de a se sesiza din primele zile a reapariţiei fenomenelor şi, dacă prin laxative sau purgative nu va putea obţine efectul dorit, să revină la spital în timp oportun, pentru a evita o nouă intervenţie chirurgicală.

Digitized by Carol Davila University of Medicine

IN FAŢA UNEI EPIDEMII CU CARACTER APARTE *)

de

Dr. M. PARASCIV

Spitalul Negreşti-Vaslui

In satul G. T. au apărut cazuri de îmbolnăviri cu caracter epidemic, de scurtă durată simulând cu o gripă sau intoxicaţie alimentară, îmbolnăviri apărute după o epidemie masivă de tifos exantematic şi pe bolnavi

*) Lucrarea a fost primită la redacţie în luna Decembrie 1945.

care au suferit de această boală. Aceste îmbolnăviri s'au semnalat şi în alte regiuni pentru care se culeg datele necesare.

In luna Octombrie 1945, în satul G. T., au apărut cazuri de îmbolnăviri cu caracter epidemic, după ce în sus numitul sat a fost o epidemie uşoară de tifus exantematic în iarna anului 1944/45. No. bolnavilor au fost de 15 la o populaţie de 989. De remarcat că 11 din aceştia au suferit de tifus exantematic în iarna anului 1944/45, bolnavi internaţi în spital şi recunoscuţi ca atare cu exantematic. Ceiace ne-a frapat a fost debutul brusc al boalei cu frison, urmat de febră mare, splenomegalie, hepatomegalie, gastralgii, vărsături, temp. se menţine în platou timp de 3—7 zile după care scade brusc şi urmată de o convalescenţă lungă de 2—3 săpt. 4 din bolnavi nu au avut exantematic.

Dăm mai jos numai 5 din observaţii, restul de bolnavi fiind din aceiaşi casă şi având o simptomatologie asemănătoare.

Obs. I. Bolnavul H. I. de 34 ani, se îmbolnăveşte pe ziua de 30 Sept. 1945 prezentând un frisson de circa 4-5 ore după care urmează temp. de $39^{0}2$, este adus la noi şi constatăm că prezintă hipertrofia spline', ficatul palpabil sub rebordul costal dureri la nivelul hipogastrului, vărsături. Ii administrăm atebrină câte 3 comp. pe zi injecţie de cafeină. Este adus la noi zilnic în aceiaşi stare cu temp. care oscilează între $38,^{5}$—$39,^{7}$. A patra zi de boală febra scade printr'o adevărată criză terminală (transpiraţie, poliurie).

Antecedente heredo-colat. Soţia şi fica în vârstă de 10 ani face aceiaşi îmbolnăvire scăzându-le temp. după 3-4 zile. Se administrează aceiaşi medicaţie.

Antecedente personale. A suferit de tifos exantematic atât bolnavul cât şi soţia şi fica în lunile Dec. Ian., trecut pentru care au fost izolaţi în spitalul apropiat.

Stare prezentă. Bolnavul de constituţie pienică, cu ţesutul celulo-adipos puţin desvoltat, prezintă o paloare a tegumentelor. La examenul aparatelor mari nimic de observat.

Bolnavul este slăbit, cu debilitate fizică, inapetenţă afebril şi e văzut de noi la domiciliu regulat în prima săpt., şi ceva mai rar încă 15 zile, în urmă, după 22 zile dela terminarea boalei se restabileşte complet şi-şi reia ocupaţia.

Obs. Nr. 2. Bolnavul F. C. în vârstă de 25 ani, este văzut de noi la domiciliu şi ne declară că a prezentat un frisson după care urmează temp. de 39^{1} examinat găsim splina şi ficatul palpabil, se plânge de dureri în reg. hipo-gastrică şi vărsături.

Antecedente heredo-colat. După 2 zile de boală se îmbolnăveşte şi soţia prezentând aceleaşi simptome.

Istoricul maladiei. Bolnavul se îmbolnăveşte pe ziua de 5 Oct. 1945, iar soţia pe ziua de 7 Oct. 1945, de notat că aceşti bolnavi sunt rude de aproape cu cel din ob. I şi au frequentat casa primului bolnav. Boala a început cu frisson de circa 3-4 ore după care a urmat temp. In ziua de 8 când l-am văzut prezintă 39^{0} şi soţia 38^{7}. Ficatul şi splina palpabilă şi dureroase la presiune, dureri hipogastrice şi vărsături. I-am administrat aceiaşi medicaţie ca la bolnavul No. 1.

Pe ziua de 9 Oct. bolnavul şi soţia au fost găsiţi fără temperatură.

Stare prezentă: Bolnavul, de constituţie mijlocie, slăbit după boală, are inapetenţă şi nu-şi poate relua ocupaţia decât pe ziua de 3 Nov. 1945, când este restabilit complet şi el şi soţia. In perioada lungă de convalescenţă şi-au administrat fiecare câte 12 injecţiuni de Calciu gluconat 10 cm. intramuscular.

Obs. No. 3. Bolnavul F. N. în vârstă de 57 ani, tatăl bolnavului No. 2 se îmbolnăveşte pe ziua de 15 Oct. în aceiaşi zi cu fiica sa care locueşte în aceaşi casă, debutul boalei fiind: frisson, urmat de temp. gastralgii, vărsături, ficatul palpabil iar splina coboară până în regiunea ombilicală.

Antecedente heredo-colot: Fica se îmbolnăveşte în aceiaşi zi prezentând aceleaşi simptome afară de splină care este sus mai palpabilă.

Antecedente personale. In luna Ian.-Febr. 1945 a suferit de tifus exantematic atât bolnavul nostru cât şi fica, fiul şi nora pentru care au fost izolaţi în spitalul mixt apropiat. Atât sora cât şi nora îmi arată căderea părului suferită în urma îmbolnăvirii de tifus exantematic.

Istoricul maladii. Boala a început în dimineaţa zilei de 11 Oct. 1945 cu un frisson care a durat până către seară, urmat de temp. 39^{5} gastralgii, vărsături, hipertrofia ficatului şi o splenomegalie, splina ajungând până în regiunea ombilicală foarte dureroasă la palpare, congestia conjunctivelor. I se instituie acelaşi tratament, în ziua de 14 Oct. devine afebril, boala terminându-se printr'o criză terminală cu transpiraţie şi poliurie.

Starea prezentă: Bolnavul e slăbit, afebril, nu are poftă de mâncare şi nu-şi mai face nici'un tratament, pentru ca pe ziua de 30 Oct. să fie complet restabilit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. No. 4. Bolnavul B. P. în vârstă de 57 ani se îmbolnăveşte pe ziua de 17 Oct. prezentând frisson urmat de temp., vărsături, gastralgii, temp., se menţine în platou timp de 5 zile, după care moare pe ziua de 22 Oct. 945.

Antecedente heredo-colat. Soţia şi trei fiice se îmbolnăvesc, prezentând aceiaşi simptomatologie, cu deosebire că temp. s'a menţinut între 37,8-38,5. Bolnavele nu au suferit de tifus exantematic.

Antecedente personale: Bolnavul a prezentat tifus exantematic în luna Feb. 1945, pentru care a fost internat în spital.

Istoricul maladiei. Boala a început cu frisson, timp de 4-5 ore în ziua de 17 Oct. c., după care a urmat temp., intrre 38^{8}-40^{0}, dureri abdominale, splina şi ficatul senzibile la palpare, vărsături, congestia conjunctivelor. Ise administrează aceiaşi medicaţie, febra se menţine în platou şi moare pe ziua de 22 Oct. în criză terminală.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie picnică cu paloarea tegumentelor şi conjunctivelor, este văzut din prima zi. Nu prezintă nimic de remarcat din partea aparatelor mari. Temp., s'a menţinut în platou timp de 5 zile când a sucombat.

Obs. No. 5. Bolnavul F. M. rudă cu bolnavii dela No. 1, 2 şi 3 s'a îmbolnăvit pe ziua de 25 Oct. 1945, prezentând frisson, febră, gastralgie, hipertrofia ficatului şi splinei, vărsături, congestia conjunctivelor.

Antecedente heredo-colat. Soţia s'a îmbolnăvit şi ea pe ziua de 26 Oct. 1945, având însă o temp. între 37,8—38,8 şi vindecându-se după 7 zile.

Antecedente personale. Bolnavul a suferit de tifus exantematic în lunile Feb.-Martie 1945.

Istoricul maladiei. Boala a început pe ziua de 25 Oct. 1945, cu frisson care a ţinut 3-4 ore urmat de temp., care s'a menţinut în platou, dureri hipogastrice, hipertrofia ficatului şi splinei, vărsături, congestia conjunctivelor. Febra s'a menţinut în platou şi în ziua de 2 Noemv. 1945 moare printr'o criză terminală cu transpiraţie şi poliurie. Bolnavului is'a instituit aceiaşi medicaţie ca şi la ceilalţi bolnavi din prima zi de boală.

La început aceşti bolnavi au fost luaţi de noi drept **malarici** şi trataţi ca atare. Am înnstituit la toţi tratament cu Atebrine câte 3 comprimate pe zi, timp de 5—6 zile, asociat cu un tonic cardiac. Febra a scăzut înntre 3—7 zile la 4 printr'o criză terminală cu transpiraţie şi poliurie; doi bolnavi au sucombat la sfârşitul temp. prin criză terminală, restul ameliorânndu-se şi având o convalescenţă lungă de 2—3 săpt. Numai 2 bolnavi au făcut tratament cu Calciu în perioada de convalescenţă.

Raportat la No. sufletelor din Satul G. Ţ. am avut o morbiditate de 15,01‰ şi o mortalitate de 2,01‰.

Faţă de aceste observaţii şi mai cu seamă că s'au semnnalat şi în alte regiuni ale ţării, îmbolnăvirile au un **caracter epidemic**, datorită mediului familial observat în cursul evoluţiei. Această epidemie e caracterizată prin apariţia bruscă a frisonului, urmată de febră cu o perioadă relativ scurtă (3—7 zile), hepatomegalie, splenomegalie, gastralgii, vărsături, congestia conjunctivelor.

Am căutat să fac diagnosticul diferenţial cu **tifusul exantematic** de care se deosebeşte prin evoluţia scurtă a temp, o splenomegalie, hepatomegalie, vărsături, gastralgie, lipsa petechiilor, iar 11 bolnavi au prezentat tifus exantematic în iarna anului 1944/45; cu **febra tifoidă**, care se deosebeşte prin evoluţia temp. şi perioada lungă a convalescenţei, cu **febra recurentă** care se deosebeşte prin faptul că bolnavii au avut numai o perioadă febrilă — (după maximum 7 zile au devenit afebrili); cu malaria, dar febra este continuă după care scade brusc urmată de o convalescenţă de lungă durată.

Imposibilitatea, în care ne-am aflat, de a recurge la date de laborator, scoate în evidenţă greutăţile în care activează medicul rural şi responsabilitatea ce-i incumbă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROPUNERI PENTRU OCROTIREA MAMEI ŞI A COPILULUI IN LEGĂTURĂ CU MORTALITATEA DIN CENTRELE DE OCROTIRE PENTRU COPII

de

Dr. LIVIU P. DARIU
Medic Primar
Director al Centrului de Ocrotire din Craiova

Ministerul Sănătăţii s'a sesizat de mortalitatea dela acest Centru şi făcând o comparaţie cu celelalte Centre, găseşte că acest Centru are mortalitate cea mai mare.

Intr'adevăr, mortalitatea la acest Institut atinge la copii sub 1 an 35—40%. Nu posedăm datele altor Centre, ştim însă că condiţiunile nu sunt aceleaşi, ca la celelalte Centre. Majoritatea Centrelor din ţară sunt adăpostite în clădiri care deşi sunt mai vechi, au fost construite pentru acest scop; deci de bine de rău posedă un minimum de aranjamente pentru funcţionare, ca Institut de Puericultură.

Centru din Craiova, care abea a început să funcţioneze mai sistematic din 1940, este adăpostit într'o clădire veche improprie pentru acest scop.

Cauzele mortalităţii din acest Institut se împart în 2 categorii:

1. Cauzele interne, cari provin din condiţiile în care funcţionează instituţia şi

2. Cauzele externe cari privesc constituţia ocrotiţilor.

1) **Cauzele interne.**

a) Instituţia ca atare nu este corespunzătoare pentru îngrijirea copiilor sugaci deoarece nu întruneşte nici cele mai elementare condiţiuni prevăzute pentru institutele de puericultură.

Aceste condiţiuni stabilite la al XXII Congres de Igienă dela Paris Octombrie 1935, expuse de Jules Renault, au fost publicate de D-l Docent universitar D-r Axente Iancu, în cadrul articolului „Hospitalismul copiilor de primă vârstă", în Mişcarea medicală română, No. 5-6/942.

b) Lipsa pavilionului de carantină ne pune în imposibilitate de a face o izolare atât de necesară în aceste instituţiuni.

Intr'un singur pavilion sunt adăpostiţi atât sugacii, cât şi copii de a doua vârstă, fără să putem izola pe cei suspecţi de boli contagioase, sau pe cei noui veniţi.

Tot în acest pavilion sunt adăpostite şi mamele, cari adesecori se culcă în saloane alături de copii lor.

Tot în acest pavilion este situată şi biberoneria, alături de closet. Secţia de sugaci este o improvizaţie cu totul improprie pentru adăpostirea sugacilor, lipsindu-ne complect posibilităţile pentru îngrijirea prematurilor şi debililor congenitali, cari contribue cu un număr foarte ridicat la efectivul instituţiei.

Situaţia şi aranjamentul acestui pavilion este de aşa natură, că copii sunt expuşi la cele mai mari variaţiuni de temperatură; vara temperatura în saloane atinge 35^0, iar iarna variază între 16-28^0. Incălzit cu sobe de teracotă. Lipsa oricărui sistem de ventilaţie.

c) Sub raportul îngrijirei situaţia nu este mai favorabilă.

Din cele nouă posturi de infirmiere abea 5-6 dacă sunt complectate în permanenţă şi aceastea, cu personal cu totul necalificat, în cele mai bune cazuri moaşe sau doici sau personal de serviciu ridicate la rangul de infirmieră, lăsând foarte mult de dorit în ce priveşte conştiinciozitatea. Astfel numărul copiilor ce revine unei infirmiere pentru îngrijire variază între 10-14 ceace este incompatibil cu o îngrijire suficientă.

d) Sub raportul alimentaţiei situaţia este tot atât de jalnică. In primul rând în Institut domneşte permanent o criză de lapte de mamă. Datorită reavoinţei mamelor, majoritatea nu au lapte nici pentru copii proprii şi refuză să alăpteze copii străini din care cauză copii sunt alimentaţi mixt sau artificial. Aprovizionarea cu lapte de vacă este deasemenea necorespunzătoare. Laptele se colectează la bariera oraşului la o distanţă de 2 km. dela toate lăptăresele, ajuns la Institut este de multe ori alterat. Lipsa unei ghetării proprii ne pune în imposibilitate de a-l conserva până a doua zi în condiţiuni prevăzute pentru igiena laptelui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

e) Lipsa unei locuinţe corespunzătoare pentru Medicul Primar Director ne pune în imposibilitate de a exercita un control asupra personalului la orice oră din zi şi noapte, din care cauză majoritatea personalului îşi face de cap transformând Institutul în casă de întâlnire sau lipsind din Institut în timpul serviciului.

2. **Cauzele externe cari privesc constituţia ocrotiţilor.**

a) Majoritatea copiilor primiţi în institut sunt fără nume, aduşi într'o stare de debilitate şi distrofie avansată şi prematuri.

Ceiace impresionează în primul rând pe cei cari activează în domeniul ocrotirei mamei şi copilului în această regiune, este marele număr de copii abandonaţi. Ca unul care am activat în mai multe regiuni ale ţării, pot afirma că în nicio altă regiune nu se practică acest obicei, atât de detestabil pentru rasa umană, ca în Oltenia. Răspândirea acestui obicei denotă o anumită mentalitate care se cere să fie schimbată. Această mentalitate este în parte şi consecinţa stării materiale precare în care se găseşte majoritatea populaţiei acestei regiuni atât de bogate, este şi consecinţa ignoranţei datorită lipsei de educaţie, de şcolarizare, deci întunericului în care a fost ţinută majoritatea populaţiei dela ţară, pentru a fi exploataţi şi pentru ca să nu-şi poată cere dreptul la o viaţă mai bună. Nu trece săptămână să nu ni se aducă la Centrul pt. Ocrotirea copiilor 1-2 copii găsiţi pe străzi în şanţuri, în grădini publice, în uşa bisericii, în tren şi alte locuri. In anul 1945 au fost primiţi în Institut 118 copii sub un an, din care 65 fără mama majoritate abandonaţi, In anul 1946 au fost primiţi

în Institut 79 din care 54 fără mame. La examinarea acestor copii se constată că toţi sunt într'o stare de nutriţie proastă, din cauza că mamele lor având intenţia să scape cât mai repede de ei, i-au sustras dela dreptul lor natural laptele de mamă şi i-au alimentat cu alimente nepotrivite pentru vârsta lor. De multe ori constatăm starea de înfometare, care nu poate fi făcută decât în scop criminal. Vârsta copiilor găsiţi este de cele mai multe ori aproape de naştere, dar de multe ori sunt şi copii mai mari chiar până la 1 an. In iarnă au fost aduşi numeroşi copii aproape înghetaţi, cu gura plină de pământ. Dintre mamele primite în institut majoritatea caută să se sustragă datoriei de a-şi alăpta copii şi multe din ele fug părăsindu-şi copii.

Din investigaţiunile făcute am putut constata că cel puţin 90% din mame încearcă diferite procedee pentru expulzarea fătului în timpul graviditătii, iar celor care nu le reuşeşte, încearcă chiar după naştere să scape de fătul lor prin diferite metode ca inaniţie, abandonare.

Astfel copii sunt aduşi într'o stare de distrofie de multe ori atrepsie, sunt puţin rezistenţi faţă de influenţele nocive ale Hospitalismului. Infecţiunile gripale cu toate complicaţiunile lor ca: Otite, Bronşite şi Broncho pneumonii la care se adaogă Rachitismul întreţin şi agravează starea de debilitate al cărei sfârşit este accelerat prin turburările de nutriţie primitive sau secundare. De cele mai multe ori prevedem soarta copilului totuşi nu putem refuza primirea unui abandonat sau orfan de mamă etc.

Am preluat conducerea acestui Centru în anul 1942 şi mi-am dat seama de greutăţile şi condiţiunile speciale, cari nu se pot compara cu celelalte centre din ţară, care au un aranjament interior mai potrivit pentru puericultură. Dela venirea mea la acest Centru am sesizat atât Onor Inspectoratul Sanitar cât şi Onor Minister cerând ajutoare pentru ridicarea Institutului la nivelul corespunzător, prin numeroase rapoarte şi cereri atât scrise cât şi personal. O satisfacere mai însemnată acestor cereri nu am putut obţine până în prezent. Unul din demersuri s'a făcut şi împreună cu Domnul Docent Universitar D-r M. Căncinlescu, pe atunci Directorul Spitalului Filantropia, care a condus şi Centrul de Ocrotire în anul 1941.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am cerut şi trimiterea unui arhitect din partea Ministerului pentru punerea în funcţiune a pavilionului II, ocupat până în prezent de şcoală de surori infirmiere. Unele fonduri a căror aprobare am obţinut-o încă în cursul anului 1945 nici până acum nu ne-au fost trimise (pentru canalizare). Am sesizat deasemenea şi serviciul sanitar al Municipiului pentru a se lua măsuri faţă de numeroase cazuri de abandonare.

Aceasta este pe scurt situaţia şi condiţiile în care este silit să funcţioneze acest Centru atât de deosebit de celelalte centre.

Credem deci că mortalitatea pe care o are privită prin prizma acestor condiţiuni nu poate fi comparată cu acea dela celelalte instituţiuni similare.

Propuneri pentru ocrotirea mamei şi a copilului.

Pentru prevenirea abandonării copiilor se impune evidenţa tuturor gravidelor. In acest scop surori de ocrotire cu atribuţiuni speciale pentru puericultură vor căuta să descopere toate gravidele în deosebi pe cele necăsătorite, cari caută să se ascundă şi îşi aplică diferite procedee pentru ascunderea şi chiar eliminarea fătului. Este necesară colaborarea

organelor de ocrotire şi cele poliţieneşti. Surorile de ocrotire vor conduce la dispensarul cu consultaţiuni prenatale toate aceste gravide pentru a fi examinate şi ţinute în evidenţă. Având în vedere prea numeroasele cazuri de abandonare cât şi uşurinţă cu care autorităţile administrative şi poliţieneşti trec peste aceste cazuri, propunem că în noua lege să se impună cercetări mai minuţioase pentru găsirea mamelor denaturate prevăzându-se sancţiuni severe, atât pentru funcţionarul care tratează chestiunea cu indiferenţă, cât şi pentru mamele cari şi-au abandonat copilul.

Dispensarele de puericultură în colaborare cu dispensarele prenatale, vor organiza cursuri, conferinţe şi şezători la cari gravidele vor fi obligate să ia parte, pentru a li se schimba mentalitatea, a li se trezi dragoste pentru copil şi a le da noţiunile elementare pentru îngrijirea şi alăptarea copilului. Această acţiune va fi condusă de Oficiile de Ocrotire de pe lângă Servicii'e Sanitare ale oraşelor sau ce'e judeţene pentru comunele rurale, organizând propaganda şi difuziunea cunoştinţelor de igienă şi medicină preventivă, ocrotirea şi îngrijirea copiilor, prin şezători, conferinţe, broşuri, afişe, filme, demonstraţiuni, premii, expoziţii, etc.

Gravidele ajunse la termen vor fi internate obligatoriu în maternităţi. Surorile de ocrotire vor continua să ţină în evidenţă mamele în timpul lehuziei, iar la eşire din maternităţi le vor conduce personal la Centrele de Ocrotire.

In nici un caz maternităţile nu trebue să elibereze mamele cu copilul lor ci să le predea surorilor de ocrotire.

Acesta este timpul când cele mai multe mame îşi abandonează copilul lor, sau trăesc ascunse pe la diferite persoane, îndurând mizerie şi foame, laptele în acest timp le scade, copilul ajunge în stare de distrofie, subalimentat şi contractă diferite maladii ca: Gastro enterită, Broncho pneumonie.

Adeseori vin la Centru de Ocrotire după câteva săptămâni dela naştere într'o stare deplorabilă, când copilului nu i se mai poate ajuta cu nimic, oricât de bună ar fi îngrijirea internă a Institutului. Este necesar a se impune sancţiuni pentru toţi cei cari vor să separe copilul de mama lor, în primul an vieţii; pentru a reţine mama ca personal de serviciu, doică sau în alt scop.

Educaţia tinerei generaţii trebue să înceapă încă în timpul şcolarităţii. Pentru aceasta vedem necesară înscrierea în programul şcoalelor de fete a studiului puericulturei, cu un număr mult mai mare de ore ca cel de până acum.

Pentru ca îngrijirea internă în Institut să fie cât mai bună, sunt necesare modificări care să întrunească toate condiţiunile prevăzute pentru Institutele de Puericultură.

In ce priveşte Cap. VI, pentru organizarea internă a Institutului propunem: să se amenajeze locuinţe pentru Medicul Primar Director, Medicul secundar şi personal administrativ. Având în vedere că atât medicii cât şi personalul dela Centrele de Ocrotire sunt lipsiţi de taxele pe care le au cei dela spitale, din îngrijirea bolnavilor, propunem ca acestora dela Centre să nu li se mai reţină chiria pentru locuinţa ce o au, conform prevederilor financiare actuale.

Având în vedere că munca întregului personal dela Centre de Ocrotire, atât medical cât şi cel administrativ, este mai multă, mai încordată şi mai istovitoare, propunem că acest personal să fie încurajat prin recompense date celor cari muncesc în plus, prin plătirea orelor suplimentare, iar personalului de îngrijire (infirmiere) prin prime de merit celor cari dovedesc devotament, pricepere şi se disting prin bună îngrijire a copiilor.

Blechmann propune în atenţia Ministerului Sănătăţii, după călătoria făcută în Statele Unite:

1. Noul născut normal sau prematur, este încredinţat pediatrului şi nu mamoşului.

2. Intrebuinţarea măştilor în secţiile de sugari de către personal, deasemenea a aerului umidifiat.

3. Pediatrii din New York sunt de părere că, dispariţia diareelor, de tip toxic, se datoreşte în mare parte întrebuinţării generalizate de frigorifere electrice, (Le Nourisson).

Iată dela ce detalii depinde rezultatul muncii depuse în Institutele de puericultură.

Sistemul biurocraţiei care dăinueşte încă, îngreunează foarte mult administraţia pentru aprovizionarea şi întreţinerea instituţiei.

Este nevoe de simplificarea atâtor forme inutile şi de o mai largă autonomie în conducerea Centrelor.

Este nevoe, de a avea posibilitatea pentru venituri proprii; deci înfiinţarea de secţii pentru internarea copiilor bolnavi.

Ordonanţarea taxelor de îngrijire pentru copii, cât şi subvenţiile necesare întreţinerei instituţiei, să fie avansate la începutul fiecărui trimestru.

Este umilitor să fim puşi în situaţia de a cere amânare dela furnizorul de lapte, pâine, etc., până la sosirea subvenţiei întârziate din Minister. De câte ori a trebuit să dau din buzunarul propriu, sau îi cer împrumut pentru a nu ajunge în situaţia să rămânem a doua zi fără lapte, etc.

Sperăm că regimul democratic cu vederi mai largi, cu intenţii bune, va păşi la realizări cari vor aduce ameliorări în funcţionarea acestor instituţiuni, iar munca de sacrificiu a medicului şi a personalului va fi apreciată şi ajutată.

OCROTIREA COPILULUI

de

Dr. D. MILOTA
Medic primar
Director al Centrului de Ocrotire pt. Gopii din Tg.-Mureş

Problema ocrotirii copilului s'a născut odată cu familia. Dar din momentul când singurul lui protector era familia şi până la legiferarea de către stat a protecţiei copiilor s'au scurs, desigur, zeci şi sute de ani, iar nevoile timpului au creat un nesfârşit lanţ de societăţi ocrotitoare ale plăpândului vlăstar omenesc.

Ajunşi la sfârşitul celui de al 2-lea răsboi mondial, ale căruĭ urme se văd încă fumegande, una dintre cele mai importante probleme care trebuie rezolvată definitiv, cât mai bine sub raportul practicului, în ţara noastră, este problema ocrotirii copiilor.

Copiii constituesc rezervorul capitalului biologic al unei naţiuni, menit să înlocuiască şi să complecteze rândurile celor jertfiţi pe altarul patriei, precum şi conducătorii de mâine ai ţării. Ei sunt nădejdea ţării şi către ei trebuie să ţintească în mod vădit privirile şi grijile noastre de azi şi de viitor. Numai asigurând o desvoltare fizică, intelectuală şi morală bune tinerelor vlăstare, putem şi avem dreptul să sperăm într'un viitor mai bun şi mai puţin zbuciumat decât timpul de azi. In vederea creerii acestui optim fagas, problema copiilor trebue serios reexaminată, complect şi definitiv rezolvată oricâte sacrificii băneşti ar pretinde. Nici un ban cheltuit în acest scop, nu este cheltuit degeaba căci el este banul dat spre fructificare în folosul neamului.

Problema ocrotirii copiilor a devenit deja de mult în ţara noastră o problemă de stat, dat fiind marea morbiditate şi mortalitate infantilă pe de o parte, iar natalitatea în vădita descreştere pe de altă parte.

Natalitatea şi mortalitatea sunt cei doi factori cari reglementează mişcarea populaţiei într'o ţară.

Raportul dintre aceşti 2 factori demografici este, la noi, cât se poate de alarmant. Tabloul statistic alăturat arată c'ar, ca în decurs de 10 ani natalitatea a scăzut cu 9,0‰ de locuitori, pe câtă vreme mortalitatea este aproape staţionară, ba chiar înregistrează o uşoară creştere (0,2‰).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anul	Nat. ‰ loc.	Mort. ‰ copii născuţi vii
1934	32.4	18,2
1940	26,5	18,9
1943	23,4	18,4
Dif. 10 ani	9,0‰	0,2‰

Fără îndoială, acest fenomen demografic naţional a fost semnalat de mult şi dezbătut în revistele noastre medicale de către cei mai ilustrii şi mai reprezentativi oameni de specialitate ca: Prof. D-r Moldovan I. Prof. D-r Gane, Prof. D-r Manicatide, Prof. D-r Graçoski, Prof. D-r Popovici, Doc. D-r Iancu, D-r C. Radu, D-r Nemoianu, etc....

Astfel stând lucrurile, s'ar putea considera ca neavenita lucrarea de faţă. Consideram însă ca o dezertare de la datorie, dacă nu am mai scrie articole asupra acestei probleme, înainte de-a fi definitiv şi cât mai bine soluţionată ocrotirea copiilor.

Nici un partid politic n'a trecut pela cârma ţării, fără să nu fi înscris în programul său, ca un punct de onoare, problema ocrotirii mamei şi copilului, dar din nefericire niciunul n'a făcut nimic sau aproape nimic. Articolele medicale au fost de multe ori prea savante, prea ştiinţifice iar programele prea politice ca să se fi putut

realiza ceva mai practic în acest domeniu. Ocrotirea medico-socială a copiilor cu şi la părinţi, se face prin faimoasele dispensare de puericultură, leagăne de copii, cămine de zi, şi spitale de copii sau prin secţiile de pediatrie de la spitalele judeţene (o raritate).

Ocrotirea copiilor dependenţi (abandonaţi) se face prin centrele pentru ocrotirea copiilor (fostele azile) ale Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale.

Copiii din aceste centre sunt declaraţi dependenţi de către secţiile tutelare de la tribunale, intrând astfel sub directa ocrotire a statului.

Avem următoarele centre: **Arad, Cluj, Craiova, Galaţi, Iaşi, Oradia, Sibiu, Târgu-Mureş, şi Timişoara.**

Centrele de ocrotire au menirea să asigure o asistenţă medico-socială complecta copiilor dependenţi, dela 0-16 ani.

Ele au un institut central (ocrotire închisă) şi un serviciu exterior pe teren, coloniile (ocrotire deschisă).

In institutul central sunt ţinuţi copiii sugaci, cei cari necesită îngrijiri medicale speciale (bolnavi) precum şi toţi ceilalţi copii până la plecarea lor în colonii, la părinţi crescători.

Pentru evitarea efectelor nocive ale hospitalismului, ţinerea copiilor în institutul central trebue să fie decât mai scurtă durată, (ideal aproape irealizabil). Regulamentul prevede ca fiecare institut să aibe o bucătărie de lapte bine utilată, un laborator pentru examenele curente, un muzeu de higiena infantilă, o bibliotecă de specialitate şi un serviciu de consultaţii (alt ideal prea puţin ajuns).

Activitatea fiecărui centru se desfăşoară în mai multe judeţe (cel puţin 4 judeţe) ceace constitue un mare neajuns. Neajunsul constă în imposibilitatea unui control serios pe teren, mai ales că lipsesc şi mijloacele de transport (maşina) şi în marele număr de copii pe fiecare centru. La primirea în institut, se dă întietate prematuri'or, debi'ilor congenitali, atroficilor, copiilor părăsiţi şi orfanilor.

In cazuri urgente copii sunt primiţi şi fără declaraţia de dependent fiind suficient un act eliberat de autorităţile administrative, urmând ca centru să ceară această declaraţie secţiei tutelare competente.

Pentru susţinerea şi încurajarea alăptării materne, sugarii sunt primiţi obligatoriu împreună cu mama lor, indiferent dacă alăptează sau nu.

Pentru acelaş motiv, fiecare mamă este menţinută în institut timp de 3 luni după înţărcare. Ingrijirea medicală în institutul central este asigurată de către un medic primar specialist în pediatrie şi puericultură, ajutat de unul sau mai mulţi medici secundari şi mai multe surori infirmiere. Pentrucă întradevăr îngrijirea medicală să fie asigurată în bune condiţiuni, este absolut necesar ca fiecare centru să aibe pentru fiecare **30** paturi un medic secundar, pentru fiecare **5** sugari sau fiecare **10** copii trecuţi de vârsta de 2 ani câte o soră infirmieră. In plus, fiecare centru să aibe şi o soră de ocrotire care să controleze şi să dirijeze activitatea surorilor infirmiere.

Fără această complectare de absolută necesitate, toată activitatea surorilor infirmiere este slabă şi aproape inexistentă. Acest deziderat trebuie urgent satisfăcut cu atât mai mult cu cât centrele

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de ocrotire au şi un rol educativ. Aşa se explică de ce majoritatea copiilor din centre nu ştiu nici să vorbească decât foarte, foarte târziu şi nici să mănânce. Masa constitue o scenă penibilă!

De conducătoare de grădiniţă nici nu poate fi vorba. Conducătoarele grădiniţelor dela centre trebue să-şi ia rămas bun dela orice înaintare. Cu acest material lipsit de cele mai elementare noţiuni de educaţie, ele nu pot realiza niciun progres iar la inspecţie, se înţelege, vor fi notate rău. Să faci educaţie şcolară unui copil care ştie deja să vorbească, dar nu să începi educaţia şcolară prin a-l învăţa să vorbească. Dacă surorile infirmiere actuale şi-ar da seama de importanţa rolului frumos pe care-l au faţă de aceşti nevinovaţi copilaşi şi ar fi mai puţin preocupate de grija corsoului, acest mare neajuns ar fi desigur cel puţin diminuat mult, dacă nu chiar înlăturat.

Remediul cel mai eficace ar fi înlocuirea tuturor infirmierelor actuale din toate instituţiile de copii, cu surori călugăriţe sau, în parte, prin controlul riguros şi conştiincios al medicilor secundari şi mai ales prin controlul clipă cu clipă al sorei de ocrotire cu titlul de revizoare contrală.

Fiecare centru trebue să aibe şi o supraveghetoare care să se ocupe numai de curăţenia instiiutului dirijind activitatea personalului de serviciu şi al doicelor. Fiecare colonie are sau trebue să aibe supraveghetoare de colonie. Activitatea tuturor supraveghetoarelor este controlată şi dirijată de către o soră de ocrotire numită revizoare de colonie. Funcţiunea de medic de colonie este îndeplinită în fiecare colonie de către medicul de circumscripţie pe a cărui rază de activitate se găseşte colonia respectivă(?). Activitatea tuturora este controlată şi dirijată de către medicul primar director al centrului, care este obligat să inspecteze cel puţin odată pe an toate coloniile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum supraveghetoarele nu sunt numite de către Ministerul Sănătăţii, dintre elementele cu pregătire şi nefiind deci trecute pe vreun ştat de plată ca orice funcţionar de stat, ele fiind în mod curent angajate benevol, dintre persoanele locale (soţii de preot, de învăţători, de notari, etc, etc,) este lesne de bănuit randamentul lor pe teren. La cea mai mică nemulţumire pe care ţi-ai arătat-o, renunţă la angajamentul luat invocând fel de fel de motive, dintre cari principalul este lipsa salariului.

Revizoarea de colonie să aibe obligatoriu domiciliul în colonia centrală deci pe teren şi nu în oraş, făcând naveta între institut şi colonii, ceeace nu este nici în avantajul ei şi nici în cel al instituţiei.

Medicii de circumscripţie să fie numiţi de către Minister nominal, drept medici ai coloniei care se găseşte în raza lor de activitate, iar medicului primar director să i se pună la dispoziţie o maşină pentru a putea face cât mai multe inspecţii pe teren şi nu cel puţin una pe an. Având în vedere importanţa controlului pe teren care este mult mai mare decât a oricărui alt medic, indiferent de titlul pe care-l poartă, trebue să se găsească fonduri şi pentru această maşină.

Dacă la fiecare centru ar exista pentru fiecare 30 paturi un medic secundar, echipele de puericultură — cel mai bun organ de

puericulturizare — prevăzute în regulamentul ocrotirii mamei și al copilului, ar putea deveni o realitate și nu un simplu deziderat.

Fiecare centru ar dispune în acest caz de câte 2 echipe de puericultură pe teren. Fiecare echipă se va compune dintr'un medic secundar cu un stagiu de 2 ani în institut sau în spital, ajutat de către o soră infirmieră cu practică în acest domeniu.

Personalul acestor echipe, cât timp lucrează pe teren, să fie plătit cu un salar dublu sau cu o diurnă demnă de muncă pe care sunt chemați s'o desfășoare pe ogorul spinos al puericulturii.

Acest plus de salar sau diurnă ar putea fi foarte ușor suportată chiar de către prefectura județului respectiv.

Părinții crescători primesc lunar pentru copiii cu vârsta sub 16 ani, prin direcțiunea institutului, o sumă de bani variabile cu vârsta copilului, numită taxă de îngrijire. Prin același sistem primesc anual îmbrăcăminte și încălțămintea necesară.

Aceste ajutoare bănești și materiale cer, mai ales în țara noastră, o serie nesfârșită de acte ceeace face ca împreună cu celelalte forme scripturistice zilnice ale instituției ca medicul primar director să nu se mai poată ocupa cu medicina și să se transforme deci, într'un funcționar de administrație, care face „printre picături" și puțină medicină. Acest mare inconvenient al centrelor pentru ocrotirea copiilor s'ar putea ușor înlătura redându-l pe medicul primar director funcției medicale firești, dacă toată această administrație a copiilor plasați în colonii, ar trece în sarcina biroului de ocrotire al S. S. Județean. Măsura aceasta ar fi simplă, justă și foarte practică.

Un alt și foarte mare neajuns și care pune centrele de ocrotire pe un plan inferior față de instituțiile spitalicești, este **lipsa unei secții de spital** și care se impune urgent a lua ființă.

Secțiile de spital ale centrelor, ar readuce pe același plan de considerație de spitalele de specialitate și ar satisface nevoia științifică atât a medicului conducător, cât mai ales a medicilor secundari veniți spre a se specializa în pediatrie și puericultură.

Fără această secție pregătirea lor este incomplectă și deaceea medicii secundari fug de centre înbulzindu-se la spitale.

Pentru soluționarea și justificarea criticelor aduse actualului sistem de ocrotire, propunem următoarele:

1. Înființarea pe lângă M. S. O. Sociale, a unui secretariat general al medicinii infantile, condus fie de către un Profesor Universitar de specialitate, fie de către unul dintre cei mai distinși medici primari de specialitate, numit pe 7 ani. Post cu desăvârșire apolitic!

2. Actualele centre de ocrotire din Cluj, Iași și Timișoara să se transforme în Institute de Puericultură, după modelul celui din București.

3. Directorii Institutelor de Puericultură să fie numiți Inspectori Generali de Medicina Infantilă.

4. Înființarea Consiliului de Medicina Infantilă, compus din 12 membrii și anume: 4 Profesori Universitari de specialitate, cei 4

Inspectori Generali ai Medicinii Infantile şi 4 Medici Primari de specialitate, câte unul de fiecare inspectorat.

5. Infiinţarea unui institut de surori infirmiere călugărite.

6. Pentru satisfacerea spiritului ştiinţific al medicilor şi pentru asigurarea unei pregătiri complecte de specialitate a medicilor secundari dela actualele centre de ocrotire, se impune fără nicio întârziere crearea unei secţii de spital (pediatrie) pe lângă fiecare centru.

7. Reducerea sferei de activitate a actualelor centre la maximum 2 judeţe.

8. Pe viitor să se înfiinţeze numai instituţii unice, sub numele de „Spital de copii" având fiecare câte o secţie de puericultură (activitate identică cu a centrelor de ocrotire) şi câte o secţie de pediatrie (spital propriu zis).

9. Pentruca echipele de puericultură să devie o realitate, trebue să se mărească numărul medicilor secundari în aşa fel ca la fiecare 30 paturi să fie câte un medic secundar.

10. Fiecare centru actual, să aibe câte două surori de ocrotire: una cu domiciliul şi activitatea în institutul central şi alta cu domiciliul şi activitatea în colonii.

11. Supraveghetoarele de colonii să fie numite de către M. S. dintre elementele cu pregătire, figurând fie pe statul de plată al institutului fie pe al S. S. Judeţean.

12. Medicii de circumscripţie cari au în circumscripţiile lor vre-o colonie, să fie obligaţi nominal de către M. S. să îndeplinească funcţiunea de medici ai coloniei respective.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

13. Toată administraţia copiilor plasaţi în colonii să treacă imediat în sarcina biroului de ocrotire al judeţului.

14. Pentru strângerea fondurilor necesare să se înfiinţeze „timbrul copilului" obligatoriu pentru fiecare scrisoare şi fiecae cerere.

Spitalul de stat din Tg.-Jiu
Serviciul de boli contagioase

ESTE EFICACE TRATAMENTUL TIFOSULUI EXANTEMATIC CU ATEBRINĂ ŞI INJECŢII DE CALCIU?

de

D-r CONST. LUPESCU
Medic primar

In decurs de un an şi 4 luni, până la 1 Iulie 1945, s'au internat în secţia de boli contagioase a spitalului Târgu-jiu, 457 bolnavi de tifos exantematic, proveniţi în mare parte, din populaţia judeţului Gorj, unde epidemia a fost adusă de militari şi de refugiaţi, din regiunile contaminate din Basarabia şi Moldova. Am înregistrat o mortalitate absolută de 13,34%.

Letalitatea ridicată faţă de epidemiile precedente ne-a determinat să asociem tratamentului simptomatic diverse tratamente pretinse specifice: ser de convalescent, stricnină, sulfamide; dar rezultatele obţinute n'au fost satisfăcătoare.

Van Meerendonk, citat în Ardealul medical Nr. 1/944 pag. 46, preconizează tratamentul cu Atebrina şi injecţii de calciu — Atebrina ar acţiona specific asupra agentului patogen iar calciu ar întări pereţii vasculari, ar împiedica inflamaţia ţesuturilor şi indirect ar ridica tensiunea arterială influenţând circulaţia periferică. El recomandă zilnic câte 3 tablete de Atebrină a 0,10 cmc., asociată cu injecţii de gluconat de calciu 20% sau clorura de calciu 10% — câte 10—20 cmc., intravenos. Se încetează administrarea Atebrinei după 7 zile sau mai devreme dacă febra a cedat. Injecţiile de calciu se continuă de preferinţă încă câteva zile. Autorul susţine că cu acest tratament fenomenele cerebrale grave dispar, că frecvenţa bronchopneumoniilor scade şi că mortalitatea este redusă la zero.

Am încercat această terapie pe 128 bolnavi dintre care 25 prezentau forme hipertoxice, 66 forme mijlocii, iar restul forme uşoare, dupe clasificaţia Prof. Danielopol. Tratamentul simptomatic a constat în analeptice vasculare în tonicardiace şi în hidratante. Ca analeptic vascular s'a injectat odată sau de 2 ori pe zi; Veritol, Veriazol, Coramin sau Cordisan, dupe posibilitatea de procurare. S'a recurs la Ouabaina în

administrare intravenoasă de 2—3 ori pe zi, câte 1/4 miligrame timp de 4—6 zile, ori de câte ori curba pulsului prin ascensiunea ei, în dezacord cu febra, arată o slăbire a miocardului. Predispoziția la colaps prin pierderea lichidelor și a clorurilor a fost combătută prin hidratarea organismului, la 2—3 zile, cu 400—800 cmc., de ser fiziologic subcutan.

Această terapie simptomatică a fost aplicată în toate cazurile hipertoxice și mijlocii, în afară de tratamentul specific.

Pentruca să apreciem eficacitatea unei medicațiuni este necesar s'o încercăm în cazurile grave.

Mortalitatea înregistrată cu Atebrină și calciu, în formele hipertoxice n'a fost mai scăzută decât cu celelalte terapii. Ea a fost chiar ușor ridicată: 88% față de 81% letalitatea generală ce am avut în formele hipertoxice.

Din cazurile pierdute, 18 bolnavi au sucombat prin toxiemie iar 4 bolnavi prin miocardită. Deși la 15 bolnavi tratamentul cu Atebrină și calciu a început în prima săptămână de boală, starea toxică n'a cedat și sfârșitul letal s'a produs dupe un tratament minimal de 7 zile. Stările de excitație sau depresiune nervoasă, apanajul formelor hipertoxice, caracterizate prin carfologie, trismuș, turburări de deglutiție, sughiț, n'au fost influențate. N'am observat acțiunea favorabilă a calciului asupra stărilor de colaps. Cercetând evoluția formelor mijlocii, n'am constatat scurtarea perioadei febrile.

Din cele 128 cazuri, în care acest tratament a fost aplicat, voi da în rezumat foile de observație a 2 bolnavi tipici:

Foaia de obs. Nr. 1369. In ziua de 31 Martie 1945, se internează în serviciul nostru, locuitorul St. C-tin, de 24 ani, original din Județul Dâmbovița, cu febră și stare tifică, ca suspect de tifos exantematic.

Bolnav de 4 zile, începutul brutal cu frisson și cefalalgii. De constituție medie, pe corp nu prezenta erupție, ochii injectați, limba saburală, figura vulturoasă. Conștient, acuză dureri de cap, amețeli, se simte foarte obosit și nu poate sta în poziție verticală. Temperatura 39², puls 128, nu tușește, este constipat, pulmonar nimic, ficatul și splina în limite normale, urina nu conține albumină.

Se instituie imediat tratamentul cu Veritol, ser fiziologic, Ouabaina, Atebrină 0,10x3 ori și injecții de calciu intravenos 10 ccc x 2, care se continuă zilnic.

2/IV. Apare erupția, starea generală se agravează.

3/IV. Reacția Weil Felix pozitivă 1/800.

5/IV. Delir, carfologie, tresăriri tendinoase. Erupția devine hemoragică.

8/IV. Cianoză caldă a extremităților, limba uscată, complect inconștient, tipa, ochii înfundați în orbite, fuliginozitați bucale, dispnee toxică, sughiț.

10/IV. Retenție de urină și incontinență de fecale. Cianoză rece a extremităților.

12/IV. Sucombă în a 17-a zi de boală, dupe ce a făcut o cură de 11 zile cu Atebrină și calciu.

Foaia de obs. Nr. 1396. Locuitorul C. N., de 30 ani din Comuna Turcinești Județul Gorj, vine în serviciul nostru în ziua de 2 Iulie 1944,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în a 5-a zi de boală, trimis de agentul sanitar ca suspect de tifos Exantematic.

Are ochii injecţiaţi, faţa congestionată, buzele prăjite şi limba saburală. Exantemul discret îşi face apariţia în regiunea scapulară şi pe abdomen. Este semiconştient, răspunde în monosilabe la întrebările ce i se pun. Temperatura 39°, puls 136. Te. art. 11—7.

Se instituie imediat tratamentul cu Veritol, ser fiziologic, Ouabaină, Atebrină 0,10x3 şi gluconat de calciu 10 cm., intravenos de 2 ori pe zi.

5/VII. Delir violent, bolnavul îşi aruncă cămaşa, părăseşte patul şi este ţinut de surori ca să nu iesă din salon. Exantemul a devenit pronunţat şi a cuprins restul corpului, exceptând faţa. Limba prăjită cu fuliginozităţi, dispneizant. Temperatura a scăzut la 37°, dar starea generală continuă să se agraveze. Agitaţia este înlocuită de stupoare, complect inconştient. Are carfologie şi subresouri tendinoase.

12/VII. Relaxarea sfincterilor.

14/VII. Sucombă în a 17-a zi de boală dupe ace a urmat o cură de 11 zile cu Atebrină şi injecţii de calciu.

La aceşti bolnavi tratamentul cu Atebrină şi calciu s'a început în prima săptămână de boală şi, deşi bolnavii au primit tratamentul pretins specific circa 10 zile, sfârşitul letal n'a putut fi împiedicat.

Ei au sucombat prin toxiemie.

Connchidem că observaţiile lui Van Meerendonk au fost făcute într'o epidemie fără gravitate şi că rezultatele bune pe cari le-a avut au fost datorite „genului epidemiei" iar nu medicaţii administrate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chiar în cursul aceleiaşi epidemii, în serviciul nostru, mortalitatea a înregistrat cifre extreme.

In Iunie şi Noembrie 1944 mortalitatea 0%.

In Decembrie 1944 mortalitatea 12%.

In Ianuarie şi Martie 1944 mortalitatea 23%.

Dacă în lunile Iunie şi Noembrie am fi administrat ca tratament numai Atebrină şi calciu, şi dacă s'ar fi tras concluziuni pripite, afirmaţiile lui Van Meerendonk ar fi părut fondate. Mortalitatea lunilor următoare în care epidemia s'a exacerbat, dovedeşte insuccesul tratamentului preconizat de acest autor.

Am găsit necesar să public ineficacitatea ce-am înregistrat-o cu Atebrină şi calciu în tratamentul tifosului exantematic într'o epidemie cu forme grave, pentruca administrarea lui în epidemiile cu forme uşoare să nu ducă la concluziuni optimiste.

Părerea noastră este că tratamentul preconizat de Van Meerendonk nu numai că nu este specific în tifosul exantematic, dar că el nu influenţează cu nimic evoluţia clinică a cazurilor, în special a celor grave.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI PRIN ŞOCURI HIPOGLICEMICE INSULINICE IN ASTM

de

D-r M. MOHORA

Medic Asig. Sociale Tr.-Măgurele

Astmul e privit ca un sindrom neuro-vegetativ funcţional sau organo-funcţional. Accesul survenind pe un teren funcţional special este expresiunea unei crise de **hipervagotonie** paroxistică broncho pulmonară declanşată în condiţiuni etiologice multiple printr'un mecanism neurogen pur, **astmul reflex** sau neuro-hormonal, **astmul anafilactic.** Tratamentul deci va avea în vedere factorii etiologici şi mecanismul patogenic, cari însă foarte des nu apar evidenţi şi deci conduita terapeutică devine foarte grea. Din această cauză tratamentul în cele mai multe cazuri se aplică prin tatonare, tinzându-se în ultimul timp la găsirea de mijloace generale cu acţiune nespecifică. Mijloacele importante încercate sunt: auroterapia, Vitamina C., hepatoterapia şi, cel mai important, şocul **hipoglicemic insulinic** (Wegierko). Tratamentul constă în injectarea zilnică sau la 2—3 zile, subcutan, de doze progresive de insulină repetate de 10—12 ori, producând un mic şoc hipoglicemic care se întrerupe prin soluţie de glucoză per os, sau intravenos, după 10—15 minute. Şocurile acestea bine suportate şi fără accidente au un efect sedativ remarcabil asupra stărilor astmatice, deşi modul de acţiune este încă nelămurit şi discutat. Ipoteza cea mai verosimilă este aceia care consideră că efectul este datorit sărăcirei în glucoză a celulei nervoase şi anoxemiei ei, determinând un blocaj momentan al activităţei patologice a sistemului nervos şi restabilirea echilibrului neuro-vegetativ perturbat. Deşi sunt semnalate cazuri cari rezistă, şocul insulinic dovedeşte o categorică superioritate asupra tuturor celorlalte mijloace antiastmatice şi deci este un tratament ce se impune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate numeroasele cercetări întreprinse în ultimul timp şi prin care s'au realizat progrese importante în cunoaşterea lui, astmul prezintă încă numeroase chestiuni obscure, iar tratamentul său constituie încă o problemă destul de grea pentru medic.

Astmul e privit de ştiinţa medicală ca un sindrom neuro-vegetativ funcţional sau organo-funcţional. Accesul de astm este expresiunea clinică a unei crize de hipervagotonie paroxistică broncho-pulmonară, survenind pe un teren constituţional special, în condiţiuni etiologice multiple şi declanşată, fie printr'un mecanism neurogen pur, fie printr'un mecanism neuro-humoral. In primul caz — astmul reflex — accesul are ca punct

de plecare o excitaţie pornind dintr'un punct oarecare al organismului şi acţionând asupra zonei pneumogastrice bulbare, iar în al doilea caz — **astmul anafilactic** — accesul are ca punct de plecare o perturbaţie humorală de tipul şocului coloidoclazic sau anafilactic. In tratamentul astmului deci, comportarea medicului va avea în vedere o acţiune complexă de sedaţiune a sistemului nervos vegetativ, de desensibilizare şi de suprimarea factorului iritativ astmogen, vorbind de tratamentul dintre crize al astmului propriu zis şi nu al accesului, când se recurge la: adrenalină, efedrină, atropină, retro-hipofizină sau unele din numeroasele combinaţiuni specializate sub diverse nume: evatmin, freinix, astmolyzine, astmosedine, serum Haeckel, felsol, perasthman, iminel, etc...

Accentul în tratament va cădea deci dela caz la caz pe una sau pe alta din cele 2 conduite şi comportarea va fi mai uşoară şi mai rodnică în cazurile în care factorii etiologici şi mecanismul patogenic sunt evidente. Din nenorocire însă, destul de des substratul etiologic şi firul patogenic nu ies la iveală şi deci, conduita terapeutică devine lipsită de jaloane. Din această cauză tratamentul în cele mai multe cazuri se aplică prin tatonare, după formule de ordin general, desensibilizarea nespecifică sau încercare de restabilire a echilibrului vegetativ prin mijloace de şoc. De aceea sforţările cercetărilor din ultimul timp tind mai ales la găsirea de mijloace generale de tratare, cu acţiune nespecifică, valabilă pentru oricare varietate de astm şi care să poată influenţa cu deosebire formele rebele şi durabile. Numărul încercărilor în acest sens este impresionant. Dintre toate mijloacele medicamentoase încercate însă şi recomandate în ultimii ani şi care s'au dovedit mai importante sunt:

1. **Auroterapia** recomandată de Dudan (Schw. med. Wscr. Nr. 6—1935 şi Nr. 4—1932) şi reluată apoi cu succes de Jaquilin (Sem. hop. Paris 15.VII.1935), Caussade (Rev. de med. VII.1935) etc., ar fi dat rezultate deosebit de bune; Dudan socotind că aurul lucrează prin acţiunea lui antibacilară, iar ultimii că lucrează prin acţiunea desensibilizantă nespecifică dar masivă a sulfului.

2. **Vitamina C** îşi datoreşte locul în terapia astmului lui Hagiescu, Bazavan, Crişcotă, Ciorănescu (Pr. méd. 28.IX.1938), deoarece încercările anterioare ale lui Hurst, Epstein, Diehl nu dădură rezultate prea satisfăcătoare întrebuinţând cantităţi prea mici şi mai mult ca auxiliar a altor mijloace.

3. **Hepatoterapia** remarcată de o mulţime de autori, ar influenţa cu deosebire astmul alergic (Mohl. Brit. med. j. 3725—1932).

4. **Şocul hipoglicemic insulinic** recomandat în ultima vreme pare însă cel mai important şi a fixat cu deosebire atenţia. Metoda şocurilor insulinice schiţată de Angelo (1932), apoi de Schilito (1934) a fost desăvârşită şi popularizată de Wegierko (1935) într'o serie destul de mare de lucrări.

La noi în ţară inspirându-se din lucrările lui Wegierko şi conducându-se după tehnica recomandată de autor, s'a aplicat această metodă la o serie de cazuri tenace în clinica D-lui Prof. Dumitrescu Mante de către D-na Dr. Păunescu Podeanu (teză 1941), obţinând rezultate mai mult decât satisfăcătoare şi conchizând că e vorba de un mijloc cu o acţiune dintre cele mai eficace, capabil de a rezolva deseori cazurile cele mai rebele.

BCU Iași / Central University Library Iași

Tratamentul constă în injectarea zilnică sau la 2—3 zile subcutan de doze progresive de insulină 40—50—60—70 etc., u, repetate de 10—20 ori, tatonând susceptibilitatea bolnavului până ce se obţine un mic şoc hipoglicemic (nelinişte, foame, tremurături, transpiraţii). Se lasă această stare cu manifestările ei timp de 10—15 minute, după care se întrerupe prin ingerarea de sirop de glucoză sau injecţie intravenoasă de glucoză înainte chiar să se ajungă la starea de comă sau subcomă hipoglicemică. Şocurile acestea au un efect sedativ remarcabil asupra stărilor astmatice, în majoritatea cazurilor fiind bine suportate şi nedând loc la accidente.

Concluziile D-nei Dr. Păunescu-Podeanu obţinute în cercetările D-sale prin metoda şocurilor hipoglicemice insulinice a lui Wegierko fiind din cele mai îmbucurătoare, cu o tehnică uşor de aplicat, am experimentat-o şi noi în cele câteva cazuri ce am avut şi ale căror rezultate le prezentăm:

Obs. 1. — Bolnava E. D. de 32 ani, a suferit în copilărie de rugeolă, scarlatină, malarie. De circa 5 ani face din când în când fenomene de urticarie. De mai multe ori pe an face bronşite acute prelungite şi rezistente. Dela vârsta de 26 ani, accese tipice de astm, mai cu seamă primăvara şi în legătură cu diferiţi factori ca: oboseală, umiditate, unele alimente (peşte, carne conservată). A fost văzută de diferiţi medici, care i-au prescris medicaţii diferite, după care ameliorarea venea, dar numai temporar, crizele repetându-se mai apoi. In ultimul timp aceste crize s'au accentuat survenind destul de des şi mai ales în timpul nopţii, încât bolnava neputând dormi a slăbit mult. Prescrise spasmoliticele obicinuite un timp, nu se produce aproape nicio modificare în starea bolnavei, ceeace ne determină să recurgem la şocurile insulinice.

Digitized by Google | Original from Univ. of Michigan

Incepem l-a injecţia cu 30 u. insulină „Bayer" subcutan. După $1/2$ oră bolnava transpiră uşor fără niciun alt fenomen de hipoglicemie, dar simţind uşoară ameliorare chiar în acea zi. In zilele următoare injectăm progresiv 40, 50, 60, 70, 80, 90 apoi 100 u. insulină. Injecţiile sunt tolerate foarte bine. Hipoglicemia se traduce mai ales prin fenomene depresive, oboseală, somnolenţă, fără însă a ajunge la subcomă, chiar după dozele mari de insulină. Se face o cură de 10 injecţii, după care bolnava se simte foarte bine, fenomenele astmatice fiind complect dispărute, stare ce se menţine încă 6 luni după tratament „cât bolnava a putut fi controlată".

Obs. 2. — Bolnavul I. G. de 45 ani, bronşitic cronic, emfizematos. De aproximativ 10 ani face crize de astm, la început uşoare şirare, mai târziu din ce în ce mai grele şi mai dese. Jenă respiratorie destul de accentuată şi între crize. Nimic important din partea celorlalte viscere. Fenomenele de bronşită se exagerează de obiceiu cu intemperiile. Accesele astmatice nu au un determinism evident. Poate frigul, umezeala, atmosfera viciată. Nu pare să existe o legătură nici cu alimentaţia. Intre tratamentele încercate ţigări antiastmatice, diferite spasmolitice, autohemoterapie, calciterapie, raze ultraviolete etc., au produs aarecare ameliorări, dar tranzitorii, crizele revenind iarăşi, iar în ultimul timp mai rebele şi tenace. Se administrează bolnavului o cură de insulină constând din 14 injecţii subcutane, progresive şi repetate zilnic. Crizele dispar ca prin farmec chiar

după prima ședință de șoc și bolnavul se transformă rapid din punct de vedere al stării respiratorii și generale. La sfârșitul curei este complect vindecat și această stare perzistă încă după 2 luni când bolnavul este revăzut.

Obs. 3. — Bolnava A. D. de 23 ani, Suferă de bronșită cu care a rămas dela vârsta de 6 ani în urma unei rugeole. La cea mai mică răceală, de mai multe ori pe an, bronșita se accentuiază și deasemeni expectorația devine abundentă. Dela vârsta de 17 ani accese tipice de astm, ce se produceau la început numai primăvara, dar care în ultimul an s'au agravat survenind în fiecare lună, tot mai grele și mai prelungite. De câteva lui are o stare ușoară de dispnee permanentă. La examenul clinic și radiologic bolnava nu prezintă pulmonar nimic deosebit. La 1 Mai 1945 se injectează subcutan 40 u. insulină. După 30 minute are senzație de somn. După o oră e obnubilată, cu transpirații profuze, senzații de sete, midriază pupilară. La 2½ ore, când fenomenele, s'au accentuat mult, se injectează intravenos 35 cc. ser glucozat 33%, după care bolnava își revine prompt. Se repetă injecția de 40 u. insulină subcutan apoi după 2 zile pauză, făcându-se în total 8 ședințe. Crizele de astm n'au mai apărut chiar după prima ședință și bolnava se simte tot mai bine și astăzi după 3 luni fiind ținută încă sub observație.

Observațiile relatate ca și cele ale D-nei Dr. Păunescu-Podeanu arată în mod evident acțiunea binefăcătoare a șocului insulinic asupra astmului, deși modul de acțiune este încă nelămurit și discutat. Cea mai verosimilă dintre ipoteze este aceea care consideră că efectul este datorit sărăcirei în glucoză a celulei nervoase și anoxemiei ei, determinând un blocaj momentan al activității patologice a sistemului nervos și restabilirea echilibrului neurovegetativ perturbat.

Din nefericire însă eficacitatea șocului insulinic nu e absolută, deoarece sunt și cazuri care rezistă așa cum semnalează și d-na Dr. Păunescu-Podeanu și cum au arătat și Goia, Gavrilă și Oprean în revista de Ginecologie-obstetrică-endocrinologie Cluj Nr. 4—1939.

Cu toate acestea însă șocul insulinic dovedește o categorică superioritate asupra tuturor celorlalte mijloace antiastmatice având o acțiune puternică antiastmatică de restabilire a echilibrului respirator, chiar în cazurile disperate, influențând prompt și perzistent starea bolnavilor, care se ameliorează dela o zi la alta cu o viteză surprinzătoare atât pentru bolnav cât și pentru medic.

Metoda șocurilor hipoglicemice a lui Wegierko este un tratament ce se impune deci cu deosebire în terapia modernă a astmului și care poate da satisfacție atât medicului cât și bolnavului.

D-r M. MOHORA: **Considérations sur le traitement par les chocs hypoglicémiques dans l'asthme.**

L'asthme est regardé comme un syndrome neurovégétatif fonctionnel ou organo-fonctionnel. L'accès survenant sur un terrain fonctionnel spécial est l'expression d'une crise de hipervagotonie paroxistique broncho-pulmonaire, déchaînée dans des conditions étiologiques multiples par un mécanisme neurogen pur-**l'asthme reflexe**-ou neuro-hormonal, l'asthme **anaphy-**

lactique. Le traitement aurait donc en vue les facteurs étiologiques et le mécanisme pathogénique, mais qui fréquemment n'apparaissent pas évidents, donc la conduite thérapeutique devient difficile. C'est pourquoi le traitement dans la plupart des cas s'applique par essai en tendant, le dernier temps, à trouver des moyens généraux avec action non spécifique.

Les plus importants moyens expérimentés sont: l'orothérapie, Vitamine C., hepatho-therapie et, le plus important, le chôc hypoglicémique insulinique (Wegierko). Le traitement consiste à injecter journellement ou tous les 2—3 jours, sous cutané, des doses progressives d'insuline répétées de 10 à 12 fois, donnant un petit chôc hipoglicémique qui s'interrompt par une solution de glucose per os, ou intraveineuse après 10-15 minutes.

Ces chôcs bien suportés et sans accidents ont un effet sédatif remarquable sur les états asthmatiques, quoique le mode d'action soit douteux et discutable.

L'hypothèse la plus vraisemblable est celle qui considère que l'effet est dû à la pauvreté en glucose de la cellule nerveuse et à son anoxemie, en déterminant un blocage momentané de l'activité pathologique du systhéme. Bien qu'on ait signalé des cas qui résiste, le chôc insulinique prouve une catégorique supériorité sur tous les autres moyens antiasthmathiques: il est donc un traitement de choix.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat din Novaci-Gorj

TRATAMENTUL CĂRBUNELUI PRIN ŞOCUL PROTEINIC

de

D. Alex. NICULESCU
Medic al Spitalului Novaci-Gorj

M. MARTINOVICI — Stud. Med. an V
I. GIUGIULAN — Stud Med. an IV

In patru cazuri de cărbune, dintre care unul cu localizare internă — forma gastro-intestinală — din cauza lipsei de ser anticarbonos, s'a aplicat tratamentul prin şocul proteinic, folosind formula Nolf (Peptosă Witte 5 gr., Na. Cl. 0,50 gr., apă distilată 100 gr.).

S'a făcut timp de două zile succesiv câte 30 cc. intramuscular, a 3-a zi 15 cc., a 4-a zi 10 cc., în toate cazurile s'a obţinut vindecarea.

In ultimul timp se observă în regiunea aceasta un număr din ce în ce mai mare de cazuri de cărbune.

Explicaţia acestui fapt desigur nu este prea greu de găsit. De mai mulţi ani de zile această regiune este lipsită în cea mai mare

parte din timp de personalul medical veterinar, iar atunci când se iveşte un medic veterinar pentru scurtă durată, acesta nu poate obţine cantităţile necesare de vaccin anticarbonos pentru vite, din care cauză numărul vitelor moarte din cauza acestei boale nu numai că nu poate scădea, dar este în continuă creştere.

Nu este mai puţin adevărat însă, că şi atunci când serviciul veterinar este bine organizat atât din punct de vedere al personalului cât şi din punct de vedere al aprovizionării cu seruri şi vaccinuri, vaccinările nu se pot efectua decât parţial din cauza mentalităţii încă existente la sătenii noştri că toate lucrurile se petrec „după vrerea lui Dumnezeu".

S'au ţinut şi se ţin conferinţe, s'au trimis afişe de propagandă, fruntaşii satelor — Preoţii şi Invăţătorii — arată oamenilor în toate ocaziile pericolul dălacului dela vite, riscurile ce le poate avea acela care foloseşte pieile vitelor moarte de această boală şi îndeosebi consecinţele funeste ale consumării cărnii acestor vite.

Cu toate aceste eforturi ce sunt făcute de aceia cărora le este încredinţat capitalul biologic al acestui neam, rezultatele sunt uneori descurajatoare.

In cele mai multe cazuri sunt ingnorate cu o încăpăţânare revoltătoare toate îndemnurile ce li se dau, calcă dispoziţiunile legale în ceeace priveşte modul cum trebuiesc înmormântate aceste vite moarte de dălac lăsându-le pradă celorlalte animale care-şi înplinesc cu prisosinţă misiunea de propagatoare ale boalei.

Din luna Mai a. c. şi până în prezent au fost internate în acest spital 8 cazuri de pustulă maligna — dintre care 6 cazuri numai în cursul lunei August — un număr destul de important, având în vedere în primul rând că aceste cazuri aparţin numai la două Comune — Ciocadia şi Crasna — iar în al doilea rând socotesc că este un număr important, fiindcă au fost ani — spre ex. 1937 şi 1940 — când n'a existat decât un singur caz în fiecare an, iar în anul 1942 niciun caz.

In cursul lunei August fiind surprins de un număr mai mare de cazuri fără cantitatea suficientă de ser anticarbonos fiindcă la cererea de medicamente ce făcusem anterior nu mis'a trimis nicio fiolă deoarece nu avea nici depozitul — m'am văzut nevoit de a recurge la un alt tratament decât acela cu ser anticarbonos, şi fiindcă dintre toate, acela care prezenta după toate statisticile rezultatele cele mai bune, era acela prin şocul proteinic, l-am aplicat pe acesta.

Am folosit pentru aceasta formulă Nolf (Peptona Witte 5 gr. Na. Cl. 0,50 cgr. apă distilată sterlizată la 120°—100 gr).

La aceasta, D-l Farmacist C. Vasilescu din această comună care a preparat soluţia, a mai adăugat o cantitate mică de fenol, pentru a-i asigura o sterilizare complectă.

Din această soluţie am injectat două zile succesiv câte 30 cc. intramuşcular, a treia zi 15 cc., iar a patra zi 10 cc.

Vaccinezza, Inda şi Posse care au practicat tratamentul acesta prin şoc proteinic cu soluţia peptonată şi clorurată a lui Nolf au propus chiar să substituie tratamentului cu ser anticarbonos, proteinoterapiea.

Autorii recomandă să se facă de 2 ori pe zi câte 30 cc. până la vindecare.

Statistica prezintată de acești autori pe un număr de 59 cazuri dă o mortalitate de 5,77%.

In Argentina de câțiva ani acest tratament a început să fie aplicat pe scară întinsă. Noi am aplicat acest tratament în patru cazuri: două femei (una cu pustulă pe antebrațul drept; alta cu o pustulă pe antebrațul stâng și cu localizare internă — formă gastro-intestinală) —; și doi bărbați (unul cu pustulă a feței — obrazul stâng, iar altul cu pustule multiple pe antebrațul stâng față anterioară, cu un edem foarte pronunțat al întregului membru superior).

Dăm mai jos foile de observație ale acestor patru bolnavi:

Obs. Nr. 1. Bolnavul H. P. de 41 de ani, căsătorit agricultor, din comuna Crasna-Gorj intră în acest spital în ziua de 28 August a. c. pentru febră 39° 8, dureri de cap și o pustulă a obrazului stâng.

Antec. heredo-colaterale. Nimic de reținut.

Antec. personale. Fără importanță.

Istoric. Cu o săptămână înainte murindu-i o vită a jupuit-o împreună cu rudele sale — bolnavii dela obs. 2 și 3 — iar din carne au consumat în familie și au mai dat și altor locuitori din comună.

După patru zile a simțit o mâncărime pe obrazul stâng și a văzut apărând o veziculă; a început să aibă dureri de cap și temperatură din care cauză s'a prezentat pentru internare în acest spital.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție bună, cu țesutul celulo — adipos bine desvoltat prezintă pe față — obrazul stâng — o pustulă de mărimea unei piese de 10 lei, compusă dintr'o zonă necrotică centrală înconjurată de vezicule — Zona lui Chausier — totul aflându-se pe o zonă foarte edemațiată și dură, edem care a prins și pleoapele ochiului de aceași parte. Bolnavul acuză dureri de cap foarte pronunțate, o stare generală rea, având temperatură 39° 6.

Aparatul respirator, nimic deosebit.

Aparatul cardio-vascular. Cordul în limite normale. Nu se aude nicăun sgomot supra adăugat. Puls 116 pe minut.

Aparatul digestiv. Limba saburală, anorexie. Abdomenul suplu.

Sistemul nervos și aparatul genito-urinar, nimic deosebit.

Tratamentul. Se fac 4 cc ol. camphorat; se cauterizează cu termocauterul întreaga pustulă și toată zona înconjurătoare; apoi se injectează intra-muscular 30 cc. din soluția Nolf. După 3 ore face un frison de intensitate redusă. După 6 ore dela injectarea soluției peptonate și clorurate bolnavul spune că se simte foarte bine. Temperatura fiind totuși 39° 2; a doua zi dimineața, temperatura 38° 8, se mai injectează 30 cc. din soluția Nolf. Seara temperatura este 40 grade — desigur la aceasta a contribuit și șocul proteinic.

Starea generală este foarte bună, iar edemul începe să cedeze.

A treia zi se injectează 15 cc., iar a 4-a zi 10 cc., după care fenomenele generale cedând, iar cele locale reducându-se mult, se suprimă tratamentul cu soluția Nolf și se continuă numai cu pansamentele locale până în ziua de 8 Sept. a. c. când escara cade și părăsește spitalul vindecat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. Nr. 2. Bolnavul D. I. de 39 ani, căsătorit, agricultor, din comuna Crasna-Gorrj vine în acest spital în ziua de 28 Aug. a. c. pentru pustule multiple pe antebrațul stâng, fața anterioară, edem pronunțat al întregului membru superior, dureri de cap și temperatură 38⁰ 4.

Antec. heredo-colaterale și personale. Fără inportanță.

Istoric. S'a infectat dela aceiași vită cu care s'a infectat și cumnatul său H. P. dela obs. Nr. 1 și înacelaşi mod — ajutându-l la jupuitul vitei și consumând carnea vitei moartă de dălac. După 3 zile a văzut apărând pe antebrațul stâng — fața anterioară — la nivelul unor sgârieturi pe care le avea dela muncă, mai multe băşici cu o senzație de usturime. Acestea cresc, membrul superior se umflă în întregime, bolnavul simte dureri de cap și temperatură din care cauză se internează în spital.

Starea prezentă. Pe antebrațul stâng din reunirea celor 5—6 pustule câte prezenta la început bolnavul prezintă acum numai 2, de dimensiuni diferite: una rotundă cu diametrul de circa 2 cm., iar alta — o formă alungită — de vreo 5 cm. Pustulele prezintă aspectul caracteristic.

Temperatură 38⁰ 4 puls 96 pe minut.

Aparatul respirator, circulator, digestiv, etc., nu prezintă nimic deosebit.

Tratament. După ce i se injectează 3 cc. ol. camphorat, se cauterizează pustulele cu termocauterul și se aplică un pansament local; i se injectează intra-muscular 30 cc. din soluția Nolf.

După circa şase ore fenomenele generale și locale încep să se atenueze; a doua zi se injectează aceiași cantitate; a treia zi 15 cc., iar a patra zi 10 cc.

În ziua de 8 Sept. a. c. părăsește spitalul vindecat.

Obs. Nr. 3. Bolnava H. E. de 42 ani, soția lui H. P. dela obs. Nr. 1 vine în spital tot în ziua de 28 Aug. a. c. pentru dureri violente abdominale, vărsături, diaree sanghinolentă și o pustulă pe partea posterioară a antebrațului stâng 1/3 superioară.

Antec. heredo-colaterale și personale. Fără inportanță.

Starea prezentă. Bolnava de constituție mijlocie, cu țesutul celulo-adipos slab desvoltat, cianozată, cu hipotermie 35-35⁰ 6, extremitățile reci, sudori reci. Puls filiform — 104 pe minut — cu o stare de delir trecătoare; prezintă pe fața posterioară a antebrațului stâng în 1/3 superioară o pustulă cu aspect caracteristic — cu fenomene locale foarte puțin pronunțate care contrastează cu fenomenele generale foarte alarmante.

Aparatul digestiv. Limba saburală, abdomenul balonat. Prezintă vărsături incoercibile; nu reține nici cele mai mici cantități de apă; violente dureri abdominale, cu deosebire în regiunea epigastrică, diaree sanghinolentă, tenesme.

Aparatul respirator. Frecături pleurale la ambele baze.

Aparatul circulator. Nimic deosebit.

Tratament. Se injectează 5 cc. ol., camphorat; se dau 10 picături de Tintură strofantus; se cauterizează pustula dela antebraț și se aplică pansamentul local, apoi se injectează intra muscular 30 cc., din soluția Nolf. După prima injecție nu se produce nicio ameliorare și nici nu are niciun fel de reacție de ordin general. A doua zi se injectează 30 cc. dimineața, iar până seara starea bolnavei este complect schimbată. Dureri abdominale, vărsăturile și diareea cedează. A treia zi se injectează 30

BCU Iași / Central University Library Cluj

cc; a patra zi 15 cc; a 5-a zi 10 cc., după care numai prezintă absolut nicio turburare. Pleacă vindecată în ziua de 8 Sept. a. c.

Obs. Nr. 4. Bolnava M. D. de 67 ani, casnică, din comuna Pociovaliştea-Gorj, vine în spital în ziua de 8 Septembrie a. c. pentru „o bubă neagră" pe antebraţul drept, ameţeli, temperatură, dureri de cap.

Antec. heredo-colaterale şi personale. Fără inportanţă.

Starea prezentă. Bolnava de constituţie mijlocie prezintă pe antebraţul drept — faţa externă — o pustulă cu aspectul foarte caracteristic. Are ameţeli şi temperaturră 39° 4. Puls 116 pe minut.

Aparatul respirator nu prezintă nimic deosebit.

Aparatul circulator. Sgomotul al doilea la focarul aortei mai accentuat; cordul în limite normale. In rest nimic deosebit.

Tratament. Se injectează intra muscular 30 cc. soluţia Nolf, 3 cc., ol. camphorat, se cauterizează pustula, se aplică pansamentul local. A doua zi se injectează 30 cc., iar a treia zi 20 cc.

Se suprimă tratamentul socotindu-se inutilă continuarea, întrucât fenomenele locale şi generale au dispărut.

Din expunerea acestor patru cazuri două fapte importante se desprind:

1) rezultatul foarte bun — chiar la o vârstă mai înaintată (67 ani obs. IV) — obţinut prin aplicarea tratamentului prin şocul proteinic cu atât mai mult cu cât într'unul din cazuri (obs. 3) a fost vorba şi de o localizare internă, forma gastro-intestinală.

2) deşi cu toţii au consumat carnea din vita moartă de dălac, numai unul dintre aceştia (obs. 3) a făcut forma internă — gastro intestinală —, ceace confirmă faptul că pe cale intestinală, cărbunele nu poate infecta decât acolo unde este o soluţie de continuitate a tractusului (ghimpii şi paiele ţepoase ale lui Pasteur, la animale).

Bacteridia carbonoasă este oare cum ciudată (Prof. Plătineanu şi Prof. Bâlteanu). Sub formă de spori are o rezistenţă remarcabilă, iar sub formă bacteriană are o fragilitate specială; sucul gastric şi sucul intestinal o lizează. Deci infecţiile pe cale gastro intestinală nu se pot face decât sau pe sus, la poarta amigdalo-faringiană, sau de-a lungul tractusului intestinal, când acest tractus prezintă soluţii de continuitate.

După experienţele lui Sanarelli, sporii ingeraţi care n'au declanşat boala, pot stagna chiar săptămâni întregi în tractusul intestinal — îndeosebi in coecum — fără să se desvolte, deoarece sucul intestinal le împiedecă desvoltarea. Marcofage care au înglobat sporii, pot pătrunde în vasele chilifere, de aci în ganglioni, splină, măduvă osoasă, etc., unde pot rămâne un timp care poate trece de două trei luni. Survenind o circumstanţă agravantă pentru organismul purtător, o injecţie cu chinină, sau de nucleinat de sodiu, etc. mononuclearul cu spori sufere şi se lizează, sporii sunt puşi în libertate şi pot da infecţia cu cărbune.

Se petrece în acest caz cu sporul carbonos acelaş proces care a fost semnalat cu sporii tetanici (în tetanosul zis spontan) de către Vincent.

In afară de tratamentul prin socul proteinic se aplică de alţi

autori tratamentul prin pyocianază. Bouchard şi Charrin, Woodhead şi Cartwright au demonstrat că există un antagonism între bacteridia cărboncasă şi bacilul piocianic.

Fortineau a întrebuinţat toxina piocianică —; se injectează 10-20 cc., de cultură piocianică sterilizată prin căldură şi încâteva ore se observă diminuarea edemului şi ameliorarea stării generale.

Alte tratamente propuse sunt acelea cu Neosalvarsan 0,45-0,60 ctg. la 3-4 zile; injecţii cu electrargol, atoxyl, etc.

Intoate cazurile grave nu trebuie să lipsească medicaţia tonicardiacă.

Am socotit necesar de a publica aceste cazuri, deoarece s'ar putea întâmpla mai multor colegi de a se găsi în faţa unor cazuri de cărbune fără a avea la îndemână serul necesar şi în acest caz ar putea recurge la acest fel de tratament cu rezultate foarte bune, cu atât mai mult cu cât formula este foarte simplă, iar prepararea sa nu este prea dificilă pentru un farmacist dotat chiar cu o instalaţie de laborator dintre cele mai modeste.

D-r Alex. Niculescu: Le traitement du charbon par le choc protéinique. En quatre cas de charbon, l'un avec localisation interne — forme gastro intestinale — à cause d'absence du ser anticharboneux, on a appliqué le traitement par le choc protéinique en usitant la formule de Nolf (Peptone Witte 5 gr. Na. Cl. 0,50 ctg. Eau distilée 100 gr).

On a fait deux jours succesivement — chaque jour 30 cc. intramusculaire; 3-ème jour 15 cc., 4-ème jour 10 cc.

Dans tous les cas on a obtenu la guérison sans que le choc soit trop puissant.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r Alex. Niculescu. Die Behandlung des Antrax durch prothäinischen Anschlag. In vier Antraxfällen, darunter einer mit innerer Lokalisierung (eine gastro-intestinale Forme) infolge mangelndes anticharbonischen Serum wurde-gemäss Nolf's Formel (Peptona Witte 5 gr. Na. Cl. 0,50 ct. Wasser 100 gr.), die Behandlung durch prothäinischen Anschlag angewendet.

Es wurden, während der ersten zwei Tagen, täglich 30 cc. intramuskulär geimpft; in dem dritten Tag 15 cc.; in dem vierten 10 cc.

In allen Fällen ergab sich die Heilung ohne dass der Anschlag zu stark war.

Spitalul de Stat din Târgovişte

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PENICILINO-TERAPIEI ÎNTR'UN CAZ DE TETANOS ACUT

de

Dr. IOAN V. POPESCU şi Dr. V. GASNAŞ

Prezentăm acest caz, nu pentru faptul rarităţii sale, ci pe motivul că aflându-ne într'o situaţie disperată, întrucât serul antitetanic aplicat nu-şi arăta eficacitatea, fie prin aplicarea lui tardivă, fie prin pierderea

proprietăţilor sale antitoxice (fiolajul neavând marcat timpul de eficacitate) iar administarea de una fiolă a 200.000 u. de penicilină a oprit mersul evoluţiei în decurs de 48 de ore de la începutul aplicării sale.

Dăm foaia de observaţie. Bolnava E. P. în vârstă de 30 ani de profesiune casnică din Com. Săcueni Judeţul Dâmboviţa este adusă în spital în ziua de 7.IX.1946 cu trismus, opistotonus, febră 39 şi contracturi paroxistice în membre foarte dese.

Antecedente. Regulat menstruată, căsătoriţă două sarcini la termen, neagă maladii infecto-contagioase.

Istoric. Boala actuală datează dela 4 Septembrie (3 zile) cu debut brusc şi cu accentuarea fenomenelor progresiv.

In ziua de 4/IX/946, a prezentat uşoară cefalee, indispoziţie, curbatură, iar către seară greutate în masticaţie.

In ziua de 5/IX fenomenele s'au accentuat iar pe ziua de 6/IX consultă un medic şi care recomandă internarea în spital de urgenţă.

Pe ziua de 7/IX bolnava este adusă în spital cu trismus, opistotonus la extrem, asociate contracţii paroxistice foarte dese.

Ex. obiectiv. Facies anxios, proeminenţa masticatorilor sub piele, arcadele dentare apropiate aşa de mult încât bolnava nu-şi poate deschide gura, ceafa rigidă, iar coloana vertebrală în hiperextenzie, bolnava sprijinindu-se în cap şi călcâie (poziţie ca un arc de arcuş de vioară).

Ex. cardio-vascular. Sgomotele cardiace normale, nimic supraadăogat, pulsul regulat, ritmic egal, 120 bătăi pe minut T. A. 12/6.

Ex. ap. pulmonar. Respiraţia dificilă în timpul acceselor paroxistice. Nu se percepe nimic deosebit la pulmon.

Biblioteca Universitatea Library Cluj

Ex. ap. tub digestiv. Limba şi cav. bucală nu se pot examina. Constipaţie, splina şi ficatul în limite normale.

Ap. urinar. Diureza păstrată, în urină nor fin de albumină.

Sistemul nervos. Reflexe osteotendinoase exagerate. Babinschi prezent, phisicul păstrat, teama contracţiilorr paroxistice.

Conduita terapeutică. In ziua internărrii 7/IX i se administrează 2 cmc. anatoxină tetanică şi care s'a repetat la 4 zile în doze progresive, clismă glucozată şi chloral hidrat, urotropină intravenos, iar pecs pic cu pic lichide lacto zaharate.

Ser antitetanic, neputându-se procura în aceeaşi zi, nu i s'a administrat.

In ziua de 8/IX i se administrează 150.000 unit antitox. ser antitet.

9/IX	„	150.000	„	„	„	„
10/IX	„	100.000	„	„	„	„
11/IX	„	100,000	„	„	„	„
12/IX	„	100.000	temperatura, pulsul, se			
13 IX	„	100.000	menţine în platou.			
14/IX	„	100.000				
15 JX	„	100.000				

In totul i s'a administrat 900.000 unităţi antitoxice, cantităţile administrate fiind în funcţie de procurarea lor de către bolnav.

In ziua de 15/IX starea generală a bolnavei înrăutăţindu-se iar ser nemaiputându-se procura şi ca ultimă salvare a bolnavei am încercat

administrarea unei fiole de 200.000 u. de penicilină câte 15000 u. din 3 în 3 ore.

In ziua de 16 şi 17/IX., bolnava fiind sub administrarea penicilinei fenomenele generale se menţin cu aceaş intensitaté, pentru ca în ziua de 18/IX temperatura să scadă cu un grad dela 39^8—38^8 pulsul revenind la 100 bătăi pe minut, contracţiile dureroase scad treptat atât ca număr cât şi ca intensitate pentru ca în ziua de 20/IX să nu mai apară nicio contracţie paroxistică. Opistotonusul a început să cedeze, iar bolnava putând să facă mişcări libere în articulaţia membrelor inferioare, păstrând totuşi o uşoară regiditate, trismusul a cedat şi el treptat pentru ca în ziua de 22/IX bolnava să se poată hrăni deabinelea.

Din punct de vedere al maladiei „tetanos" bolnava o considerăm vinndecată, rămânând o uşoară rigiditate musculară generală, care va ceda sub influenţa timpului. Prezenţa încă în spital a bolnavei se datoreşte faptului că prezinntă la ochiul stâng un ulcer cornean pentru care urmează tratamentul medicului oculist.

Din expunerea cazului nostru reese evident importanţa tratamentului cu penicilină în asociere cu ser antitetanic.

Serul antitetanic a neutralizat pe cât posibil toxina din circulaţie, iar anatoxina tetanică a dat naştere la anticorpi cu efect tardiv, iar penicilina a acţionat sigur şi direct asupra bacilului Nicolaër cărui poartă de intrare se bănuia că ar fi fost în fisurile de la labele picioarelor.

Nu cunoaştem precis acţiunea penicilinei asupra bacilului şi sporului antitetanic fie direct asupra bacilului distrugându-l, fie distrugându-i flora de asociaţie, fie anihilindu-i puterea secretorie de toxicitate.

Gardiner susţine că şi sporul ar fi sensibil la penicilină.

Levaditi susţine că asupra micro-organismelor; „perzistenţi la penicilina" ea nu ar avea decât numai acţiune bacteriostatică.

In concluzie: asocierea penicilinei serului antitetanic deschide orizonturi noui în terapeutica tetanosului, una din cruntele maladii care deşi rare în timp de pace mai des în timpul războaelor dă o mortalitate foarte mare.

BIBLIOGRAFIE

Maria Iacobson-Melzer şi V. Melzer: Penicilina-farmacodinamie. — Bals Matei: Practică chimio-terapiei antimicrobiane.

Analize

Cărţi — Monografii — Teze

Bacteriologie

D. HAGIESCU, I. MIRA, I. GRECEANU şi C. GHERONDACHE: **L'action de l'aspergillus s. III, sur le bacille de Koch.** — Medicina Română, No. 6/1946.

Autorii au reluat din Sept. 1945, cercetările întreprinse din Febr. 1943, în laboratorul de cercetări bacteriologice ale serv. de T.B.C. al Spit. Brâncovenesc din Bucureşti, cercetări întrerupte din cauza evenimentelor în curs. Dintre ciupercile inferioare desvoltate pe unii tubi de cultură păstraţi în laborator de 30—40 zile, au izolat 7 specii, dintre cari au observat că o ciupercă notată S. III, a prezentat o remarcabilă putere nocivă asupra bacilului Koch uman, ciuperca a fost identificată ca o varietate de Aspergillus, pe care au numit-o A. S. III. Experimentând asupra condiţiilor de asociaţie între bacilul Koch uman şi ciuperca A. S. III; modificările produse de A. S. III asupra bacilului Koch; modificările biologice de nedesvoltare ale culturilor şi făcând consideraţiuni clinice, autorii în acest articol trimes la redacţia revistei la 20 Mai 1946, au ajuns la aceste concluziuni: 1) Modificările observate sunt datorate la condiţiile speciale de viaţă la care a fost supus bacilul Koch în prezenţa unui mediu de cultură, a unei substanţe excretate de ciuperca A. S. III. 2) Pierderea acido-rezistenţei este un fenomen specific, capital. 3) Modificările de structură, coloraţia ca şi turburările biotice observate sunt datorate principiului excretat de ciupercă, care are o acţiune electivă asupra bac. Koch. 4) Acest principiu specific deslănţue o involuţie rapidă a bacililor, proces de involuţie artificială urmat de nedesvoltarea coloniilor în însemânţările următoare. 5) Ciuperca Aspergillus S. III, are o acţiune nocivă asupra bac. Koch, suşe umană, în culturi asociate. Această acţiune este pusă în evidenţă prin aceste fapte: a) Modificări ale structurii bacililor; b) Pierderea acido-rezistenţei; c) nedesvoltarea coloniilor după reînsămânţări pe mediile uzuale de cultură. Ulterior, autorii vor prezenta rezultatul cercetărilor în curs asupra acţiunei bacteriostatice a A. S. III, asupra bacililor Koch şi modul de acţiune al acestor bacili inoculaţi la animalele de experienţă.

M. C.

Hematologie

Prof. GH. TUDORANU, C. CNIȘ, P. DUMITRIU, P. TOPĂRAȘ: **Contribuțiuni la tratamentul anemiilor hipocrome cu fier incubat în suc gastric.** — Pagini medicale, No. 7—9/1946.

Rezorbția fierului în organism, administrat per os, este în funcție în primul rând de acidul clorhidric din sucul gastric, care îl transformă într'un compus ușor resorbabil, o formă feroasă bivalentă. Bazați pe acest fapt, autorii au administrat la copii anemici fier incubat în suc gastric timp de 24 ore. Au scos suc gastric dela persoane sănătoase; au dozat fiecărui produs aciditatea; au adăogat o cantitate de fier redus prin hidrogen; au lăsat la termostat la 37° timp de 24 ore; la sfârșit au filtrat produsul și au dozat cantitatea de fier combinat. Administrarea s'a făcut de 3 ori pe zi, după mese, cu linguriță; în doză de 2,5 mgr. odată, deci 7,5 mgr. pe zi, timp de 10 zile (deci o doză globală de 75 mgr. fier combinat).

Din cercetări se vede că administrarea a fost bine tolerată; nu s'au produs turburări din partea ap. digestiv și respiator. (Se poate administra în tbc., congestii pulmonare); au crescut numărul de globule roșii, valoarea globulară, hemoglobina; viteza de sedimentare s'a normalizat; greutatea, de regulă a variat; apetitul a revenit.

Tabele grafice cu protocolul cercetărilor și 9 foi de observație clinică, prezentate în esență, însoțesc expunerile.

M C.

Infecțioase

ALF. RUSESCU, D. TIMUȘ și EL. IONESCU: **Calcifieri anormale, intramusculare consecutive unui proces de miozită infecțioasă.** — Rvista de Pediatrie, No. 3/145.

Autorii expun observația unui copil în etate de 13 ani, care în urma unui proces de miozită infecțioasă a prezentat calcifieri anormale în masele musculare ale antebrațului stâng, vizibile clar pe clișeele radiografice și cari la biopsie s'au dovedit a fi noduli conjunctivi intens hialinizați cu încrustări calcare. Autorii fac diagnosticul cu diferitele afecțiuni asemănătoare, oprindu-se în special la miozita osifiantă progresivă, (descrisă de Munchmeyer) în stadiul de indurație fibroasă, afecțiune extrem de rară, din care un caz demonstrativ (cu clișee și protocol biopsic), a publicat M. Cânciulescu în No. 8—10/1945, al acestei reviste.

M C.

C. GRIGOROIU: **Epidemia de febră pappataci din satele doljene de pe marginea Dunării.** — Rev. med. a Asig. Sociale, No. 3/1945.

Autorul semnalează cel dintâi, în scris, epidemia de febră de 3 zile, care a bântuit în anul 1945 în România. Observațiile sunt făcute în Oltenia, în satele de pe malul Dunării, în special în Cetate și Fântâna Banului, în cari 80% din populație a fost atinsă de boală, începând din luna Iunie. Pe 8000 cazuri, niciun deces. Autorul ar fi observat în 50% a cazurilor, semnul lui Castellani (o roșeață a feței și gâtului). Cu boala pe care și personal am suferit-o, autorul ar fi identificat și agentul de transmisiune, phlebatomus pappataci.

M C.

C. ZAHARIA şi RĂSVAN SILVIA ZAHARIA: **Epidemia de febră pappataci, din Valea Dunării (jud. Dolj).** — Medicina Română, No. 5/1946.

Autorii ,medici de circ. în Bârca şi Bistreţ (Dolj), fac o prezentare detaliată a epidemiei de febră de 3 zile care a bântuit în jud. Dolj în vara anului 1945 şi 1946. A fost atinsă proporţia de 65—70% a întregei populaţii. Copii până la 15 ani (în procent de 4—5%), făceau o formă uşoară şi uşor de confundat cu un deranj gastric febril; — adulţi, în plină sănătate, făceau un brutal **„intermezza febril"** de 3 zile; — bătrânii, o stare prelungită timp de 5—6 săptămâni cu frequente reşute. Reşutele surveneau în proporţie de 30%; după 2—3 săptămâni, reşuta fiind mai brutală ca primul acces. Denumirea de **tifos phlebotomic** (propusă de autori) se potriveşte mai bine fiind dată starea de stupoare, ce prezintă mulţi bolnavi. Incă din vara 1944, autorii observaseră la ostaşii cantonaţi şi la refugiaţi (nu şi la autohtoni) o dermatoză cu elemente diferite prurigineoase răspândită pe suprafeţele descoperite (pe spate, la copii, cari se descopereau noaptea); dermatoza a bântuit şi mai grozav (dar şi la oraşe N. R.), în vara anului acestuia, în întreaga populaţie, coincidând cu o afluenţă extraordinară de musculiţe, dintre cari câteva recoltate au fost identificate la Inst. Cantacuzino, ca fiind specia phlebotomico pappataci. Intrucât s'a observat cu noile muşcături şi cu apariţia noilor elemente o recrudescenţă a vechilor elemente cu prurit intens. — autorii socotesc că acestei dermatoze numite de Dostrowsky **„Urticaria multiformis phlebotomica"** i se potriveşte mai bine numele de **„Prurigo phlebotomie"**. Autorii cred, ca şi Boycott care a făcut experienţe în această dermatoză, că erupţia este de natură anafilactică pe un teren sensibilizat prin muşcături anterioare. Autorii menţionează că această epidemie din Oltenia (pe care au urmărit-o tot timpul, din 1944—46, deşi au făcut această publicare — adevărat studiu, — de-abia în Oct. a. c., N. R.), ar fi a treia în România, (prima ar fi fost obs. de Prof. Haţieganu cu colab. în 1936; a doua, de Prof. Ionescu-Mihăeşti cu colab. în 1939); şi că, adusă de pe coasta Dalmaţiei şi din Herzegovina prin operaţiunile militare dintre 1943—44, are şanse să se încetăţenească în această regiune, trecând în stare endemică.

M C.

AL. CORNELEAC: **Febra de Wolhinia.** — Moldova Medicală No. 1—4, 1946.

Autorul cu ocazia prezentării a 2 cazuri clinice întâlnite în lunile Mai şi August 1945, face o expunere de ansamblu a acestei afecţiuni, o rickettsiază transmisă prin păduchele de corp şi cap, ca şi tifosul exantematic şi febra recurentă. Denumită şi **febră nevralgică-periodică,** este o afecţiune caracterizată printr'o curbă termică cu croşete de până la 40° survenind din 5 în 5 zile, şi un sindrom nevralgic întermitent. Bântue endemic în vestul Ucraniei, în provincia Wolhynia. Datele imunologice, etiologice, epidemiologice şi terapeutice sunt expuse la zi, aşa încât această lucrare formează împreună cu studiul dedicat aceleaşi afecţiuni de soţii Bungeţianu—Cânciulescu, cari într'o observaţie publicată în No. 5—7/1945 al acestei reviste, au arătat importanţa splenopuncţiei ca metodă de diagnostic (în propriul lor caz), o completă punere la punct şi la zi a chestiunei.

M C

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Invăţământ medical

I. NESTOR: **Spre o reformă a învăţământului medical în România.** — Bul. Eug. şi Biopol. No. 4—6/1946.

Autorul spune că de gradul de pregătire, capacitate şi conştiinţiozitate a medicului de circ., cel mai aproape de viaţa rurală, depinde rezolvarea grelei probleme sanitare. De pregătirea lui temeinică va avea să se ocupe cu precădere proectata reformă a învăţământului medical, ca să-i inculce principiile şi metodele medicinei preventive la fel cu acelea ale medicinei curative, căreia i s'a dat întâietate până în prezent; aceste principii să i se predea din primii ani de studiu, ca să-şi formeze din vreme o mentalitate preventivă; să cunoască temeinic omul sănătos din punct de vedere anatomic, fiziologic şi psichologic; să studieze grupurile sociale, familia şi satul, apoi să treacă la studiul omului bolnav şi la tratarea curativă şi preventivă individuală şi colectivă. Autorul nu susţine ca învăţământul medicinei preventive să aibă aceiaşi extensiune ca învăţământul medicinei curativă. Expune câte cunoştiinţe se cer pentru exercitarea medicinei preventive şi jugularea unei epidemii — la care laboratorul şi bunul exemplu personal, educaţia şi propaganda sunt chemate să contribuiască. Susţine că pentru medicul de circ., care trebue să aibă o viziune de ansamblu, ambele medicine sunt deopotrivă de utile — şi această îmbogăţire de cunoştiinţe trebue să şi-o formeze studentul din anii de studiu, împreună cu o conştiinţă superioară, îndreptată spre binele neamului. Peste fondul de cunoştiinţe generale, se cere specializarea pentru aprofundarea diferitelor cunoştiinţe, dar această specializare trebue să vină pe urmă — în cei 6 ani de şcolaritate, timp scurt şi scump, studentul să caute să-şi croiască o temelie solidă pe care să se edifice întreaga lui activitate viitoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

Microbiologie

Prof. C. IONESCU-MIHAEŞTI: **Microscopia electronică în microbiologie.** — Medicina Română No. 1/1946.

Autorul aruncă o privire generală asupra evoluţiei medicinei în legătură cu biochimia şi fizica experimentală. Expune oveluţia microscopului, dela cel descoperit de Van Leeuwenhoeck din Delft (1632—1723), prin perfecţionările aduse de E. Abbé la microscopul electronic, a cărui prezentare detaliată face Prezinţă descoperirile făcute până în prezent cu acest microscop măritor la peste 50.000 diametre, în lumea microbilor invizibili, a ultravirusurilor, a virozelor plantelor, a proteino-virusurilor cristalizabile virulente.

M. C

Neurologie

OCT. BOTEZ şi I. GRAUR: **Consideraţiuni asupra unui caz de zona Zoster bilaterală.** — Pagini medicale, No. 5—7/1946.

Se publică un caz de formă simetrică bilaterală toraco-lombară, din care autorii conchid că unilateralitatea în zona Zoster este datorită leziunilor radiculo-ganglionare, iar bilateralitatea unei mielite Zosteriene.

M C

Obstetrică-ginecologie

C. PETRESCU şi D. ALESSANDRESCU: **Sindrom abdominal superior şi pleuro-diafragmatic acut în cursul anexitelor gonococice.** — Moldova medicală, No. 5—8/1946.

Autorii expun 3 observ. clinice cu un sindrom abdominal superior şi pleuro-diafragmatic acut, survenit la paciente, prezentând o anexită gonococică. Clinic, sub această denumire, autorii români, Claudian şi Florian, au cuprins (dela 1935) manifestaţiile cari pot surveni în cursul unei anexite de natură gonococică, manifestaţii cari pot fi: o perihepatită, o pericholecistită, o hepatită, o colită a unghiului drept al colonului (şi chiar a celui stâng), o pleurită, o cortico-pleurită, o pleurezie, o iritaţie frenică consecutivă unui peritoneo-diafragmite. Lucrarea de faţă pune clar la punct clinic şi patogenic această afecţiune, la care autorii români au adus o contribuţie preţioasă.

M. C.

M. SCHWARTZ: **Raporturile între zona Zoster şi varicelă, în legătură cu un caz personal.** — Moldova medicală, No. 5—8/19466.

Autorul expune observaţia unei succesiuni de zona Zoster şi varicelă în mediu familiar (mama, în etate de 38 ani, face o zonă tipică; după 15 zile dela apariţia zonei la mamă, un copil de 5 ani face o varicelă, şi, după 18 zile, al doilea copil în vârstă de 8 ani face la fel o erupţie varicelo-asă). Autorul nu crede într'o simplă coincidenţă, cu cât în mediul ambiant nu s'a semnalat o sursă de contaminare. La Bibliografie, se citează lucrările publicate de M. Cânciulescu în colab. cu I. Rosenstein, şi de I. Nicolau, în ce priveşte raporturile dintre zonă şi varicelă, cari au fost publicate în M. M. R. în anul 1932.

M C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

STELIAN POPA şi GH. COSTACHEL: **Maladia hipertensivă a sarcinei.** — Moldova Medicală No. 1—4/1946.

Autorii prezintă 3 observ. clinice din fiecare din cele 3 forme clinice ale acestui sindrom primordial al sarcinei, care este de sine stătător şi nu apare ca un simptom al nefritei, eclampsiei şi preeclampsiei — de hipertensiune pură, de hipertensiune cu leziuni organice moderate, de hipertensiune cu leziuni organice înaintate. Expun în mod succint cauzele patogenice ale afecţiunei.

M. C.

Organizare sanitară

I. MOLDOVAN: **Proect de regulament pentru organizarea şi funcţionarea plăşilor sanitare.** — Buletinul Eugenic şi Biopolitic No. 4—6/1946.

In acest proect, alcătuit în 1939, sunt prevăzute atribuţiile întregului personal sanitar de plasă, central (dela medicul igienist conducător, prin surorile de ocrotire, până la personalul de serviciu)); — ale personalului din circ. încadrate în plăşile sanitare (dela medicul de circ., prin sora de ocrotire şi agentul sanitar până la moaşe); — instituţiile necesare dela casa de ocrotire

centrală. prin casa de ocrotire dela sediul circ. rurale, până la dispensarele comunale și infirmeriile temporare din timp de epidemii; — atribuțiile medicului șef de județ și ale Inspect. general sanitar, cu privire la organizarea și funcționarea plăgilor sanitare (sau ale unor ajutoare ale lor, cu cari să-și împartă atribuțiile ad-tive și de biurou. — Nota noastră).

M. C.

Parazitologie

A. VASILESCU: **Frequența scabiei în mediul rural.** — Pagini Medicale, No. 7—9/1946.

Din statistica școasă pe recruții din județe diferite în ani diferiți, precum și, dintr'o statistică școlară a copiilor școlari, autorul a găsit că la 3143 recruți și copii orfani din mediul rural, scabia se întâlnește în proporție de 7—10% la tinerii recruți și de 10—13% la copii.

In mediul urban procentul variază între 0.1 și 3,6% pentru recruți. Comunele rurale sunt atinse între 30 și 68%. In interiorul comunelor atinse procentul tinerilor bolnavi variază între 9—22%. Comunele cele mai contaminate dau un procent de bolnavi între 35 și 66%.

Scabia procedează ca și celelalte boale contagioase în valuri mari epidemice, cari se rezolvă în endemie locală și individuală. Scabia este considerată ca factor tuberculigen al masselor.

M. C.

Reumatism

C. GRIGOROIU: **Tratamentul reumatismului prin injecții intravenoase cu antipirină.** — Revista med. a Asig. Sociale, No. 3/1945.

Autorul expune rezultatele obținute cu tratamentul de antipirină în injecții intravenoase în reumatism, pe 40 bolnavi, a căror formă clinică menționează. Se injectează intravenos, de 2 ori pe zi, câte 5 ctmc. dintr'o soluție de 10% timp de 2—3 săptămâni. Se amendează sau ameliorează dela început, și în mod durabil, durerea, febra, ankiloza și inflamația. Rezultatele favorabile s-ar obține în toate formele de reumatism. Metoda convine mai ales pentru complicațiile pulmonare congestive, cari survin în cursul reumatismului, pentru cari salicilatul de sodiu este contraindicat. Fenomene de intoleranță (eritem, vărsături) nu s'ar observa. Protocolul observațiilor nu este dat, cazurile sunt prezentate statistic și rezultatele sunt consemnate global. Nu se vorbește în special despre complicațiile cardiace. In străinătate, Bruzzana și Ferrara ar fi obținut de asemenea rezultate favorabile.

In orice caz, metoda este mai obositoare, pentru bolnavi și pentru medic, și viitorul reumatizanților nu este garantat. Metoda salicilo-alcalină, cu doze masive, instituită de Prof. D. Danielopolu, rămâne ca cel mai eficace tratament pentru reumatismul poliarticular acut și subacut.

M. C.

Terapeutice

M. ENĂCHESCU: **Ritmul administrării agenților terapeutici.** — Medicina Română, No. 7/1946.

Autorul pune înainte principiile: de a vedea în omul bolnav un ansamblu biologic cu deficiențe funcționale multiple; elementele fundamentale în boală sunt reacțiunile și turburările funcționale; turburările funcționale sunt

urmare a unui desechilibru în compoziția fizico-chimică a mediului interior. Acțiunea terapeutică trebue să ajute capacitatea organismului de a distruge și elimina microbii și de a echilibra funcțiunile turburate și deficiente; „să ajute organismul prin toate mijloacele și fără întârziere în tendința de normalizare în ceea ce privește aportul de alimente, de oxigen, de vitamine, de hormoni, de repaos, dar și de activitate și efort bine dirijat". Să nu se ocupe medicul numai de medicamente și de cum să le administreze (deși și aci trebue să revizuiască metodele din trecut). Să trateze nu numai simptomatic, dar să aibă în vedere biologia organismului bolnav, căruia tot timpul să i se asigure hrana necesară în calorii, mai ales în ceea ce privește menținerea glicemiei normale și ritmul de alimentare să fie fără discontinuitate, de asemenea să fie asigurate — aportul de insulină în diabet, sau aportul de substanțe bacteriostatice (sulfamidele și penicillina) în bolile infecțioase; administrarea de chinină în malarie (metoda cu doze mici și repetate la intervale regulate) și de salicilat în reumatism (să se obțină o concentrație sanguină suficientă și aceasta să fie menținută constant); de digitală și strofantină în deficiențele miocardului (miocardului are nevoie de tonicardiace în permanență); precum și de atropină în boalele aparatului digestiv, ambele grupuri de subsanțe lucrând nu direct asupra organului bolnav, ci prin intermediul echilibrului mediului fizico-chimic al organismului care trebue mereu supraveghiat și ajutat. Se recomandă cu preferință, pentru administrarea cu medicamente, calea intravenoasă, în orice caz parenterală (autorul face la intervale de 8—12 ore 1 mgr. atropină subcutan sau intravenos în colici și toate afecțiunile dureroase de secreție și motilitate ale tubului digestiv). Aceleași regule sunt de observat față de agenții fizici (mai ales față de razele Roentgen și de substanțele radioactive artificiale). In concluzie, autorul preconizează administrarea agenților terapeutici (în care intră și caloriile alimentare, vitaminele ș. a.) după un anumit ritm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

I. STOIA și AL. CIPLEA: **Considerațiuni asupra seroterapiei locale în reumatism.** — Soc. anatomo-clinică, ședința din 17 Mai 1946.

Prin injecții intradermice cu ser recoltat steril dla bolnavi și amestecat în proporție egală cu soluție de novocaină 2%, se obține reducerea durerilor și a tumefacției articulare. S'a experimentat în diverse cazuri de reumatism focal toxic, tratamentul lucrează prin anestezie și proteinoterapie. Ameliorarea e persistentă.

M. C.

RADU MOISE și FLORICA VĂSOIU: **Considerațiuni asupra tratamentului cu atebrină și calcium-atebrină în tifosul exantematic.** — Moldova Medicală, No. 1—4/1946.

Autorii, controlând metoda de tratament practicată de Van Meerandonk în tifosul exantematic cu atebrină și calcium pe un număr de 61 bolnavi (cu atebrină) și pe un număr de 29 bolnavi (cu atebrină combinată cu gluconat sau clorură de calciu), dintr'un total de 865 cazuri, au ajuns la aceleași concluziuni ca D-l D-r C. Lupescu, în studiul ce publică în corpul acestui număr al revistei, anume că această metodă n'are nicio influență, nici simptomatică, nici cauzală, asupra tifosului exantematic (cum și era de așteptat Nota Redacției).

M. C.

SOCIETAȚI ȘTIINȚIFICE

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMANIA

Séance du 20 Janvier 1945. Al. Crăiniceanu: L'action vasculaire de la folliculine dans l'hypertension artérielle de la ménopause. — N. Popa: Nouvelle méthode pour le contrôle de l'audition. L'autospirophonie.

Séance du 3 Février 1945. M. Popesco: Recherches sur la pharmachodynamie des vaisseaux cérébraux. Action de l'adrénaline. Action de l'acétylcholine.

Séance du 17 Février 1945. A. Stroe, S. Brătianu et O. Auresco: Étude sur l'action des extraits rénaux de lapin néprétique, obtenus par des injections cumulatives de nitrate d'uranium, dans le traitement des néphrites scarlatineuses. — M. Popesco: Contribution à l'étude de l'action pharmacodynamique de la Dolantine. — A. Radovici: Sur une épidémie de lathyrisme.

Séance du 3 Mars 1945. G. Nichita, I. Pahomeanu-Masaros: Sur la pharmacodynamie du sulfate de magnésium. Action du sulfate de magnésium, en injections intraveneuises chez le chien Étude clinique. — A. Teitel Bernard: Sur un artiffice permettant de mettre en évidence la birefringence de certaines structures biologiques. — A. Teitel Bernard: Sur la biréfringence des noyaux cellulaires déformés. — A. Teitel Bernard: Sur la structure des granules neutrophiles des leucocytes. — A. Teitel Bernard et N. Cajal: Sur la structure des corps de Kourloff.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Séance du 17 Mars 1945. Dan Berceanu: Compléments aux notes préliminaires sur l'ascomycétothérapie dans la chiirurgie aseptique. — M. Popesco: Contributions à l'étude de l'action pharmacodynamique de la morphine. Action vasculaire.

Séance du 7 Avril 1945. G. Niichita et M. Stancesco: Sur la pharmacodynamie du sulfate de magnésium. Action du sulfate de magnésium sur les sécrétions salivaire, biliaire et rénale du chien. — G. Nichita, I. Popesco et I. Pahomeanu-Mesaro: Sur la pharmacodynamie du sulfate de magnésium. Action du sulfate de magnésium en injections intraveineuses chez le chien. Etude graphique. — Al. Crăinicianu: Choc et acétylcholinogénèse ovarienne. Fonotiion acétylcholinergique de l;hormone folliculaire. — A. Crăiniceanu: Hypothèse sur la pathogénie de l;hypertension artérielle de la ménopause par insuffisance de la sécrétion folliculaire et par manque de l'acétylcholinogenèse ovarienne. — P. Stoenesco, Vl. Missirliu et C. David: Considérations sur l'éventtration diaphragmatique gauche (Etude clinique et radioscopique.

Séance du 21 Avril 1945. A. Aslan et Vl. Missirliu: Indice oscillométrique après effort moyen pour déceler une lésion artérielle incipiente.

Séance du 16 Juin 1945. M. Enăchesco, P. Comănesco et M-me M. Zamfiresco: L'éliimiination rénale de la bilirubine dans les ictères. — M. Bals: Péniiciline et anti-péniciline. (Contributions à leur mécanisme d'action). — M. Bals et D. J. Potop: Méthode rapide pour le dosage des polypeptides en cliniique. (Une modification de la méthode du Dr. Nicolicesco).

Séance du 7 Juillet 1945. I. Iacoboviici, I. G. Băltăceanu, A. Comănesco, G. Eustatziu et Melle Vasilesco: Recherches sur le contenu de la paroi gastrique en vitamine C dans différentes affections de l'estomac. — C. I. Urechia et D. Duma: L'Épiplepsie tournante ou giratoire. — Gh. Niculescu et Marin Popesco: Contributions à l'tude pharmacodynamiique de la Berbérine. — I. Potop et M. Bals: La polypeptidémie dans le typhus exanthématique. — Henriette et G. Nichita: Recherches sur le métabolisme basal chez le chien. — Henriette et G. Nichita: Sur l'action pharmacodynamique du sulfate de magnesium. Action du sulfate de magnésium sur le métabolisme basal du chien. — Henriette et G. Nichita: Sur l'action pharmacodynamique du sulfate de magnésium. Étude comparative de l'action du sulfate de magnésium sur le métabolisme basal des chiens par rapport au métabolisme normal et celui modifié par l'anesthésie au chaloralose, — C. T. Nicolau, M-elle L. Rădulesco et M-me L. Bandu: Hépathothérapie intrasternale dans les anémies pnrnicieuses. — G. Andronovici: La fréquence du goitre dans les écoles primaires des villes capitales des départements de Moldavie (Roumanie).

REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Anatomie — Fiziologie patologică — Patogeneză

Şedinţa din 15 Febr. 1945. C. V. Antonescu: Sincopă cardiacă hepatocholinică. — C. Manta: Plagă de război ca focar de infecţie reumatismală. Reumatism vascular cu atrofie musculară şi simptome polinevritice după infecţie şi focar amigdalian. — T. Vasiliu şi V. Dahnovici: Miocardită acută cu focar osteomielitic. — T. Vasiliu, Şt. Hărăguş, Al. Pop: Tuberculoză acută diseminată tip Landouzy, cu noduli şi ganglioni cazeoşi şi pericardită cazeoasă.

Şedinţa din 1 Martie 1945. R. Popa: Consideraţiuni asupra cancerului uterin juvenil. — C. Vellluda, I. Russu, V. Papilian: Contribuţiuni la studiul absorţiei cutanate. — T. Vasiliu, T. Spătaru, T. Calbozi: Tumoare paratiroidiană cu sindrom osos a boalei lui Recklingausen.

Şedinţa din 2 Iunie 1945. C. Manta: Chiste hidatice pulmonare multiple. — T. Vasiliu şi C. Manta: Reticulosarcom al peretelui toracic. — T. Vasiliu, Filipovici şi C. Mircioiu: Chiste limfangiomatoase ale rădăcinei mezenterului. — T. Vasiliu, I. Prăgoiu: Mezenterită şi flegmon al peretelui regional cu peritonită, în urma unui corp străin. — T. Vasiliu, C. Manta, F. Maziliu: Asupra unui caz de carcinom pulmonar cu metastaze în ficat, tiroidă, suprarenală. — V. Dahnovici şi A. Moga: Tumoră testiculară malignă embrionară cu metastaze multiple.

Şedinţa din 3 Iulie 1945. R. Popa şi C. Manta: Reticulosarcom desvoltat pe plagă de războiu cu metastaze pleurale. — C. Manta: Nefrită fără caractere urinare. — T. Vasiliu şi T. Spătaru: Asupra unui caz de mycosis fungoides. — T. Vasiliu şi A. Faur: Un caz de limfogranulomatoză malignă formă abdominală hepato-lienală, cu mers acut. — T. Vasiliu: Un caz de reticuloză aleucemică histio-monocitară cu sindrom hepatorenal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIN CARNETUL UNUI MEDIC DE PLASĂ

INSEMNĂRI

de

D-r GH. ULIERU

Partea I-a [1])

Administratorul plăşii şi judecătorul s'au arătat încântaţi de venirea mea ca medic în satul lor şi m'au întrebat dacă ştiu să joc **poker.**

*

Am fost chemat să văd un copil bolnav. L-am văzut şi i-am dat şi medicamente. A doua zi m'am dus să-l văd iar. Medicamentele erau pe masă neatinse, iar copilul zăcea **oblojit în baligă.**

*

M'am dus să văd o fată bolnavă greu. Am sfătuit pe părinţi s'o ducă fără întârziere la spital, căci avea nevoe de grabnică operaţie. Spitalul se găsea la trei kilometri. Peste două ore, m'au dus să văd ce au făcut. Bolnava se sbătea în chinuri, iar o babă îi descânta **„de smeu".**

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

*

Astăzi au venit la mine două femei să le fac câte o **„injecţie de sănătate".**

*

In tot satul nu se vorbeşte decât despre arătarea **„Necuratului"** care dă târcoale infirmieriei din satul S., iar sătenii se opun din răsputeri la izolarea copiilor bolnavi în infirmierie.

*

Voind să examinez şi pe ceilalţi fraţi ai unui bolnav de scarlatină, mama copiilor caută să mă asigure că sunt duşi cu vitele.

Pe când vorbeau cu ea, aud plânsete venind din fundul curţii. Cercetând, am găsit pe cei trei fraţi ai copilului bolnav, ascunşi într'o putină, bolnavi şi ei de scarlatină.

*

Se drege şoseaua şi se repară podul de atâta timp stricat. — **„Cine o fi venind?"** e întrebarea tuturora.

*

Am avut inspecţia unui Inspector General Sanitar, îmbrăcat în redingotă, pălărie tare şi cravată albă; obrajii îi avea raşi numai pe jumătate.

---

[1]) Din „Revista Fundaţiilor Regale" No. 7 | 1946.

S'a prezentat: Inspector General Sanitar Doctor Barbete. Mi-a cercetat registrele şi i-a cerut agentului sanitar care mă însoţea, să-i facă **rost „la iuţeală“ de 50 kgr. peşte sărat,** căci are treabă la vie şi îi trebue peştele pentru lucrători.

*

Ni se transmite telefonic ordinul Ministerului Sănătăţii Nr.... prin care ni se cere ca în termen de 24 ore să trimetem tabloul de **„surdo-muţi“** din plasă pe anii 1910—1915 şi 1920...

*

Sanda lui Vasile a venit astăzi şi, m'a rugat să-i dau **„sânge de nouă fraţi“**.

*

S'a prezentat la consultaţii o femee muşcată de un câine presupus turbat, rugându-mă **s'o tai sub limbă** ca **să-i „iasă căţeii“.**

A doua zi am aflat că femeia a găsit în cătunul S..., un potcovar care a tăiat-o sub limbă, iar la tratament nu se duce.

*

Trăsuri încărcate trec zilnic prin faţa casei mele spre satul B... Acolo s'a instalat de curând un invalid de războiu fără picioare, care **„dă bine în zodie“.**

*

Deoarece nu am ţinut seamă de scrisoarea deputatului guvernamental N. V. din S..., de a nu izola la spital doi copii bolnavi de scarlatină ai unui partizan de ai lui, am fost reclamat Ministerului că nu-mi fac datoria şi că pelagra a luat proporţii în plasă din cauza mea. Ministerul a trimis în anchetă pe Inspectorul General Sanitar D-r Barbete. Aflând cum stau lucrurile, m'a dojenit şi mi-a dat un sfat pe care să nu-l uit toată viaţa: **„Să nu scuipi niciodată contra vântului“** mi-a spus el.

*

— Dacă îmi fac datoria în conştiinţă, nu am nicio teamă, i-am răspuns.

— Dar ai să suferi consecinţele şi o să-ţi pierzi locul.

— Cum o să-l pierd, dacă nu mă fac vinovat cu nimic?

— Poţi să fii alb ca zăpada şi te vom scoate negru ca tăciunele şi poţi fi negru ca tăciunele şi te vom scoate alb ca zăpada a încheiat Inspectorul în ton autoritar.

*

Mi se trimite ordinul telefonic Nr... şi mi se cere să arăt dacă surdo-muţii ceruţi cu ordinul Nr... au fost sau nu căsătoriţi.

*

Nu am primit salariul de trei luni. Brutarul şi lăptăreasa nu vor să-mi mai dea pe datorie.

*

Agentul sanitar Ţăpoi, bătrân, cu multă experienţă şi care a învăţat pe mulţi medici, înaintea mea, **cum să scoată bani din piatră seacă,** îmi dă lecţii:

„Să mergem, D-le Doftor, în inspecţie în satul P..., de pildă, şi **să luăm la rând pe toţi cârciumarii.** Nu se poate să nu găseşti la fiecare câte ceva de zis. Dumneata faci gură mare şi-l ameninţi pe cârciumar cu darea

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

în judecată, pentrucă nu respectă regulile de higienă. Arăţi că legea sanitară cu privire la starea de higienă a localurilor e limpede şi amenzile sunt mari. Te faci că te duci până afară. Eu rămân cu el şi el îţi pune în trăsură ceva brânză, slănină, pastramă şi altele. Orice ţi-ar da, să fii mulţumit. La plecare dă-i mâna, că aşa e frumos, şi omul, dacă se simte, îţi va lăsa şi în mână ceva. E! Un dar acolea, nu strică nici ala! Aşa se face, D-le Medic, aşa au făcut toţi înaintea D-tale şi au ajuns departe. Aşa să faci şi D-ta, că astfel ai să mori sărac.

„Am să te învăţ într'o zi cum trebue să faci şi cu **probele de băuturi**. Acolo, ies bani din gros, nu glumă", îmi spune el, convingător.

*

Schimbare de guvern. La **„Sănătate"** a venit ca ministru un popă.

*

Am fost chemat să văd **un flăcău tuberculos**. Într'o cămăruţă cu un singur ochiu de geam fixat în zid, cu lut pe jos, înconjurat de trei fraţi mai mici, zace bolnavul. Izolarea e cu neputinţă, căutarea lui, deasemenea.

Pentru astfel de bolnavi nu ne stau la dispoziţie nici spital, nici sanatorii. Şi toată nădejdea bolnavului şi a lor lui e la mine.

*

Citesc în ziare:

Banchetul dat în cinstea fostului Ministru al Sănătăţii, de un grup de prieteni, s'a desfăşurat într'o atmosferă de caldă prietenie. La toast, **fostul ministru a vorbit patetic despre lupta titanică ce a dus-o pentru stingerea tuberculozei la sate**, pentru grija de părinte ce a purtat-o medicilor rurali, pe care-i consideră ca adevăraţi apostoli, şi despre regretul că opera lui, începută cu atâta zel a rămas neterminată. Mesenii au ovaţionat îndelung. S'a hotărît scoaterea unui volum omagial fostului ministru şi s'au fotografiat în corpore.

*

In caz de boală şi la naştere, oamenii cheamă o ţigancă bătrână care face pe **„doftoroaia"**. La inspecţie, în comună am descoperit nouă cazuri de angină difterică. Până la venirea mea, boala dăduse patru morţi. Ţiganca căuta toţi bolnavii, dându-le în gât cu sare, punându-le oblojeli cu varză şi mălai ud, trăgându-i pe gât şi repetând, în timp ce-i doftoricea, următorul descântec:

„Pusei piatra căpătâi,
Rogojină aşternui,
Cătai gâlca, n'o găsii
Mălai mare nesărat,
Gâlcile 'ndărăt au dat.

Zece, nouă, opt, şapte, şase, cinci, patru, trei, două, una, nici una".

*

Citesc în ziare:

La banchetul ce s'a dat în sala I... din Capitală, în cinstea noului Ministru al Sănătăţii, au fost 350 de tacâmuri. Ministrul a fost subiectul ovaţiunilor generale. S'a închinat pentru marile lui virtuţi şi pentru vastele lui cunoştinţe. A fost numit **„Marele Sarcedot"**. A domnit tot timpul o atmosferă din cele mai însufleţite. S'a remarcat că Inspectorul General Sanitar D-r Barbete, cu cravata albă şi obrajii raşi pe jumătate, aşezat la masă în faţa

Ministrului, l-a servit pe acesta cu un măr curățat. S'a hotărît ca o stradă din T. să poarte numele sărbătoritului. El a încheiat seria cuvântărilor, vorbind de **legătura strânsă ce există între medicină și preoție.**

A făgăduit solemn că va modifica radical legea sanitară, plină de lipsuri, și se va interesa în special de starea sanitară a satelor, arătând că a și intrat în tratative cu o casă renumită din străinătate, pentru o **comandă mare de instrumente.** Trimite salutul său medicilor de plasă pe care îi compară cu sfinții Damian, Chir și Ioan, Pantelimon și Talaleu.

*

Colegul meu, D-r V. N., din plasa Noroaiele de Sus, a fost decorat de Minister cu „Meritul Sanitar", în urma raportului făcut de inspectorat, pentrucă deși are 14 comune în plasa sa, destul de depărtate, la kilometri una de alta, își face întotdeauna inspecțiile pe jos, ca un adevărat apostol.

Se spune că l-ar fi văzut cineva, trecând dela o comună la alta **„în pas alergător".**

*

Agentul sanitar dela cercul V, mi-a raportat că medicul de județ i-a dat ordin să împiedice orice nuntă din comunele cercului său, în caz de epidemii, și să dreseze procese-verbale de contravenție celor nesupuși.

Totdeodată i-a pus în vedere să anunțe din vreme pe cei interesați că **„autorizațiunile de nuntă se dau numai de D-sa".**

*

Prefectul Județului a dat ordin primarilor și șefilor de posturi din comunele de pe șoseaua principală, până în comuna V., să pună în vedere locuitorilor **ca să spoiască toate gardurile cu var, în vederea trecerii Ministrului Sănătății,** la inaugurarea monumentului școlar din V.

*

Ni se trimite ordinul Ministerului, prin care ni se atrage atențiunea că Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în urma inspecțiunilor ce le-a făcut inopinat prin țară, a fost rău impresionat de **starea „mizeră" a țăranului român** și face un apel călduros la sentimentele noastre de români și de apostoli **să activăm mai mult pe terenul cultural,** prin: conferințe, filme, predici, coruri bisericești. etc.

In urma raportului făcut de Medicul Județului, Inspectoratul a pedepsit cu reținerea salariului pe cinci zile, pe moașa cercului S., pe motiv că mortalitatea copiilor debili din naștere, din cercul său, este prea mare.

*

Mi se transmite ordinul Ministerului Nr... ca să comunic cu prima poștă **tabloul nominal și pe alfabet al gușaților** din plasa mea, de zece ani ani în urmă.

*

Mi se cere de urgență să răspund la ordinul Ministerului Nr..., „câți dintre gușații ceruți cu ordinul Nr... au moștenit gușa și câți, nu".

„Dacă din cei care au moștenit gușa se trage vreunul din părinți sterili...".

*

Medicul de Județ a dat ordin tuturor agenților sanitari și moașelor, să se prezinte în ziua de... la biroul său, spre a primi ordine; ca să vină

fiecare agent sanitar cu câte douăzeci de ouă şi două kilograme de unt; iar moaşele, cu câte un kilogram de lână şi o cusătură, fiecare.

*

Medicul de Judeţ ne trimete ordin să-i înaintăm cât mai multe **procese de contravenţie la legea sanitară,** spre a aplica amenzile.

Nu ştiu ce să fac...

Din câte procese-verbale de contravenţie i-am trimis, el n'a aplicat nicio amendă. În schimb, contravenienţii mă sfidează, afirmându-mi că oricâte procese le-aşi face, nu le este teamă, deoarece **lucrurile se aranjează, ele, acolo unde trebue.**

*

Sunt sculat din somn de bătăi puternice în fereastră.

Mă îmbrac, îmi iau ghiozdanul cu leacuri şi mă ţin după necunoscut prin întuneric.

Ajuns acasă, o femee cu un copil gemând în braţe se plimbă agitată prin cameră.

Ea mă priveşte cu ochi duşmănoşi.

— Ce s'a întâmplat? îi zic.

— Ce să se întâmple? **L-ai deochiat D-ta ieri,** când ai trecut pe la poarta noastră şi acum uite-l cum sufere. Privesc cu atenţie copilul şi încep să-l mângâi. Era într'adevăr copilul pe care-l admirasem cu câteva ceasuri mai înainte.

Părea şi mai frumos cu obrajii aprinşi de febră. Constat o pneumonie. Îi spun mamii că copilul a fost ţinut prea mult în frig şi că are o aprindere de plămâni. Ea mă ascultă cu neîncredere. Îi aleg din leacurile ce le aveam cu mine şi îi explic cum să le dea copilului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— Fiindcă mi l-ai deochiat, mai bine **dă-mi câteva fire de păr dela D-ta, să le afum şi să-i descânt,** îmi zice ea hotărît.

*

Agentul sanitar din C. îmi comunică în scris că astănoapte patru săteni din R., două femei şi doi bărbaţi, au fost prinşi de jandarmi în cimitirul satului, pe când desgropau cadavrul unei femei, înmormântată de două zile.

Ei voiau să întoarcă cadavrul cu faţa în jos, pentrucă **„femeia se făcuse strigoaică“.**

*

La cercul cultural din comuna S., am ţinut sătenilor **o cuvântare despre alcoolism.**

După cuvântare, s'au dus cu toţii la cârciumă.

*

Ivindu-se febra tifoidă în comuna D., am impus, sub pedeapsa amenzii, ca **sătenii care nu au latrine să şi le construiască.** O parte din ei le-au construit, dar nu vor în ruptul capului să se folosească de ele...

*

Negăsind un mijloc mai bun cu care să mă transport în satul R., unde se ivise scarlatina, **am încălecat pe un cal** şi am plecat.

Pe drum, m'am întâlnit cu D-şoara Doctoriţă E. I., dela plasa vecină C., **călare pe un măgar;** după ea, pe jos, venea moaşa.

*

Ordin telegrafic să trimit cu prima poştă, tabloul de surdo-muţi pe anul 1905, arătând starea lor economică şi dacă sunt sau nu căsătoriţi.

*

Citesc în ziare:

La Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, d-l D-r I., din Cluj, a descoperit doi **„titanosauri bugetiveri“**. Ei sunt chiar medici şi socotiţi ca cei mai mari „titnosauri bugetivori“, din câţi au existat până astăzi în serviciul sanitar. Fiecare din ei încasează între şapte şi opt milioane lei anual numai din lefuri.

*

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale anunţă că s'a admis de Comisia Chimică Farmaceutică din Minister, punerea în vânzare a prafului contra diareei „Gaurol“.

*

Au venit astăzi două moaşe din plasă ca să mă întrebe de leafă. Sunt opt luni de când n'am primit-o Cea mai tânără, moaşe pricepută, plină de demnitate şi cu simţul datoriei, mi se plânge că medicul de judeţ o cheamă sistematic cu ordin de serviciu la el şi o acuză de nepricepere, de mândrie rău înţeleasă şi abateri grave dela datorie.

Moaşa cealaltă, care o asculta cum se văicăreşte, începe s'o dojenească.

— Taci din gură, nu fii proastă, — îi spune ea — căci şi mie îmi făcea la fel. Acum e bun şi blând ca un miel.

Eu i-am găsit leacul...

Îi dau ce cere şi se potoleşte...

Altă scăpare nu e!

Digitized by Central University Library Cluj

*

Ziarele spun că fostul Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a încasat sperţuri de milioane dela comenzile de şiringi, ce le-a făcut la o casă din străinătate.

Din **„Marele Sacerdot“**, cum i se spunea, l-au botezat **„Popa Siringă“**, cuvinte care vor simboliza, pentru totdeauna, legătura dintre medicină şi preoţie.

*

Medicul de judeţ anunţă agenţii sanitari şi moaşele din întreg judeţul că a comandat, la o şcoală de meserii, genţi sanitare de piele.

El mai adaogă că, din prima leafă ce li se va ordonanţa, va opri câte 400 lei dela fiecare agent şi câte 700 lei de fiecare moaşe pentru aceste genţi.

*

Medicul de judeţ anunţă agenţii sanitari şi moaşele, că li s'au comandat carnete de serviciu şi că, din prima leafă ce li se va ordonanţa, li se vor opri câte 80 lei de fiecare, pentru carnet.

(Va urma).