ANUL XX-lea, No. 3-4 Martie-Aprilie 1947.

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: **Unificarea învăţământului medical. — Probleme medico-sociale actuale. — Medicii la ordinea zilei. — Corespondenţe. — Despre „Seringa"** . . . . . 195—208

REVISTA GENERALA

Medic vet. RĂDULESCU-Calafat: **Tularemia** . . . 209

LUCRĂRI ORIGINALE

C. ADAMEŞTEANU, I. GASPAR, C. LUPULESCU şi M. GASPAR: **Scurtarea claviculei ca operaţiune de detenţă în tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare** (Partea II-a) . . . 216

D. CIOCHINA: **Observaţiuni critice asupra boalelor microbiene** 225

G. DIACONIŢA, G. BUNGEŢIANU şi A. BOTEZ: **Criteriile actuale şi rezultatele terapeuticei vegetative medicale şi chirurgicale** 230

ST. MILCU, M. PITIŞ şi D. BELLOIU: **Spermatograma** . 240

R. RĂMNICEANU et A. PĂUNESCU-PODEANU: **Le problème des hemorragies broncho-pulmonaires d'origine vaso-motrice** . 246

A. ZORAN şi N. ZORAN-TOADER: **Simplificări în dozajul medicamentelor la sugari şi la copii** 251

(Urmare pag. 2 cop.)

11339 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

CAZURI ANATOMO-CLINICE

DATE STATISTICE — NOTE

Medicale

I. ADAM şi ŞT. KELLNER: Asupra unor cazuri de febră recurentă cu tablou de icter grav. — L. BERINDE: Infarct miocardic, formă nedureroasă. — P. COPĂCEANU şi ŞT. BALICA: Febră tifoidă, tub. pulm., emfizem subcutanat asfixic în cursul pneumot. terapeutic. — E. HERMAN şi I. KOVACS: Asupra patogeniei edemului pulmonar în leg. cu un caz de hemoragie subarachnoidiană. — O. IVANCENCO şi M. BREZEANU: Un caz de hemoptizie fulgerătoare. — V. MUNTEANU şi MARCEL IONESCU: Kist hidatic primitiv al cordului. — C. IONESCU, E. STĂNESCU, P. ROŞU şi D. UNGUREANU: Atelectazie pulmonară totală după frenicectomie complimentară pneumotoraxului terapeutic. — C. VIDRAŞCU şi N. PŞEGALINSCHI: Trei cazuri de emfizem mediastinal acut. — NINA VORN. ŞCHIOPU: Penicilinoterapia în cazul de tetanos acut . . . . . 261 — 294

Chirurgicale

R. HIMELBRAND: Contrib. la studiul hemoperitoneului spontan genital negravidic. — MARCEL IONESCU şi GH. GRAMA: Saturnism acut prin terapeutică empirică cu alice . . . . . 296 — 299

ANALIZE

Cărţi — Monografii — Reviste

Chirurgie... pag. 305. — **Ginecologie şi Obstetrică...** pag. 306. — **Infecto-contagioase...** pag. 309. — **Medicină veterinară...** pag. 310. — **Neurologie...** pag. 310. — **Pediatrie...** pag. 310. — **Terapeutică...** pag. 311. — **Urologie...** pag. 311. . . . . 305 — 311

JURNAL MEDICAL

FRANCISC I. RAINER: Din „Jurnalul dela Iaşi" . . 313

CRONICĂ LITERARĂ

S. IRIMESCU: Satira ca factor de estetică şi etică socială . 318

CORESPONDENŢA

Medic G-ral D-r N. IGNA: Informaţii medicale din Ungaria şi interne 322

G. BUNGEŢIANU (Roma): Viaţa culturală şi ştiinţif. în Italia 325

CRONICA RITMATA

MIRCEA SUCIU SIBIANU: Zilele medicale dela Braşov, 18—20 Aprilie 1947 327

*

Colaboratorii... pag. 193. — **Din sumarele viitoare...** pag. 194. şi cop. III. — **Cărţi primite la redacţie...** pag. 312. — **Condiţii de publicare şi abonament...** cop. IV . . . . . .

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL al XX-lea

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

Nr. 3-4/1947

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Cluj), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Cluj), 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), Prof. 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. SARAGEA (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), Prof. AL. CRĂINICEANU (Buc.), 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 *)

V. GASNAŞ-Târgovişte: Achiziţiune de trat. în „Enureza nocturnă".

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

C. TODEA-Sibiu: Infecţia de focar şi ap. respirator.

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

Prof. N. I. IOANID şi G. BORŞ: Otrăviri cu amoniac.

I. GABOR, N. MIŞCĂ şi I. CHIRCA: Sarcină extrauterină imitând sarcina intrauterină luna 5-a.

E. BOLOGA (Braşov): Derm.-venerologia în lumina noilor cunoştinţe.

OCT. RUSU şi I. ANGHEL (Cluj): Contribuţiuni la studiul coexistenţei de fibrom şi sarcină.

C. DUMITRESCU: Tratamentul emboliei pulmonare.

N. ZAHARIA (Fălticeni): Viteza de sedimentare a hematiilor în cursul pneumoniei lobare acute. — Sifilide purpurice.

I. FENEŞANU (Orşova): Flegmaţia albă dolens cu localizări multiple.

S. MIHAIL (Cluj): Hemoragiile corneei.

M. PARASCHIVESCU (Craiova): Un caz de meningită Tbc. la adult cu debut de confuzie mintală.

M. PASTERNAC şi A. GRUMĂZESCU (Bacău): Consideraţiuni critice asupra tratamentului cu preparate arsenicale în febra recurentă.

GH. ALEXIU: Consider. patog. asupra tuberc. evolutive la bătrâni.

C. STERE (Constanţa): Injecţiile de salicilat de sodiu şi reumatismul.

F. CRĂCIUN (T.-Neamţ): Kist bronchial latero-cervical.

T. LUPESCU: Asupra a 3 cazuri de laringite tuberculoase.

M. PARASCHIV: Tratamentul cu penicilină al unui caz de cărbune pulmonar.

I. RADVAN: Paludisme et metabolisme protidique.

AL. DOBRESCU şi GH. GHELASE: Consideraţiuni asupra epidemiei de tifos exantematic din 1944—1946 din jud. Ialomiţa.

S. IRIMESCU: Tragedia intelectualilor. — Din dramele vieţei şi ale boalelor.

CRIŞAN MIRCIOIU şi EUG. COSMA: Consideraţiuni asupra ocluziei intestinale de origine apendiculară.

AL. SCURTU, T. CĂPEŢIANU şi I. ROŞIANU. Meningita abacteriană limfocitară în maladia lui Heine-Medin.

C. MIHAILESCU: Infecţiunea tuberculoasă (în mediul civil şi militar).

V. GOMOIU: Problema nutriţiei.

V. GOMOIU şi VIORICA GOMOIU: À propos de tratamentul syndactiliei.

M. CANCIULESCU et I. ITELSON: Sur un cas de fièvre recurente avec ictère grave.

GH. PANAITESCU şi V. MUNTEANU: Cons. clinice asupra cazurilor de febră recurentă internate în Spit. „Regina Elisabeta" în anul 1945—1946.

(Urmare cop. III)

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

Digitized by Cetatea de Scaun Târgoviște

CRONICA MEDICALĂ

Sub semnul neliniştei, pe care **Reducerile budgetare** o provoacă în toate sectoarele activităţii publice, începem rubrica de faţă. Dar Sănătatea şi Cultura nu trebue să se teamă. Pentru a le asigura dator este Statul să facă toate sacrificiile. Când nu va putea, să-i sară toţi în ajutor, pe temeiul ideii democrate a participării tuturor la datorii caşi la drepturi. Eforiile reprezintă organele colective de sprijin al Statului, precum va fi Eforia Universităţii dela Craiova pentru de curând înfiinţată instituţie de cultură superioară în Oltenia.

Elevii de curs secundar, studenţii în medicină de mâine — viitorii medici, cari de mult nu mai pun accentul pe studiile clasice, cer acum **Simplificarea examenului de bacalaureat** cu între altele **eliminarea ştiinţelor naturale.** — Intr'o conferinţă, ţinută de curând la Craiova, faţă de profesori şi de elevi, D-l D-r Simian, Directorul higienei din M-terul Educaţiei Naţionale, a expus: **Contribuţia medicinei la formarea personalităţii.** — Intr'un articol, publicat în Semnalul din 23 Mai a. c., D-l C. N. Vâlcea scrie despre **Cum este apărată Sănătatea elevilor** despre **Policlinicile şcolare** şi despre **Fişa de sănătate.** — Prezentând în tablou sinoptic programul de studii la facultăţile noastre de medicină, vrem să arătăm că **Unicitatea învăţământului medical** la noi nu există. — Din cauza condiţiilor de hrană şi de locuinţă ale studenţilor, **Examenele la Facultatea de Medicină din Bucureşti vor fi ţinute în serii,** anul acesta. — D-l D-r S. Cupcea, Secretar G-ral al M-terului Sănătăţii, expune problema **Internilor de Igienă,** prevăzuţi prin modificarea legei de organizare sanitară. — **In jurul legei stagiului medical la sate** se agită studenţii din ultimii ani de medicină. — Despre **Cartea, Biata carte,** pe care se învaţă şi medicina, se fac consideraţii ample în diferitele cotidiane, cu ocazia Inaugurării Săptămânii cărţii. — **Taxele înzecite** la analize şi seruri-vaccinuri au ridicat proteste unanime. — **Medicina hitleristă,** a experimentat pe oameni ca pe animale. — Despre **Medicii noştri,** eroi la ordinea zilei pe Scenă, faţă de Fisc şi în noul lor Corp. — Noua organizare a medicilor, **Corpul medicilor** în loc de Colegiul medicilor. — Noua Organizare a M-terului Sănătăţii. — **Probleme sanitare şi Probleme medicale diverse.** — Noile legi de asisstenţă socială, — **Primatul Sănătăţii muncitorului şi Tragedia fu-**

berculoşilor noştri. — Despre Farmacistul, Farmacia de azi şi despre Medicamente. — Diverse.

Am grupat prin titluri subiectele mai importante de ordin medico-sanitar, despre care s'a tratat în ultimele săptămânii. Le vom expune în esenţă:

UNICITATEA INVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Această Unicitate a învăţământului în Facultăţile de medicină nu există la noi. Dovadă, tabloul comparativ de materiile de studii care se predau în Facultăţile noastre de medicină, de la Bucureşti, Cluj, Iaşi şi Timişoara, pe cari îl prezentăm în cadrul acestui număr. Decanatul Facultăţii maghiare de medicină din Tg.-Mureş ne comunică, că în prezent programul de studii al facultăţii sale se află sub prelucrare, urmând a ne fi trimis imediat dupe terminare. Il vom prezenta odată cu programele de materii propuse de diferiţi autori români, cari s-au ocupat de această problemă, şi cu acelea ce vom reuşi a ne procura în interval de la Facultăţile de medicină străine. Atunci vom arunca o privire de ansamblu asupra învăţământului medical în general şi vom încerca să facem o armonizare şi complectare pentru un program unic.

Reducerile budgetare

In „Frământări", d-l Prof. I. Zamfirescu, arată: conducătorii învăţământului nostru sunt preocupaţi; economiile de făcut în sectorul învăţământului alarmează; şcoala noastră şi aşa este destul de săracă; localurile sunt deteriorate; şcolile practice nu au ce trebue; clinicile şi laboratoarele din cauza lipsei de material nu au randament; internatele şi cantinele nu ajung; tineretul este subnutrit; taxele cari se măresc mereu, scumpesc învăţământul; la personal comprimarea va comprima învăţătura şi aşa destul de subţiată (ce trebue să facă doui, nu va putea face cu folos unul); faţă de comprimare prin epurare sau pensionare oamenii şcoalei, aşa de puţin pregătiţi să lupte afară de zidurile şcoalei sunt deprimaţi; economiile budgetare să nu se sprijine pe socoteli contabilicesti, ci pe felul şi o erarhizare a trebuinţelor; programele păcii se bazează pe şcoală.

— Şi totuşi, de ce cu dascăli mai puţini se învăţa înainte mai bine, în toate gradele învăţământului? O epurare tecnică nu este rea, în învăţământ ca în orice sector de activitate publică.

Simplificarea bacalaureatului

D-l C. Vâlcea, în Semnalul din 11 Mai a. c., dintr'un interview ce i-ar fi acordat d-l St. Voitec, Ministrul Educaţiei Naţionale, anunţă că Examenul de bacalaureat a fost simplificat. Cum? „examenul de cunoştiinţe de până acum, bazat pe principiul materialismului didactic (şi pe memorie), va cere anul acesta dovada putinţei de adaptare a funcţiunilor sufleteşti, de prelucrare şi sinteză a materialului de cunoştiinţe asimilat, pentru ca bacalaureatul să devină un examen de sinteză şi maturitate logică". Programele analitice ale fiecărui obiect fiind întocmite de specialişti, întrebările vor fi cât mai simple, pentru ca răspunsurile să fie la fel, concrete şi scurte. Să se dea examenului o nuanţă de solemnitate. Intrebările să fie variate: prilej

de înălţare; atmosferă de discuţie prietenoasă; cu îndemn spre cultivarea înclinaţiilor personale şi integrare sinceră în angrenajul nevoilor colectivităţii. Pentru ca efectele noii orientări a învăţământului să fie cultul adevărului şi respect pentru valoarea omului.

— Frumos. Dar intervievul a fost contestat. Nici că se putea da, astfel, înainte de transformarea învăţământului. Deocamdată, elevii vor trebui să facă dovada cunoştiinţelor acumulate, şi într'o atmosferă nu de discuţie, dar de multă înţelegere din partea examinatorilor lor. Intre timp, un elev din clasa VIII-a şi ia poziţie, arătând la gazetă deocamdată inutilitatea **Ştiinţelor Naturale** şi cerând reducerea la minimum posibil a cunoştiinţelor predate. D-l Sandu Vornea, care cultivă acest fel de plebiscit la rubrica „Vorbelor de clacă", dintr'un cotidian, publicase mai înainte scrisoarea unui elev care se plângea de **limba latină** *). M'am oprit mai îndelung asupra acestui subiect, pentrucă formarea viitorului medic depinde foarte mult de instrucţia căpătată în cursul secundar; pentrucă, în general, cursul secundar trebue să pregătească pe studentul universitar; pentrucă, P. C. N., din care face parte şi studiul Ştiinţelor Naturale, constitue anul pregătitor de bază la intrare în facultatea de medicină în Franţa care scoate medicii cei mai bine orientaţi; pentrucă un fost decan al uneia din facultăţile noastre de medicină, un savant în specialitatea sa, ne mărturisea cât datoreşte anului prealabil făcut la ştiinţele naturale. Pentrucă am în faţa mea chestionarul subiectelor de pus la intrarea într'una din facultăţile noastre de medicină şi văd câte noţiuni, şi din domeniul Ştiinţelor Naturale, trebue să aibă candidatul care a luat cunoştiinţă de ele de abia cu câteva săptămâni sau zile înainte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Policlinicile şcolare

In **Contribuţia medicinii la formarea personalităţii**, d-l D-r I. Simian arată că personalitatea este legată de ansamblul desvoltării somatice a corpului; de influenţele reciproce pe cari diferitele părţi ale corpului le exercitează unele asupra altora; este legată de constituţia somatică şi de constituţia psihică, ambele stând sub dependenţa eredităţii ancestrale, îndepărtate şi a eredităţii părinteşti, mai apropaite. Face consideraţiuni asupra constituţiei în ansamblul ei; medicina şcolară trebue să vegheze la armonia între fizic şi intelect. Enunţă tipurile constituţionale după diferiţi autori, între alţii Achile de Giovanni, Viola, Kretschmer ş. a. Expune turburările endocrine de ansamblu şi în masă ale unui număr de elevi; şi modificările endocrine cu caracter individual sub acţiunea glandelor paratiroidă, tiroidă. Face studiul oboselii organismului faţă de starea normală în şcoală, selecţionând cazurile după vârstă şi prezzentând simptomele într'un tablou rezumativ sinoptic, împreună cu datele diferitelor cercetări de laborator făcute în colaborare (din 130 copii studiaţi, numai 10 au avut examene complecte şi 38 examene parţiale). Alăturăm aci datele culese de d-l C. N. Vâlcea, cu privire la **Policlinicile şcolare**, pendinte de Direcţia higienei din Ministerul Educaţiei

*) De atunci, un alt elev în numele unui grup de colegi din provincie cere eliminarea dela bacalaureat, pe anul în curs, a părţii II-ua a materiei de *Sociologie* şi *Psichologie* pe motiv că n'a fost programată nici anul trecut.

Naţionale de sub conducerea d-lui D-r I. Simian, cari veghiază asupra sănătăţii elevilor. Aceste policlinici sunt amenajate după un tip unic; dau asistenţă la elevi, studenţi, membrii corpului didactic şi la funcţionarii Ministerului Educaţiei Naţionale. Constituesc aşa numitele **Centre de sănătate şcolare;** au 10 Servicii pentru fiecare specialitate şi un serviciu de vizitare la domiciliu; execută şi mici intervenţiuni chirurgicale, pe picior adică fără internare; dau şi medicamente când şi cât pot, din materii autochtone şi după formule standardizate. In Bucureşti funcţionează 3 asemenea policlinici, în restul ţării 22. Ele dresează **Fişe de sănătate** individuale, ţinute la curent, din care o copie merge la şcoală şi se ataşează la fişa generală şcolară.

— Dar merge? Este complectată? Medicul şcolar respectiv o leagă de cea generală? căci trebue veghiat asupra sănătăţii generale trupeşti şi sufleteşti a unui elev, ca să-i desvoltăm armonios personalitatea, cum cere şi conferenţiarul. Ne îndoim. In prezent, medicul şcolar nu face treabă, răspunde tot atât de puţin misiunei sale ca şi medicul rural. Policlinicele acestea şcolare, care fac legătura, au rol de asistenţă pentru şcolari, precum serviciile generale de consultaţii dela spitale pentru populaţia civilă. **Un exemplu** de cum se veghiază asupra sănătăţii unui elev într'un oraş cu policlinică şcolară şi cu medic şcolar la şcoala lui: pentru dureri vagi în abdomen, medicul şcolar respectiv prescrie ghiaţă şi în urmă se dezinteresează total de soarta lui; directorul şcoalei îl trimite la un chirurg; acesta, prescrie operaţia în 24 ore, altfel nu-şi asumă răspunderea; cele 6 milioane pentru operaţie când tata copilului, un chiabur, va veni dela ţară; sanitarul infirmeriei şcoalei ezită; merge cu bolnavul la un internist care socoteşte că se mai poate aştepta; şi în urmă la altul; între timp durerile, cari dela început păreau că vin din partea stângă, se localizează definitiv în lomba stângă şi hematuria se accentuiază. Am dorit în această mică istorioară, fără epilog, să punem în evidenţă **rolul medicului şcolar.** Conferinţa d-lui D-r Simian a fost savantă, a fost complectă, chiar prea lungă şi mai lungită printr'un debit accelerat, ca contribuţie originală personală — dar nu îndeajuns de articulată cu rolul policlinicilor şi al medicului şcolar pentru formarea personalităţii şi apărarea sănătăţii elevilor, pentru care o **fişă de sănătate simplificată** (mai puţin ca bacalaureatul) se impune.

Examenele la medicină

Examenele la Facultatea de Medicină din Buc. vor fi ţinute în serii.

Consiliul Facultăţii de Medicină, luând în discuţie, în şedinţa sa dela 4 Iunie, **chestiunea examenelor de fine de an,** şi ţinând seama de situaţiile excepţionale de hrană şi locuinţă a studenţilor, a luat următoarele hotărîri:

1. Sesiunile de examene de fine de an, din **vara** şi **toamna,** se împart în patru serii: **Seria I-a,** dela 20 Iunie la 10 Iulie c. **Seria II-a,** dela 15 Iunie la 30 Sept. c. **Seria III-a,** dela 1 Iunie la 15 Oct. c. **Seria IV-a,** dela 15 Iunie la 30 Oct. c.

2. Seriile de mai sus se grupează pentru fiecare materie în parte, după cum urmează: Seria I-a cu a III-a şi seria II-a cu a IV-a, studenţii fiind liberi să-şi aleagă una din aceste grupe, ceea ce însemnează că orice student are la dispoziţia sa pentru orice obiect de studiu cele două secţiuni obligatorii şi conforme cu legea înv. sup. cu singura înlesnire că i se dă posibilitatea

să opteze fie pentru seria de Iunie, combinată cu aceea din prima jumătate de Oct., fie pentru Iunie, cu aceea din a doua jumătate a lunei Oct. c.

3. Declarațiunile de opțiune se fac la Secrtariatul Facultății cu începere de Luni și până Sâmbătă 14 Iunie c., pe formulare întocmite separat pentru fiecare din cele două grupe: formulare albe pentru 20 Iunie cu 1 Oct. și formulare roz pentru 15 Sept. cu 15 Oct. c. Nu se prezintă la examene decât acei cari se vor înscrie. Inscrierea constă în a prezenta deci la secretariat în termenul fixat mai sus: a) Formularele de obțiune. b) Recipisele de plata taxelor de examene (cu dovada de plată la curent a taxelor de frequență.

4. Declarațiunile de obțiune complectate și prezentate la Facultate în conformitate cu instrucțiunile dela punctul 3 de mai sus, sunt obligatorii pentru toți studenții, trecerea însă pe cataloagele de examene depindé de: semnarea complectă a foilor de frecvență și de trecerea complectă a restanțelor pentru studenții ce au promovat anul trecut în atari condițiuni.

— **Eșalonare**, de sigur, nu atât din cauza „situațiilor excepționale de hrană și locuință" a studenților, dar din a numărului prea mare. Că unde au stat și cât au mâncat până în preajma examenelor, puteau ei să mai dureze câteva zile, ca să meargă repede acasă și să încerce a se refacc. Dar cu sutele? S'ar fi extenuat și examinatorii de atâta încordare.

Internii de Igienă

Organizarea Sănătății și Internii de Igienă o tratează D-l D-r S. Cupcea, răspunzând unui articol al D-lui D-r Gr. Graur publicat în acelaș cotidian: greutățile întâmpinate de M-ter în organizarea sănătății în mediul rural au devenit și cauza procentului redus de medici specialiști; de aci nevoia de a creia din vreme un asemenea Corp de medici higeniști, a căror pregătire să înceapă din primii ani ai facultății; pentru pregătirea lor se însărcinează Institutele de Igienă, „organe tehnice superioare ale M-terului Sănătății cari au rolul de a îndruma și controla tecnic în regiunile respective întreaga acțiune de sănătate publică (care cuprinde toate problemele de higienă și medicină preventivă, de medicină curativă, problema mamei și a copilului) și cari se află sub conducerea profesorului de igienă dela facultatea de medicină respectivă" — încât nu este vorba decât de o „colaborare" a M-terului cu Facultatea de medicină, pentru adaptare într'o ramură a medicinei la nevoile practice ale țării; obligația pentru acești interni, de a activa cinci ani dupe terminarea facultății în cadrul serviciului sanitar rural, servește aceluiași scop.

— Principial, D-l D-r Gr. Graur n'a fost în contra înființării acestor interni de igienă medici specializați din vreme; altele au fost obiecțiunile făcute. La care se pot adăuga acelea că acest început de colaborare constitue o imixtiune în învățământ; că bolnavii Institutelor de Igienă se află pe teren, la țară, internii precoci (de 2 ani) ne putând merge între ei în anii de școlaritate la facultate, ci cel mult în vacanță ca stagiari; că încă, pe lângă deformarea titlului de intern, ar mai suferi formarea unilaterală, incomplectă a acestor viitori medici, pentru specializarea cărora rămâne de practicat altă

cale și pentru obținerea cărora se pot creia anume avantajii. Dar problema este prea serioasă pentru a fi tratată din fuga condeiului și de persoane nu îndeajuns de calificate, ca noi.

Corpul medicilor

Proectul de lege, prin care s'a desfințat fostul **Colegiu al Medicilor** și s'a înființat **Corpul medicilor**, depus în Parlament a fost retras, pentru a primi diferite modificări. Ne avându-l la îndemână, nu putem face comentariile noastre. Obiecțiile aduse de D-l D-r Gr. Graur, în special cu privire la autonomie, la compunerea organelor de conducere și disciplinare, la confuzia de atribuțiuni cu alte instituțiuni, la dreptul medicilor de a-și exercita profesiunea, la nevoia de o casă de asigurare — merită a fi luate în deaproape considerare.

Stagiul medical la țară

Studenții din ultimii ani la medicină, în vederea întocmirii regulamentului la **legea înființării stagiului medical în mediul rural** au arătat că din cauze majore, unele inerente războiului și altele, unii dintre ei au fost nevoiți să întrerupă studiile, perzând 4—5 ani, încât ar ajunge medici la vârstea de și peste 30 ani; dacă li s'ar aplica obligația stagiului la țară și încă 1—2 ani necesari pentru o specializare, ar ajunge la vârstea de 35—36 ani când ar fi în stare să-și câștige existența. Cer să fie exceptați dela satisfacerea acestui stagiu, mai cu seamă că au satisfăcut serviciul militar.

— Cu discriminările necesare, cererea pare îndreptățită. Dar hotărârea luată de M-ter ca stagiul la țară să înceapă cu promoția Anului 1947, adică cu absolvenții Facultății de Medicină promovați în Anul 1947, nu-i va satisface. Și dacă stagiul acestora va începe să funcționeze dela Ianuarie viitor, cum s'a scris, nu va fi satisfăcut nici serviciul sanitar rural.

Medicii la ordinea zilei

Eroi de comedie în teatru (piesa „Seringa" a D-lui T. Arghezi), eroi de dramă în fiscalitate (să plătească de 20 ori, deocamdată, ca anul trecut), eroi pur și simplu într'un proect de lege sanitară (în care intră în Corp, dar își pierd corpul), în ultimul timp **Medicii au ținut afișul** — scrie D-l Demoștene Botez într'un editorial în Timpul. Autorul ne sprijine în mod original: vede în desvoltarea medicinei un semn de progres (nu numai de rentabilitate); în numărul crescut al medicilor (la orașe), un semn de vitalitate și de optimism pentru bolnavul ascuns în fie-care om sănătos, care este conștient de boala lui dar nu se poate căuta din lipsă de bani; element social util, medicul trebue încurajat chiar dacă servește ca simplu agent de higienă și de prim ajutor, la ceas greu ca factor psihologic de speranță sau ca subiect de superstiție — cât timp nu trece la crimă fără voe; medicul să stea la dispoziție măcar pentru susținerea mo-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ralului. Medicii numiţi la ţară să fie selecţionaţi dupe însuşirile de om. Propune pentru deplasarea medicilor dela oraşe la sate momeala cu un salar excepţional, dupe lozinca „La salar bun, medic bun".

— Paradoxele autorului explică succesul medicinei empirice şi clandestine, exercitate prin babe şi vraci; apasă pe însuşirile de om, nu de ştiinţă, cari se cer cu precădere medicului; aduc o contribuţie simplistă la rezolvarea problemei medicinei rurale, şi riscantă.

Taxele

Cu **taxe înzecite** de internare, pe analize şi pe medicamente, în chiar Instituţiile sanitare şi de cercetări ale statului, nu se mai poate îngriji omul sărac. Tot aşa de **greu este să înveţe carte** cu atâtea taxe majorate, de frecuentare, cursuri, cantine şi internate, — studentul sărac.

— Nenorocirea şi mai mare, pentrucă de cele mai multe ori nu se poate spune: scump dar face. Şi, se învaţă cum se învaţă.

Săptămâna cărţii medicale

Cu ocazia **Săptămânii cărţii**, când se expun în vitrine şi garantare noile cărţi, cartea medicală este absentă. La fel cu orice altă carte. Scumpetea excesivă le-a rărit, le-a făcut să dispară. Cine să le mai scrie, dacă nu are cine să le citească? de unde editori, dacă nu mai sunt cumpărători? In rândul cărţilor, şi revistele medicale; subţiate, câte unele îngroşate căci apărute odată de 2 ori pe an şi cu hârtie înfoiată. Câţi abonaţi le vor rămâne fideli? Şi totuşi, un fenomen de remarcat pentru publicaţiile medicale: niciodată n'au fost mai substanţiale, mai serioase şi scrisul medical mai concis şi mai concentrat — ca omul care se reculege în preajma morţii; şi, paradoxal, mai citite, dar sub mână, de împrumut — satisfacţie supremă.

Cartea. — Biata carte. — Cartea: un lux şi o extravaganţă. — „Muzeul" Cărţii, exclamăm pe rând cu D-nii Tudor Teodorescu-Braniişte, Al. Ştefanopol, Dinu Moroianu, Demostene Botez, cari cu ocazia „Săptămânii cărţii" scriu amintiri duioase despre cartea de altă dată, de care te puteai apropia şi pe care ţi-o puteai însuşi. Dacă aceasta este soarta rezervată cititorilor, care poate fi aceia a autorilor cari mai sufer de chinurile gestaţiei.

In timpul acesta D-l T. Plotkin reportează în Jurnalul din 18 Mai că **Orice carte rară poate ajunge în biblioteca fie-cărui cetăţean din U. R. S. S.** prin sistemul microfilmării, cărţilor, în câteva zile cu circa 30 ruble 30 pagini, de către Biblioteca Lenin din Moscova. Iar Uniunea reppublicelor sovietice este acoperită precum de o reţea întinsă de spitale, clinici, institute medicale de cercetări la fel de **Societăţi ştiinţifice medicale** cu biblioteci, în cari medicii iau cunoştiinţă prin referate de orice noutate ştiinţifică medicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicina hitleristă

Sub acest titlu, d-l Em. Nestor referează într'un cotidian asupra **experienţelor practicate de medicii germani** în numele „ştiinţei" **pe deţinuţii internaţi** în lagările dela Dachau, Buchenwald şi Ravensbruch. Medicii francezi internaţi, cari au asistat la aceste experienţe, afirmă că rezultatele obţinute au fost în disproporţie cu sacrificiile omeneşti făcute; că experienţele au fost conduse fără garanţiile şi rigoarea ştiinţifică necesară, fiind puse sub supravegherea unor oameni necalificaţi. Intre „savanţii" germani, cari au fost condamnaţi în procesul dela Nürenberg, pentru această „activitate ştiinţifică", figurează Karl Brandt, medicul personal al lui Hitler; Karl Gebhardt, medicul primar al lui Himmler şi preşedinte al Crucii Roşii germane; Ioachim Mrugowski, directorul Inst. de higienă din Berlin, şeful centrelor de experimentare din diferite tabere.

Prezentăm câteva **protocoale de experienţă.** Pentru aviaţie s'au studiat limitele de rezistenţă ale omului la înălţimi mari şi la frig. S'au practicat inoculări forţate cu malaria; şi de tifos exantematic pe 1000 deportaţi în vederea punerii la punct a serului de convalescent. S'au făcut experienţe cu sulfamide referitor la cangrene şi tetanos, la gazul muştar, la arsurile prin fosfor. Pentru complectarea colecţiei de schelete a Universităţii din Strassbourg, au fost sacrificaţi 112 deţinuţi politici.

Inlocuirea cobaiului prin om, ca animal de experienţă; inoculă i fără consimţimânt; oferte voluntare, dar nu de dragul ştiinţei; empirism în loc de rigoare ştiinţifică; necalificaţi, cari să conducă şi să supravegheze mersul experienţelor; risipă de material de experimentare — sunt câteva concluzii prealabile cari se pot trage din partea medicinei experimentale germane. La cari se pot adăoga rezultatele utilizării pentru economia casnică a întreg corpului omenesc, precum părul tuns, oasele, grăsimea (cu carne cu tot) pentru fabricarea săpunului, ş. a. Nimic nu se perde în natură, totul se transformă, afară de anumite mentalităţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Probleme medico-sociale

D-l D-r V. Tuchel cere **Organizarea unui corp auxiliar în mediul rural,** ca să existe aproape în fiecare comună agenţi sanitari şi moaşe şi pe lângă fiecare circumscripţie medicală o soră de ocrotire, care să se ocupe de îngrijirea noilor născuţi.

Noua lege pentru organizarea asistenţei sociale, va încadra şi pe muncitorii agricoli nu numai pe cei urbani; de asemenea pe I. O. V. R., şi personalul de serviciu casnic.

Un grup de medici în cap cu d-l D-r P. Aurescu, prezintă **Concepţia actuală a profesiunei medicale** de către fisc, care consideră pe medici ca simpli vânzători de reţete pentru îngrijirea sănătăţii — nerecunoscându-le necesitatea de ordin social, şi de către economate, cari i-au scos din cadrul acelora cari au dreptul să mănânce — încadrându-i la un loc cu capitaliştii, bursiştii şi toţi afaceriştii, cer ca medicii să fie încadraţi în drepturile tutulor

muncitorilor manuali şi intelectuali; iar fiscul să ia în considerare că pe când toate lucrurile se scumpesc, clientela medicală scade în aceiaşi proporţie, şi calitativ şi cantitativ.

D-l Prof. I. Ţeţu denunţă insuficienţa de **asistenţă a suferinzilor de nas, gât şi urechi.** In Moldova şi Bucovina nu există decât serviciul Clinicei oto-rino-laringologice dela Iaşi. In 1945—46, au fost în toată ţara numai 278 de paturi pentru bolnavii de nas, gât şi urechi. Invăţământul sufere din cauza lipsei de instalaţii moderne, de laboratoare, de biblioteci. Cere luarea de măsuri în comun de către toate instituţiile interesate în cauză.

D-l Docent D-r Birman Bera, reclamă **dreptul de linişte** pentru toţi. In Bucureşti domneşte ziua şi noaptea un sgomot asurzitor. Claxoanele îţi sună în ureche. Sgomotul intens explozibil, poate determina o surzenie acută, sau) a agrava leziuni preexistente, traumatizând aparatul auditiv; sgomotele repetate prelungite, determină surdităţile profesionale, pe cari măsuri preventive luate la timp le împiedecă.

Condiţia de azi a medicului o tratează în cadrul anchetei deschise de un cotidian, cu privire la criza din profesiunile libere, D-l D-r I. Metaxa, Preşedintele Colegiului Medicilor şi al Sindicatului Sanitar Bucureşti, relevând condiţiile morale şi materiale grele în cari îşi exercită profesiunea toţi medicii, funcţionari şi simpli practicieni, cu excepţia câtorva privilegiaţi: medicii îşi duc viaţa înafara circuitului economic normal; asistenţa medicală gratuită este excesivă; nu există categorie socială care să nu o poată căpăta gratuit, practicei libere sustrăgându-i-se aproape întreaga clientelă; marea majoritate a populaţiei nu-şi poate permite luxul de a se căuta cu medic particular; marea aglomerare a medicilor în centrele urbane le creşte concurenţa; medicii funcţionari sunt plăţiţi cu salarii insuficiente; tânărului profesionist nu-i revine mai nimic din suplimentul de clientelă care merge la clinicianul şi specialistul reputat; onoraţiul nu ţine pasul cu scumpirea vieţei, iar de nevoia cărţilor, revistelor, aparatelor — nicio socoteală. Moralul ridicat li-l mai menţine medicilor consideraţia de care încă se bucură în populaţie. Atracţia către medicină se exercită încă asupra tineretului (dovadă numărul mare de candidaţi şi înfiinţarea noilor facultăţi de medicină), dar va trebui să fie orientat dela început asupra condiţiilor de evoluţie a medicinei spre colectivitate. Ca măsuri de ameliorare a condiţiilor existente propune: limitarea medicilor în centrele urbane; o raţionalizare a distribuţiei în ţară dupe nevoile locale şi regionale; salarii corespunzătoare pentru medicii funcţionari; încetarea abuzului de gratuitate; delimitarea clienţilor particulari, dupe criterii fiscale, de categoria celor îndreptăţiţi la asistenţă gratuită; lărgirea câmpului Asigurărilor sociale cu libera alegere a medicului. Pentru mediul rural, să se creeze medicul rural cu mai puţini ani de învăţătură şi cu o pregătire redusă sau obligativitatea stagiului rural pentru medicii tineri; crearea de condiţii de viaţă favorabile în cea ce priveşte locuinţa, mijloacele de transport, salarizarea, condiţiile tehnice în cari activează.

— Propunerile făcute sunt potrivite. Ne îndoim însă, dacă medicul rural de pregătire redusă se va limita la o practică redusă.

http://biblioteca-digitala.ro/ www.bcu-iasi.ro

Făcând **Bilanțurile demografice și sanitare** ale anilor de război, d-l D-r S. Irimescu în **Tragedia tuberculoșilor** relevă din ultimul număr al „Buletinului Uniunii internaționale contra tuberculozei", rapoartele cari indică extensiunea tuberculozei în decursul războiului în Belgia și Olanda, din cauza denutriției prin insuficiența alimentară (mâncau oamenii tulpinile de tulipe); la fel la noi cari am înregistrat pentru prima oară anul trecut în Moldova un deficit al populației. Menționează camuflarea „Uniunei internaționale contra tuberculozei" în decursul războiului la Berlin. Anunță punerea la ordinea zilei a întrunirei „Uniunei" la Paris la 28 și 29 Iulie a. c., a streptomicinei.

— La data când prezentăm acest referat se află în țară D. Comandor Kay Hammerich, președintele Crucii Roșii danezе care a organizat în prezent în Ungaria vaccinarea în masă cu B. C. G., a tutulor cari nu reacționează la tuberculină, după cum a comunicat în corespondență D-l Medic G-ral D-r N. Igna.

Primatul sănătății muncitorului, capitalul-sănătate, îl expune d-l D-r B. Sapira. El cere să nu așteptăm cu îngrijirile până ce se îmbolnăvește muncitorul, ci să preîntâmpinăm factorul boalei. Serviciile naționale de sănătate au scop de a aplica formula „din leagăn până la mormânt". Medicina trebue să cuprindă totalitatea condițiilor de viață ale individului. Medicul care activează în câmpul muncii va exercita o acțiune medico-socială; și se va încadra în obligațiile contractului medical social. Antropo-technie se chiamă știința care urmărește conservarea, folosirea și reproducerea în cele mai bune condițiuni a „mașinei umane". Comandamentul prim al economiei naționale pune accentul pe sănătatea muncitorului. Normal, perioada în care un muncitor dă un randament integral, este de 4 zecimi din durata totală a vieței; la noi durata medie a vieței fiind de 44—46 ani (în Anglia, Statele-Unite, Norvegia este de 62 ani), înseamnă că plinul randament îl dau numai 18 ani, restul fiind ani de producție scazută. Medicina curativă exercită o acțiune limitată, de necesitate. Din lanțul continu de acțiuni protectoare medico-sociale, fac parte: alimentația muncitorului; locuința; educația higienică; folosirea rațională a timpului liber; protecția mamei și a copilului dela naștere până dincolo de ucenicie; preîntâmpinarea tuberculozei, a bolilor venerice, a reumatismului, posibilități largi de o cură balneo-climatică; un serviciu social care să vegheze asupra sănătății fizice și morale a muncitorului și familiei sale.

— Autorul a menționat numai unele inele ale lanțului prevenitor, o spune; și le aplică la muncitor. Aplicate la orice individ, parțial sau total, împreună cu altele — vor asigura longevitatea, menținerea tinereței (nu întinerirea, iluzorie și factice) despre care vom trata într'o cronică viitoare.

Despre **Farmacie și Farmaciști** scrie d-l Miron Rucăr. D-sa denunță răsărirea ca ciupercile la tot pasul în orașe, în special în București, a farmaciilor; în timp ce la țară pe rază de zeci de kilometri nu dai de niciuna, — licențiații după 5 ani intră ca vânzători, adică asistenți, în farmacia altuia; își deschid farmacie proprie, devin patroni; sau fac pe intermediarii între laboratoarele farmaceutice și farmaciștii patroni, făcând așa zilele „afa-

Cluj Babeș-Bolyai University Library Cluj

ceri pe picior". Autorul propune: să se interzică pe o perioadă de 5 ani înfiinţarea de noui farmacii în Bucureşti; să se crească numărul farmaciilor la sate; să se înfiinţeze industrii naţionale de medicamente; să se ţină concursuri pentru ocuparea posturilor de farmacist la spitale şi la Asigurările Sociale.

Farmaciile-Ciuperci din Bucureşti nu fac parte din familia Penicillum. Sunt mai curând Ciuperci otrăvitoare. Iar unii farmacişti autohtoni sunt mai curând adepţii lui Mercur decât discipolii lui Gallenus — închee autorul articolul.

Speţa a năpădit şi oraşele din provincie. Tinde să înăbuşească ciupercile bune şi să compromită rolul farmaciei în general.

CORESPONDENŢA

Corespondenţa, care apare tot mai des în coloanele revistei, răspunde scopului de a cuprinde şi adânci aspectele variate ale materialului medical românesc. Acea de faţă, venită din partea distinsului confrate, care este D-l Medic General Doctor N. Igna dela Alba-Iulia, aduce în plus preţioase informaţii de ordin comparativ din afară şi dinăuntru.

In primul rând, asupra **„Generaţiei haotice a studenţilor în medicină din Ungaria"**, — Generaţie care pluteşte în haos ca şi la noi pentru că este de sacrificiu.

Privim pe studenţii unguri caşi pe ai noştri cu aceiaşi înţelegere dar şi teamă „de ce fel de medici ne vor îngriji peste 10 ani". Ce zic, peste 5 ani la noi, şi mai curând pentru mediul rural în timpul stagiilor de vară. Dar autorul articolului, D-l Szb. I. nu este îndeajuns de informat; tratează la suprafaţă problema studenţilor în medicină, care în ţara vecină ca şi la noi este complexă, poate pentru-că nu este medic; vede insuficienţa de instrucţie numai în aglomerare; nu are în vedere tragica situaţie de cazare şi alimentare a celor mulţi; se ocupă numai de studenţi, parcă haosul în care pluteşte azi studenţimea nu vine şi dela profesori; debitează farsele câtorva gălăgioşi, aceiaşi pretutindeni, pe care lipsa de autoritate a profesorului respectiv îi încurajează — şotii, din auzite, cari nu se potrivesc pentru studenţii facultăţilor de medicină, mai serioşi, rezervaţi. Nicăeri tineretul nu se îndreaptă înspre carierele ştiinţifice, aşa cum îi clasifică autorul, în orice caz nu tineretul medical, mai cu seamă azi când medicina este pe cale de a-şi pierde mirajul rentabilităţii.

Faţă de studenţii în medicină străini, caşi faţă de studenţii noştrii, să-şi facă în primul rând datoria păstorii, cari vor alunga sau vindeca cele câteva oi răioase; — mai târziu colectivitatea, care să-i folosească nu în apostoli dar în calitate de elite intelectuale cari sunt medicii în general; — şi tot timpul statul, care îşi face din medici apărătorii sănătăţii publice, să-i îngrijească şi ocrotească.

Ca ofensive sanitare, îmi stărue încă în minte faimoasele noastre ofensive sanitare din trecut redate în cifre şi prinse în imagini, noi am renunţa la **penicillinoterapia în masă a blenoragicilor** noştri, am-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

bifionând la **neosalvarsanisarea** și **bismutizarea sistematică a sifiliticilor** al căror număr la orașe și la sate se ia la întrecere cu al tuberculoșilor. Și până la **Vaccinarea în masă cu B. C. G.** a tutulor celor cu reacții negative la tuberculină, să creștem capacitatea de **primire a marilor Sanatorii** existente, să creem și altele mai mici pe județe, să le facem **accesibile masei mari a tuberculoșilor săraci**, și să le transformăm prin îngrijire eficace și alimentație îndestulătoare a bolnavilor din anticameră macabră a morții în instituții atractive și active.

In cea ce privește informațiile naționale, în așteptarea **„ajutoarelor masive din partea M-terului Sănătății în favoarea celor câteva reviste medicale** cari și-au dovedit viabilitatea" și valoarea, autorii să nu renunțe la comunicarea faptelor de observație demne a fi consemnate, dar să le redea în esență, pe scurt, ca să intre în numărul de pagini pe cari li-l punem la dispoziție fără plată. Scrisul medical va câștiga astfel în precizarea gândirii și în claritatea exprimării.

Problema alimentației în spitale, lipsa de medicamente și ineficacitatea celor mai multe dintre ele — le-am expus în cronica precedentă. Despre evitarea unei **fiscalități excesive** am scris pe larg în cadrul cronicei medicale din No. 3—4/1946, arătând criteriile pe cari trebue să le aibă în vedere organele fiscale și organele sindicale ale medicilor.

Corespondența din Roma este în continuare.

DESPRE „SERINGA" D-LUI T. ARGHEZI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Publicăm la sfârșitul numărului articolul **„Satira ca factor de estetică și etică socială"**.

Autorul este D-l D-r S. Irimescu, ftiziologul cunoscut care de o viață întreagă pune în slujba medicinei cuvântul și scrisul unui adevărat om de știință, iar în al practicei medicale devotament de apostol pentru cauza tuberculoșilor.

Director împreună cu D-nii Profesori M. Ciucă, D. Daniolopolu și C. Ionescu-Mihăești la Revista Științelor Medicale, Secretar General al Ligii Naționale contra Tuberculozei, Orator și Scriitor reputat, Umanist și Umanitarist, Democrat născut nu făcut, D-l Doctor Irimescu realizează tipul medicului perfect cu care se onorează breasla Sa.

D-sa ne trimite articolul cu rugămintea de a-l insera într'un număr apropiat, amânat și-ar perde actualitatea. Cea ce și facem. Colaborator al revistei, a fost solicitat anume să scrie asemenea cronici de caracter medical.

Articolul D-Sale mai împlinește necesitatea pentru revistă, de a înregistra și comenta la timp cazul „Seringei" din punct de vedere al adevărului medical, chiar dacă nu și din cel literar. Ne scutește astfel pe noi, care nu avem competința literară necesară și nici n'am văzut sau ceiit piesa, de a interveni direct.

Din menținerea pe afișul Teatrului Național din București timp de circa 20 reprezentații în șir; din „Bilanțul" de realizări ce însu-și

autorul piesei dresează într'o „tabletă" recentă reese că piesa a avut succes, mare succes, în public, deşi Critica din primul moment a formulat rezerve formale faţă de cuprins, faţă de tendinţa de generalizare a autorului, faţă de motivul inspiraţiei. Semnăm pentru aceasta articolul „D. Arghezi şi medicii" al D-lui G. Millian apărut în Semnalul din 12 Aprilie; şi articolul prim al D-lui D-r S. Irimescu. „Pe marginea piesei de teatru „Seringa" a D-lui Arghezi" publicat în Timpul din 29 Aprilie. Azi D-l D-r Irimescu se pronunţă şi asupra valoarei literare în sine a piesei, cea ce depăşeşte cadrul şi scopul revistei în care caracterul literar stă pe plan secundar.

N-am văzut piesa. In scris încă n'a apărut. Dar chiar dacă aşi fi văzut-o sau citit-o, mi-aşi refuza competinţa de a o discuta din punct de vedere estetic. Etic, medical şi social, sunt ţinut să am o părere. Bună sau rea, părerea noastră va avea meritul sincerităţii, şi al convingerii.

Mai întâi, seringă sau siringă? Mulţi medici îi zicem siringă, vine mai uşor, sună mai româneşte. Neologism aclimatizat care vine de'a seringue din limba franceză, în Dicţionarul universal al limbei române de Lazăr Seineanu nu este trecut. In multe texte medico-chirurgicale româneşti figurează siringa. Dacă scrim fonetic, de ce am adopta seringa, mai cu seamă de când autorul piesei o întoarce în contra noastră.

Şi, de ce să înţepi cu „seringa" şi să nu spargi cu „bisturiul" buboiul medical, şi să-l răcăi cu „cureta"? Pe gura deschisă mai cu folos torni leacurile tămăduitoare de cât printr'o găurică de ac să injectezi venin, din:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Veninul strâns, preschimbat în miere — căruia autorul în „Testament" din „Cuvinte potrivite" — i-a lăsat întreagă dulcea lui putere".

Generalizarea prin „Seringa" la îndemâna tuturor medicilor ar fi cedat în faţa „Bisturiului" mănuit de mai puţini, şi a „Curetei" învârtită de câţiva. Numai că bisturiul trebuia luat de lângă foarfecele lui Andrea Majochi, iar cureta să nu fie scoasă dintr'o trusă ginecologică obişnuită.

Autorul care în trecut s'a dovedit un pacient recunoscător, prea recunoscător chiar uneori, nu poate fi ţinut de rău că se întoarce acum contra celor cari nu l-au vindecat la timp. Dar nici nu l-au omorât. Să se aibă în vedere cazul D-sale, pentru descărcare, la judecata de apoi.

Prea mulţi medici, răi, strânşi la un loc, într'o piesă. Nu se întâmplă în practica medicală, nu ştiu dacă la alţi profesionişti. Cui pe cui ne scoatem afară, din timp, ca să nu rămânem decât unul, la sfârşit când se vindeca boala şi fără noi, ajutând „natura vindecătoare" dacă nu i ne punem contra. In consulturi ne întâlnim mai mulţi, dar nu ne certăm niciodată, pentru ce? nici pomeneală de ameninţări cu bătae, bătrânii îşi amintesc din ale lor, ceilalţi ascultă cu respect, ne încasăm onorariul de consult şi plecăm. Noi ne lucrăm în absenţă, nu în prezenţă, şi bolnavii ne ajută. Nu din răutate sau din invidia ajunsă clasică, cât din prea buna părere ce fie-care avem de noi. Rar medicul care se îndoaie de diagnostic şi de tra-

tamentul lui. La nevoe, le acceptăm pe ale altora, diluate, căci stăruim în ale noastre. Nu suntem atât de speculanţi, cum ni s'a dus vorba, cât de ignoranţi. Ştim atât de puţin şi medicina este atât de area! Se întâmplă să fim şi de amândoi. — Vorbesc mereu la plural.

La singular, ni se adresează scrisori de mulţumire prin gazetă. Ne bucură şi pentru mulţumirea bolnavului. Dar mai mult când cetim recunoştinţă tăcută în ochii lui. Or ce s-ar spune, nu smulgem bucăţica dela gura săracului, şi când putem i-o dăm.

N-am văzut piesa. Nu-mi cunosc confraţii de pe scenă. Dar aşa trebue să fie, amestecaţi, pătaţi, jugrăviţi din umbre şi lumini, nici îngeri nici draci, nici prea buni nici prea răi. Excepţiile confirmă regula, dupe cum s'a spus. Nu ne întristăm din cale afară că autorul ne-a privit mai mult pe o parte. Au făcut-o alţii, pe partea cealaltă, cu mai mult succes. Ce are de a face marea majoritate a medicilor cu cei câţiva „lipsiţi de scrupule, lichele, şnapani, profitori sau bandiţi", uscăturile pădurii, escrocii profesiunei; „umorile pecante", ale organismului medical — dupe cum li s'a spus. Nu angajează prestigiul breslei infracţiunile la cod ale câtorva, dupe cum nu schimbă caracterul social al piesei originea unora — obiectează la rândul lui autorul.

Un autor are dreptul să-şi aleagă motivele de inspiraţie de oriunde impresiile, sentimentele sau resentimentele lui îl îndeamnă. Cu cât vor fi mai vii, cu atât va reuşi să le comunice altora. Pentru „transpunerea cu înţeles, pe scenă, şi cravaşareea vieţei reale" eşti liber să-ţi alegi eroii. Dar pentru ce sunteţi dator faţă de ceilalţi, din care aţi cunoscut în trecut, căci doriţi să li se ridice monument, sau, în câte „Un chirurg", şi în prezent; — dacă vreţi să fiţi drept şi imparţial, cu bunele D-stră intenţiuni, de nimeni contestate, dator sunteţi, D-le Arghezi, să întoarceţi tableta, să vă daţi singur „replica" şi să faceţi „evocarea" celorlalţi, aşa cum doreşte şi D-l D-r St. Irimescu, apărătorul en titre al corpului medical.

Cu toate acestea, ce amintiri personale, de ordin medical, stăruesc în mine, de mă simt alături de D-l Tudor Arghezi, vajnicul Oltean dela Gorj? Numai pentru-că Olteni se adună şi fac roată, la ocazii, fără să se cheme? Dar roata D-lui Arghezi ajunge. Când se învârteşte D-sa, cad trăsniţi cei atinşi. Poate pentru-că, în fond, seringa D-sale nu ne înţeapă pe toţi; că are şi D-sa nţică dreptate; sau, încă, pentru-că de medic nu scapi uşor în viaţă. Te mai întâlneşti cu el, îl mai chemi şi el uită. Medicul, caşi bolnavul.

M. CÂNCIULESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TULAREMIA

de

D-r RADULESCU-CALAFAT
Medic Veterinar Consilier

Tularemia este o boală contagioasă, virulentă şi inoculabilă, care atinge în primul rând iepurele şi alte rozătoare sălbatice, dela care se poate transmite la om.

Nesemnalată încă în România, dar a cărei primejdie a fost evidenţiată de câţiva autori şi de noi, încă din 1932, tularemia este însă destul de frecvent constatată în ţările vecine nouă şi merită deci a i se acorda o mai serioasă atenţiune, considerând-o drept „boală de viitor" şi pentru ţara noastră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Apariţia acestei boli fiind deci oricând posibilă sau poate chiar apropiată, socotim de datorie să accentuăm că această eventualitate trebue luată în consideraţie mai ales azi, când, pe de o parte problema alimentară se face simţită mai mult ca oricând, iar pe de altă parte mijloacele de transport actuale, rapide, dar încă dezorganizate, sunt de multe ori lipsite de orice control sanitar veterinar, mai ales în ceeace priveşte vânaturile şi blănurile, provenind din ţările contaminate.

Scurt istoric. — Primele cazuri de tularemie au fost dovedite în U. S. A., în anul 1911, la unele rozătoare sălbatice din California, şi anume în comitatul Tulariei, de unde şi numele dat apoi acestei boale, al cărei agent este *Bacterium Tularense* (Pasteurelle Tularensé), descoperit de *Mc. Coy* şi *Chapin* la iepurii sălbatici şi la veveriţele din acel ţinut, cari prezentau o boală „asemănătoare pestei".

Câţiva ani mai târziu, bacteriologul american *E. Francis,* studiind mai îndeaproape boala şi microbul ei, descoperă că ea este răspândită printre rozătoarele din California şi că dela acestea ea se transmite şi omului, fie prin contact direct cu animale bolnave, fie prin înţepăturile insectelor ce parazitează blănurilor acestor animale. Francis a fost acela care a propus ca această boală să se numească tularemia, având ocaziunea să o constate până acuma, în Statele Unite, în aproape 10.000 de cazuri la om, dintre cari 5% mortale.

In Japonia, medicii *Aoki, Kondo* şi *Chora* au arătat că boala este cunoscută acolo, sub diferite denumiri, de peste 40 de ani.

In Europa, unde a fost necunoscută până în ultimii 15 ani, tularemia se găseşte azi identificată în următoarele ţări: în U.R.S.S., încă din anul 1929, primele cazuri fiind constatate în regiuni mlăştinoase sau de-a-lungul cursurilor de apă, unde se dovedesc şi mulţi guzgani de apă; în Norvegia (1929); în Anglia şi Suedia (1930); în Italia, din 1932, când se socoteşte că a fost importată printr'un transport de iepuri aduşi din Ungaria. In Franţa a fost adusă în 1939, cu prilejul unui import de iepuri din Cehoslovacia şi Polonia, semnalându-se azi în mai multe provincii şi chiar la Paris (Martie 1946). In Grecia, s'au constatat câteva cazuri; iar în Turcia, din 1938 şi până azi s'au constatat 150 cazuri (controlate).

In Austria şi în Ungaria, boala bântuie de mai mulţi ani, atât la iepuri cât şi la om, iar colegul nostru vienez *H. David*, precum şi oftamologiştii *Bayer, Pillat, Herrenschwand*, socotesc că tularemia există în Europa Centrală încă din anul 1917, dar nu a fost diagnosticată până acuma. In anii 1936—1939, boala a bântuit cu furie în Cehoslovacia şi în Polonia, găsindu-se deci în vecinătatea imediată a graniţelor noastre. Totuşi, tularemia nu a fost încă semnalată până acuma de către serviciile noastre veterinare de frontieră, cărora li s'au trimis instrucţiunile necesare pentru cunoaştere, depistare şi combatare, încă din 1937, când autorul acestui articol erea consilier sanitar veterinar al Ministerului de Agricultură. (Un singur caz ar fi fost identificat, dar neconfirmat, în anul 1938, de către laboratorul veterinar din Cluj, la un iepure sălbatec din regiunea Bihor).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Speciile atinse: Omul, oia, iepurele sălbatec, veverita, vulpea, şobolanii (atât acei de câmp, cât şi cei de apă), şoarecele de câmp, ţincul, fazanul, găinuşa sălbatecă.

Uneori — şi aceasta mai mult experimental — boala poate fi transmisă şi la pisică, iepurele domestic, şoarecele alb, ariciul, porumbel, iar excepţional la câine şi la bovine (la acestea, după R. Parker, contagiunea se poate face uneori indirect, prin pişcătura căpuşei de pădure — Dermacentor, infectată, care, ca şi celelalte căpuşe dealtfel, după cum a constatat-o S. Bilal în Turcia, poate transmite boala chiar după 200 zile dela ospătare cu sânge bolnav, ceeace ne arată rolul considerabil pe care îl au paraziţii blănurilor în propagarea tularemiei la animale, ca şi la om).

Sunt refractare: cavalinele, porcul, găina.

Etiologie, Patogenie. Tularemia este o boală infecţioasă provocată de Bacterium Tularense, un microb cocobacil ce face parte din grupa Pasteurella şi a cărui caracteristică este: polimorfismul, mergând dela scurte bastonaşe până la forma sferică, imobilitate Gram negativ, colorare uşoară prin aniline, cultivă mai ales pe gălbenuş de ou coagulat şi pe geloză-ser glucozată.

Boala se transmite între rozătoarele sălbatice, apoi dela acestea la alte animale şi la om, fie prin contact direct, cu blana, pielea, carnea, sângele, serozităţile, fecalele, urina, organele animalelor bolnave, fie indirect prin pişcăturile insectelor, ca: purecii, căpuşele, păduchii, pleoşniţele, muştele, tăunii, ş. a. La rozătoare, tularemia poate

apărea sporadic, iar adesea epidemic, când poate da loc la numeroase cazuri mortale.

Evoluţia clinică la aceste animale ne este mai puţin cunoscută, fiindcă ele nu se lasă apropiate. Ceeace se ştie însă, este că într'o fază mai înaintată de boală, ele se lasă uşor prinse, fie de om, fie de câini sau pisici. Uneori, boala îmbracă forma infecţiunilor latente şi nu se manifestă prin nici un simptom clinic şi nici chiar anatomo-patologic, iar alteori există şi cazuri cu evoluţie cronică. Forma latentă are o deosebită importanţă, din dublul punct de vedere al etiologiei animale şi al igienei omului. (J. Verge).

De cele mai multe ori, apariţia boalei într'o regiune se evidenţiază, la început, prin ivirea unui fel de iepuri prea puţini fricoşi şi prin uşurinţa cu care se lasă împuşcaţi chiar de către ageamii, iar mai târziu prin marele număr de răzătoare ce se lasă prinse cu mâna sau sunt găsite moarte prin tufişuri.

Omul se infectează prin pielea lezată sau nelezată. Se citează numeroase cazuri de răniri sau înţepături ori de muşcături prin manipularea vânatului, urmate de simptome tipice de tularemie, la care sunt de multe ori expuse şi persoanele obligate să manipuleze în laboratorii culturile de Bact. Tularense ori cadavrele animalelor de cercetat sau de experienţă.

Pentru ca să arătăm cât de lesnicios, pe cât de grav, se poate infecta omul prin piele, vom cita experienţa medicului japonez Ohada, care printr'o uşoară frecare pe mâna soţiei sale, cu sângele unui iepure mort de tularemie, îi provoacă acesteia infecţiunea, ce se manifestă apoi, după 2 zile, cu toate simptomele ce însoţesc această boală la om.

Infecţiunea omului se mai poate face şi prin conjunctivă, iar în unele cazuri şi pe cale digestivă (prin consumarea vânatului bolnav, neîndeajuns de fiert sau fript), infecţiunea pe această cale dând de multe ori loc la cazuri mortale, ca acele citate de Meguro, Crawford, Francis, Spencer, Parker, ş. a., cari arată cum aproape toţi membrii unor familii de oameni nevoiaşi au murit de pe urma consumării de carne provenind dela iepuri găsiţi morţi sau bolnavi prin tufişuri, ori aduşi de câini sau de pisici.

Boala nu se transmite niciodată dela om la om.

Simptomatologie. La iepure, boala se prezintă sub trei forme: un tip epizootic, un tip sporadic şi un tip latent. Iepurii bolnavi devin apatici şi stau ascunşi în vizuinile lor; iar cei cari părăsesc vizuinile au un mers clătinat, ataxic, târându-se până aproape de locuinţele omeneşti, când sunt uşor prinşi cu mâna, — ceeace trebue să dea de gândit. In majoritatea cazurilor, ei sunt în carne, nu sunt slabi (ca în coccidioză, strongiloză).

Obişnuit, boala durează câteva zile, iar la autopsie se pot dovedi leziuni ce se consideră tipice, ca: tumefacţia splinei, care se prezintă acoperită şi de o mulţime de noduli de mărimea unui bob de mei sau a unei gămălii de ac, având un centru purulent; ficatul mărit şi prezentând acelaş fel de noduli miliari, pe care îi găsim şi în pulmoni şi chiar în măduva oaselor (în femur mai ales); mărirea ganglionilor, cari se pot dovedi şi purulenţi.

La oaie, tularemia se arată la puţin timp după aducerea turmei într'o regiune cu căpuşe şi în care se găsesc rozătoare moarte. Boala are un mers încet, înşelător, manifestându-se prin: oboseală, mers greoi, un fel de năuceală, oaia ţinând capul în extensiune; iar după câtva timp apare o respiraţie greoaie, dispneică, însoţită de tuse continuă şi uneori de diree seroasă sau hemoragică, cu sau fără febră. Intr'o ultimă fază, oaia nu se mai ridică de jos, rămânând mereu culcată nemişcată, până moare în comă. La necropsie, se găseşte o hipertrofie a ganglionilor şi mai ales a celor din partea anterioară, adică a celor părţi pe cari se aşează de preferinţă căpuşele.

La om, tularemia este mai mult o boală profesională, atingând mai ales pe acei ce vin în contact cu răzătoarele sălbatice sau cu produsele acestora (blană, piele, carne, organe, sânge), ca: vânătorii, negustorii de vânaturi, de blănuri, bucătari sau bucătăresе, guarzi de vânătoare sau silvici, medici veterinari ce inspectează vânaturile sau blănurile, medici, cercetători, personal de laboratorii, etc. Datorită marei sale puteri de infecţiune, după unii autori, statele majore ale unor anumite ţări considerau **Bact. Tularense** ca dintre cele ce trebuiau să facă parte din arsenalul de luptă al războiului microbian (ca şi morva, ciuma, holera, etc).

La om, boala apare la 2-10 zile după infecţiune şi se arată la început prin simptome generale asemănătoare de cele mai multe ori cu gripa sau cu febra ondulantă (brucelloza), ca: astenie, febră, frisoane, năduşeli, dureri de cap, dureri articulare, musculare sau generalizate, după care urmează o perioadă ce poate îmbrăca una din următoarele forme-tip:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. **Tipul ulcero-glandular**, cu inflamaţie şi durere la locul de intrare al virusului şi cu tumefacţia ganglionilor corespunzători; pe locul infectat apare un buton roşiu, ferbinte, ce supurează, burbionul se elimină şi lasă o gaură ulceroasă de aparenţă furunculoasă, ce se cicatrizează cu greu; ganglionii se prind, pot abceda şi de multe ori fistuliza. (R. Clément, J. Verge).

Uneori, începe cu angină şi cu prinderea ganglionilor submaxilari şi cervicali, cari se abcedează şi fistulează, ceeace înseamnă că infecţiunea s'a făcut pe cale alimentară, buco-faringo-digestivă.

2. **Tipul oculo-glandular**, cu conjunctivită, blefarită, oftalmie şi cu inflamaţia secundară a ganglionilor submaxilari şi axilari. (Constatat în 32% din cazuri, în Turcia).

3. **Tipul glandular**, ce se manifestă numai prin hipertrofia ganglionilor limfatici, fără vreo leziune aparentă la punctul de inoculare.

4. **Tipul tific sau septicemic**, fără localizări ganglionare, dar în care febra durează 6—7 săptămâni, putându-se complica cu pneumonie lobară, (întâlnită mai ales la personalul contaminat în laboratoare).

5. **Complicaţiuni posibile**: pulmonare, pleurale, cardiace, articulare, icterice, intestinale, meningiene.

Mortalitatea, care este de 5% din cazuri în America, nu a atins în Europa Centrală încă cifra de 1%. Insă, boala are o evo-

luţie lentă, convalescenţa se prelungeşte şi dă loc la o incapacitate de muncă de lungă durată.

Diagnostic. La rozătoare, boala se poate confunda cu pasteureloza, tuberculoza, pseudo-tuberculoza, cisticercoza, coccidioza, strongiloza, iar diagnosticul bacteriologic al organelor bolnave este foarte anevoios de făcut. (H. David).

La om, tularemia este mai mult o boală profesională şi se poate confunda la început, până la prinderea ganglionilor şi chiar după aceasta, cu: gripa, febra ondulantă sau de Malta (brucelloza), tuberculoza, febra tifoidă, pesta bubonică, sifilisul, sporotricoza, etc.

In primele cazuri, ca şi la animale, diagnosticul este îngreunat şi prin faptul că **Bact. Tularense** se găseşte cu foarte mare greutate în leziuni şi în sânge, neputându-se stabili decât după inocularea directă a produselor patologice la iepuri, cobai, şoareci albi. (In cursul epidemii din 1936—1938 din Cehoslovacia, medicii **Netusek** şi **Kollar** nu au putut obţine nici un rezultat la cobai, prin inocularea puroiului ganglionar).

Sero-diagnosticul prin aglutinare, deviaţia complementului, ca şi cutireacţiunea lui Foshaye (cu 0, Olvirus tularemic), pot fi puse cu folos în practică. Trebue relevat însă, că serul bolnavilor cu tularemie poate adeseori să coaglutineze atât **Brucella abortus**, cât şi **Brucella Melitensis**.

Pronosticul. Este grav, atât din punct de vedere medical, cât şi din punct de vedere social-economic. Acei atinşi de tularemie, a repetăm, fac o boală destul de gravă, ce dă loc la o convalescenţă şi la o incapacitate de muncă ce se prelungeşte cel puţin câteva luni. Inflamaţia ganglionară retro-cedează foarte încet şi este însoţită adesea de supuraţie şi fistulizări consecutive. Totuşi, boala este rareori mortală (1 deces la 300 cazuri în Austria; 1 deces la 416 cazuri în Cehoslovacia; nici un deces la 150 cazuri în Turcia; însă 5% cazuri mortale în America).

Acelor ce se ocupă cu produsele vânatului ori cu negustoria blănurilor sau cu industria acestora, li se poate cauza pierderi materiale considerabile, prin măsurile restrictive ce trebuesc aplicate cu ocaziunea ivirei boalei; iar în regiunile neatinse prin răspândirea ştirilor fanteziste rezultate dintr'o publicitate sau svonuri exagerate, (nu s'au văzut ziare, cari, în 1937, să publice că "o boală nouă şi teribilă, numită tularemia, s'a ivit de curând în Europa, fiind semnalată chiar şi în România"?; sau, în luna August 1946, nu se svonise la un moment dat că într'un cartier din Capitală ar fi apărut mai multe cazuri de boală nouă, care „ar putea fi tularemia sau ciuma, aduse dela... Câmpulung"?).

Tratament. Seroterapia, prin injecţii intramusculare cu ser de convalescent, preconizată de **Henninger**, ca şi aceea ce foloseşte serul preparat pe capră, preconizată de **Foshay**, dă bune rezultate. Serul lui Foshay se injectează intravenos, în doze de 10-20 c.c., făcând să scadă temperatura, să se micşoreze ganglionii hipertrofiaţi şi să regreseze mialgiile şi artralgiile; în formele septicemice sau în cazurile de adenite supurate, dozele vor trebui sporite şi frecvent repetate. In lipsa serului Foshay, se va folosi serul antitularemic al lui **Gorokhov**,

Digitized by Centrum Oeresty Biblioteka

preparat pe cal prin injecţie de virus formolat, care trebue aplicat în doze de 20—40 c. c.

Antigenoterapia, mai delicată şi neacceptată de majoritatea medicilor, aplicată subcutan cu **Pasteurella tularense** atoxică, scurtează boala. Recent, **Kerl** recomandă antigenoterapia specifică cu „talaremină", în doze mici.

Chimioterapia dovedită a fi dat rezultate terapeutice mai evidente: sulfamidele, trypaflavina, arsenonbenzolurile. **Curtis** şi **Kerl** comunică excelentele rezultate obţinute prin aplicarea sulfamidelor. (Kerl întrebuinţează simultan prontosilul per os şi trypaflavină intravenos). **Lawless** recomandă folosirea combinată a sulfamidelor şi a seroterapiei.

Mycoterapia, prin aplicarea streptomycinei, a dat bune rezultate lui **Heilman**, (1944), **Foshay** şi **Bastemack** (1946), cari, după ce au încercat-o expperimental pe rozătoare, au aplicat-o curativ la om, dovedindu-se ca un bun bacteriostatic şi bactericid faţă de **Bact. tularense**, inoculându-se intramuscular în doze de câte 30.000 U. O., repetate la fiecare 3 ore, timp de 5 zile. Rezultatele obţinute de aceşti autori prin aplicarea streptomycinei se traduc printr'o remarcabilă regresiune a semnelor clinice, chiar din primele 24 ore: vomismente, cefalee, prostraţie, obnubilaţie mintală, dureri articulare şi musculare, cât şi printr'o scurtare evidentă a perioadei de convalescenţă, care în mod obişnuit este lentă, penibilă, trenantă.

Tratamentul simptomatic nu va fi desigur neglijat şi va fi aplicat de câte ori nu există incompatibilitate cu tratamentul specific: odihnă, antitermice, calmante, tonice, incizia ganglionilor supuraţi. (După constatările medicilor, cari au tratat cele mai multe cazuri de tularemie cu tumefacţia ganglionilor, ar rezulta că nu trebue făcute nici incizii nici excezii la ganglioni, afară numai dacă se constată la aceştia focare aparente de ramolire.

Profilaxie. La iepure, s'a reuşit ca să se obţină **imunitatea activă** prin vaccinarea cu culturi formolate 2/1000, inoculate subcutan sau intravenos, în 6—8 reprize diferite, realizându-se o imunitate sigură, care deocamdată nu poate fi încă aplicată şi la om (**Downs**). **Imunitatea pasivă** cu ser antitularemic a fost realizată de **Foshay**, încă din anul 1932; serul se prepară injectând la capre suspensii formolate de **Bact. tularense**. Acelaş ser îşi găseşte aplicarea şi în medicina omului.

Profilaxie sanitară. Vom face aici un rezumat al principalelor măsuri profilactice aplicate sau propuse în Austria, Ungaria, Cehoslovacia şi recent în Franţa, cu prilejul epidemiei de tularemie ce a bântuit acolo şi care se spune că ar dăinui şi azi în cele două ţări vecine:

1. Declaraţia obligatorie a tuturor bolilor ivite sau suspectate la rozătoare. Anunţarea medicului veterinar oficial despre orice vânat găsit mort, bolnav sau suspect.

2. Trimiterea la laboratorul regional şi examinarea rozătoarelor găsite moarte. Iar atunci când boala ar fi confirmată în ţară, exercitarea unui control sanitar veterinar riguros, în hale şi în toate debitele alimentare, asupra tuturor vânaturilor susceptibile de a transmite tularemia, — ceeace ar permite cu acest prilej ca şi alte boli cu

leziuni asemănătoare (tuberculoză, pseudo-tuberculoză, coccidioză) să fie eliminate din consumaţie.

3. Obligaţiunea de a se ucide, în regiunile declarate infectate, toate rozătoarele (iepuri, şobolani, şoareci).

4. Distrugerea, denaturarea sau arderea şi îngroparea cadavrelor. Să se aplice pieilor şi blănurilor aceleaşi măsuri ca şi pentru dălac. Deşi, după unii autori, pieile uscate nu ar mai fi primejdioase, după câteva săptămâni, (după Verge, Chantenever, Henninger, numai pieile proaspete pot transmite infecţiunea).

5. Ordonanţe instructive populaţiei, societăţilor de vânătoare, camerilor agricole, centrelor silvice, cu atragerea atenţiunii asupra faptului că dispariţia iepurilor, veveriţelor, şoarecilor de câmp şi a şobolanilor dintr'o regiune, până atunci bogată în astfel de animale, denotă apariţia tularemiei sau a altei boale contagioase.

6. Medicii umani şi veterinari, într'o colaborare cât mai strânsă, vor da sfaturi asupra pericolului ce reprezintă manipularea rozătoarelor moarte sau bolnave, ori care se lasă uşor vânate sau prinse cu mâna, ori prinse de câini sau de pisici. De asemeni, fără a se alarma populaţia, se va arăta nevoia dezinfecţiei mâinilor (printr'o săpunare cât mai abundentă), de către toţi acei ce sunt obligaţi a manipula, jupui, găti iepuri; iar ca şi mai bună precauţiune, în timp de epizootie, iepurii să fie consumaţi numai după ce au fost bine fierţi sau fripţi.

Cât priveşte obligaţiunea purtării mănuşilor de cauciuc, o considerăm ca neaplicabilă sau nepractică. Am avut prilejul să o constatăm la Praga, în halele cu vânaturi, unde măsurile profilactice se socoteau aplicate cu destulă stricteţe şi unde am văzut că mănuşile se purtau numai cât ţinea vizita sanitară veterinară şi apoi se scoteau.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7. Se va atrage atenţiunea crescătorilor şi ciobanilor asupra posibilităţilor de infecţiune, atât pentru ei, cât şi pentru oile stabulate sau păşunate în regiuni infectate cu căpuşe, ca: **Ixodes ricinus, Dermacentor variabilis** (căpuşa câinelui), **Dermacentor Occidentalis** (căpuşa oaiei, calului, iepurelui), **Dermacentor Andersoni** (căpuşa de pădure), **Hoemophysalis leporis** (căpuşa iepurelui), **Rhipicephalus bursa, Ornithodorus lahorensis, Margaropus calcaratus**, ş. a., care pot găzdui agentul infecţios, **Bacterium tularense**, şi pe care îl pot răspândi fie la animale, fie la om, datorită posibilităţii ce are acest microb de a se desvolta în organismul căpuşei. (Căpuşele infectante conţin microbul specific atât în intestine, în excremente, cât şi în ouăle, larvele şi nimfele lor, astfel că toate căpuşele-fiice sunt tot atât de primejdioase ca şi căpuşele-mame, perzistenţa infecţiei fiind întreţinută deci prin hereditate).

Se vor evita regiunile în care se ştie că există tularemie şi mortalitate la iepuri, învederându-se că şi alţi paraziţi, ca: păduchii de iepuri sau de şoareci, purecii, pleoşniţele, muştele, ţânţarii, strechiile, tăunii, ş. a., pot inocula de asemeni boala.

Aceleaşi sfaturi se vor da şi muncitorilor agricoli, vânătorilor şi tuturor acelora expuşi a fi pişcaţi de astfel de insecte, din regiunile recunoscute ca invadate de tularemie.

Lucrare din Sanatoriul Dobrița-Gorj și
Spit. de Stat Tg.-Jiu, Secția chirurgicală

SCURTAREA CLAVICULEI CA INTERVENȚIUNE DE DETENTA IN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUBERCULOZEI PULMONARE

de

C. ADAMEȘTEANU, I. GASPAR, C. LUPULESCU și **M. GASPAR**

(Urmare și sfârșit)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D. Indicațiuni terapeutice.

Toate intervențiunile chirurgicale întrebuințate în tratamentul tbc. pulmonare, au avut după apariția lor din punct de vedere technic, o lungă fază de studiu, pentru a li se stabili perfect indicațiunile. Intrucât privește scurtatea claviculei, capitolul indicațiuni, a fost pentru noi deosebit de greu; în primul rând, pentrucă numai jumătate din numărul bolnavilor operați au fost îngrijiți în mediul sanatorial unde au putut fi urmăriți zi de zi și în al doilea rând, din cauza lipsei tomografiei și materialului radiografic.

In mod intenționat, intervenția a fost aplicată în toate formele clinice de tbc. pulmonare, chiar și în formele hematogene și bronchopneumonice, considerate astăzi mai presus de resursele noastre, tocmai cu scopul ca să ne putem da seama de eficacitatea ei. Până în prezent, credem că putem desprinde din acest material divers, câteva date sigure, lăsând încă această problemă deschisă.

Dela 11 Aug. 1945 și până la 1 Ian. 1947 scurtarea claviculei a fost aplicată de noi în tratamentul a 45 bolnavi dintre care 22 internați în Sanatoriul Dobrița Gorj și 23 în secția de chirurgie a Spit. din Tg.-Jiu. In studiul nostru nu luăm însă în considerare 8 cazuri recente operate după 1 Sept. 1946, precum și nici alte 4 cazuri vechi tratate prin scurtarea claviculei și frenicectomie, care vor constitui obiectul altei lucrări. Ne referim la 32 de cazuri a căror vechime este cuprinsă între 4—16 luni. Dintre aceștia, 13 au

fost tratați pentru o tb. pulmonară unilaterală iar restul de 19, pentru forme bilaterale.

1. Forme de tbc. pulmonară unilaterală.

a) Tbc. pulmonare fibroase pure sau pleurogene.

Dacă privim radiografia unui bolnav atins de o formă de tbc., pulmonară fibroasă cu tendință normală la retracție, ne frapează clavicula întinsă ca o coardă între stern și omoplat, care pare mai lungă decât cea de partea opusă, din cauza retracției peretelui toracic sub ea. Convinși că clavicula ține la distanță omoplatul de torace și prin intermediul mușchiului marele dințat și micul pectoral, înpiedecă retracția hemitoracelui, la început, am practicat scurtarea claviculei în formele de tbc., pulmonară fibroasă unilaterală difuză la bolnavi evolutivi la care clinic și radiologic constatăm o tendință naturală la retracție. Din formele fibroase unilaterale s'au operat până în prezent, 8 cazuri dintre care 5 erau forme fibroase pleurogene iar 3 erau forme fibroase pure. Vârsta bolnavilor din această categorie este cuprinsă între 18—32 de ani, iar după sex, 5 sunt bărbați și 3 femei. Toți acești bolnavi, prezentau o evoluție lentă progresivă, pierdeau în greutate, aveau o instabilitate termică sau erau subfebrili, prezentau o tuse cu expectorație abundentă și pozitivă, 5 dintre ei urmau cura sanatorială de luni de zile fără ameliorare sensibilă.

Radiologic, prezentau o umbră difuză de induraţie, fără aspect cavitar cel puțin la radioscopia și radiografia obișnuită; 2 dintre ei prezentau hemoptizii mici, des repetate. Inafară de scurtarea claviculei nu li s'a mai practicat nicio altă intervenție. La toți bolnavii am constatat o tendință la retracție toracică atât clinic cât și radiologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca rezultate postoperatorii am obținut următoarele: bolnavii subfebrili au devenit și au rămas chiar din prima săptămână afebrili. Fără excepție în această categorie, toți bolnavii ne-au atras atenţiunea, că după intervenţiune, n'au mai avut senzaţia dureroasă de constricție în timpul inspirației profunde pe care o aveau preoperator. Expectorația a diminuat imediat tinzând să dispară în lunile următoare. Din punct de vedere bacterioscopic sputa a devenit negativă într'o perioadă de 30—60 zile dela intervenție. Cracmentele umede perceptibile au dispărut în 2—3 luni și n'a mai apărut niciun semn supraadăogat. Toți bolnavii au câștigat progresiv în greutate și au astăzi 8—12 kg. în plus față de greutatea preoperatorie.

Radiologic am constatat o estompare progresivă a leziunilor iar retracția hemitoracelui a atins o reducere a diametrului transversal preoperator cu 1/5 la o lună, cu 1/4 la 6 luni, cu 1/3 la un an. Până în prezent unul dintre acești bolnavi și-a reluat activitatea la 6 luni și patru la aproximativ 9 luni dela intervenție.

In concluzie, tuberculozele fibroase necavitare, difuze, pure sau pleurogene, unilaterale cu o evoluție lentă și progresivă și cu tendință spontană la retracția toracelui constituesc indicația tipică a scurtării claviculare cu titlul de intervenţiune autonomă.

Iată două foi de observaţie ilustrând această categorie de bolnavi.

Observ. 1-a. — Magr... Maria de 21 ani, lucrătoare de fabrică în Buc., intră în Sanatoriul Dobrița la 12 Aprilie 1945, transferată dela Sanatoriul

Bisericani. Debutul aparent al maladiei în Martie 1944 cu febră, transpirații nocturne, tusă cu expectorație abundentă baciliferă. In toamna anului 1944, face o pleurezie dreaptă care se resoarbe în câteva luni.

Starea prezentă: Staționară în greutate, face din când în când puseuri febrile de scurtă durată. Submatitate în fosa supraspinoasă și subclaviculară dreaptă. Cracmente umede după tusă la vârf. Radiologic opacitate neomogenă, ocupând jumătatea superioară a câmpului pleuro-pulmonar drept. Tendință la retracția hemitoracelui drept: diametrul transversal la nivelul coastei a 3-a în față este de 14,8 cm. la stânga și de 13,5 cm. la dreapta.

La 11 Oct. 1945, se practică scurtarea claviculei drepte cu 6 cm. din 14 cm. lungimea claviculei.

La 30 zile dela intervenție, se constată următoarele: apetitul revine, tusea și expectorația diminuiază mult. Câștigă 3 kgr. în greutate. Radiologic diametrul transversal al hemitoracelui drept se reduce la 12 cm.

La trei luni dela intervenție, câștigă 8 kgr. în greutate. Expectorațiuni foarte rare, sputa negativă, cracmentele dispar la auscultație. Pe radiografie diametrul transversal al hemitoracelui drept se reduce la 10 cm.

Părăsește Sanatoriul în Aprilie 1946, după 7 luni dela intervenție, fără tuse și expectorație, câștigând 10 kgr. în greutate fără niciun semn supraadăogat din punct de vedere auscultatoriu. Diametrul transversal al hemitoracelui drept măsoară 9 cm., adică s'a redus cu 1/3 din lungimea lui preoperatorie. Își reia serviciul în a 9-a lună dela intervenție.

Observ. 2-a. — Băr... Ion, de 24 ani, agricultor, se internează în secția de chirurgie a Spit. din Tg.-Jiu, la 18 Ian. 1946, pentru tuse, expectorație abundentă baciliferă, mici hemoptizii des repetate. Reformat din serv. militar în N-brie 1945, cu diagnosticul de tbc. ulcerofibroasă dreaptă cu bacili în spută, ptx. impracticabil. Clinic prezintă cracmente umede în fosa subclaviculară și axila dreaptă. Radioscopic prezintă o opacitate difuză neomogenă, ocupând lobul superior drept cu desen bronșic accentuat spre bază. Nu se constată cavernă.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

Diametrul transversal al hemitoracelui este de 15,4 cm. la stg. 14,1 cm. la dreapta.

La 23 Ian. 1946, se practică scurtarea claviculei drepte cu 5,5 cm. din 15 lungimea claviculei.

Postoperator nu mai apare nicio hemoptizie, expectorația diminuiază progresiv apetitul revine și la 3 luni dela intervenție constatăm: tuse seacă fără expectorație, câștigă 7 kgr. în greutate, diametrul transversal la dreapta se reduce la 11 cm. Importantă retracție a hemitoracelui. Nu se mai percep cracmente și niciun semn supraadăogat.

Revizuit în D-brie 1946, a câștigat 12 kgr. în greutate și de 4—5 luni și-a reluat ocupațiunea normală. In acest caz am avut deaface cu o lobită fibroasă pură, forma hemoptoică.

b) Tuberculoze ulcerofibroase cu caverne mici multiple apicale.

Din această categorie am tratat 2 bărbați unul în vârstă de 26 ani și celălalt de 38 de ani. Ambii erau evolutivi, subfebrili, prezentau expectorație abundentă baciliferă. Din punct de vedere clinic prezentau cracmente la vârf. Radioscopic primul prezenta 4—5 caverne de mărimea unei cireșe mari desvoltate într'un bloc fibros și

plasate subcortical, pe când celălalt prezenta mai multe caverne de aceiaş mărime subcorticale precum şi una mai importantă intercleidohilară. In ambele cazuri exista o uşoară tendinţă la retracţie toracică spontană. Bolnavii ne-au fost trimeşi pentru toracoplastie, dar ei au preferat să li se practice o scurtare de claviculă chiar cu riscul de a li se face ulterior eventual o toracoplastie. La 4 luni dela intervenţie am constatat în primul caz diminuarea, aproape dispariţia tusei, a transpiraţiilor nocturne, revenirea apetitului. A câştigat 8 kg. în greutate, sputa a devenit negativă iar retracţia hemitoracelui a redus cu 1/4 diametrul transversal în regiunea apicală.

La 8 luni dela intervenţie, starea generală este foarte bună, a câştigat 13 kg. în greutate; din punct de vedere ascultător nu prezintă niciun semn supraadăogat iar radiologic vârful şi-a recăpătat aproape complect claritatea. Bolnavul activează moderat în profesiunea de mecanic.

La al doilea bolnav care are o vechime de 6 luni dela intervenţie perzistă tuse rară cu 2—3 expectoraţii pe zi iar sputa prezintă încă rari bacili. Apetitul i-a revenit, a câştigat 8 kg., în greutate, hemitoracele s'a retractat cu aproximativ 1/4 din diametrul transversal preoperator. Cavernele corticale au dispărut, perzistă însă caverna intercleidohilară deşi redusă de volum şi ovalizată.

c) Forme ulcerocavernoase unilaterale cu stare generală rea, caverne subclaviculare foarte secretante.

Din această categorie am operat 2 bărbaţi unul de 20 şi altul de 33 de ani şi o femeie de 27 de ani. Toţi aceşti bolnavi erau evolutivi subfebrili cu o stare generală rea şi prezentau caverne în regiunea subclaviculară aproape de corticalitate, care se evacuau greu, prezentând lichid deplasabil intracavitar. Ceiace însă caracteriza aceşti bolnavi era faptul că ei aveau o expectoraţie foarte abundentă de 50—60 spute în 24 de ore. Din cauza stării lor generale, a febrei care făcea puseuri de retenţie şi a numărului mare de spute zilnic, aceste cazuri pot fi etichetate drept cazuri limită pentru tratamentul chirurgical deşi erau forme unilaterale. Deaceia, nu ne-am luat curajul să practicăm dintr'odată toracoplastia care ar fi putut da complicaţiuni postoperatorii fatale ci am preferat să descompunem acţiunea chirurgicală în 2 timpi.

In toate cazurile am practicat ca intervenţiune de detentă, scurtarea claviculei.

După această intervenţie am constatat că tusea şi expectoraţia au diminuat iar puseurile de retenţie au dispărut. Apetitul a revenit, transpiraţiile nocturne au dispărut şi după o perioadă scurtă de stare subfebrilă, bolnavii au devenit afebrili. Radiologic am constatat că în toate cazurile cavernele s'au ovalizat, nivelul de lichid intracavitar şi coroana de atelectazie pericavitară, au dispărut.

La 2 şi 1/2 luni pentru primul caz şi la 2 luni pentru celelalte cazuri, am reintervenit, practicând o toracoplastie paravertebrală superioară tip Sauerbruch pe primele 6 coaste. De remarcat că în timpul acestor toracoplastii, câmpul operator a fost foarte larg din cauza deplasării omoplatului înainte iar coasta I-a a devenit mult

mai uşor abordabilă decât în cazurile fără scurtare prealabilă a claviculei. Toţi bolnavii au suportat uşor intervenţiunea de colaps în urma căreia, cavernele au dispărut iar la 2—3 luni dela toracoplastie, sputa a devenit negativă. Iată un exemplu:

Observ. 3-a. — Lasc... Petre de 20 ani, ne este recomandat de colegul D-r Lupescu cu diagnosticul de lobită superioară dreaptă, larg escavată şi cu Ptx. impracticabil. Este vorba de un bolnav cu stare generală proastă care face seara 37,8—38,0, slăbeşte, prezintă transpiraţiuni nocturne, tuse cu aproximativ 50 spute pe zi. Radioscopic, prezintă o cavernă importantă subclaviculară dreaptă cu nivel lichidian deplasabil şi cu sediul aproape de corticalitate.

La 22 Febr. 1946, i se practică o scurtare a claviculei drepte, după care bolnavul părăseşte spitalul la 10 zile, afebril, fără transpiraţii nocturne şi cu 15—20 spute pe zi.

Se reinternează la 2 Mai 1946, cu o stare generală mulţumitoare, afebril, când radioscopic se constată: caverna ovalizată, redusă de volum, fără nivel lichidian intracavitar şi pereţii subţiri; de remarcat o retracţie toracică apreciabilă. La 4 Mai 1946, i se practică o toracoplastie paravertebrală pe primele 6 coaste, care se vindecă fără niciun incident şi bolnavul părăseşte spitalul la 21 Mai 1946.

Revăzut în cursul lunei August 1946, constatăm dispariţia complectă a cavernei d. p. v. radiosopic, sputa negativă, starea generală bună.

II. Forme de tuberculoză pulmonară bilaterală.

Nu discutăm formele bilaterale în care se poate practica un Ptx., artificial bilateral. Dificultatea începe când Ptx-ul nu este practicabil într'o parte iar starea generală este în agravare. Acestea sunt în mod tipic cazuri limită pentru tratament chirurgical. Problema este încă şi mai grea, atunci când avem de a face cu un bilateral la care Ptx-ul nu se poate institui în nicio parte.

Noi am tratat 19 cazuri de forme bilaterale pe care le repartizăm astfel: în 8 cazuri, exista sau s'a putut institui un Ptx., controlateral încât problema chirurgicală se punea numai pentru o parte; în alte 8 cazuri bilaterale, Ptx nu s'a putut practica în nicio parte; însfârşit cu titlul de încercare, scurtarea claviculei a fost practicată în 2 cazuri de forme hematogene şi într'un caz de formă bronchopneumonică, cu rezultate nule.

a) Forme bilaterale cu Ptx. într'o parte şi leziuni apicale cavitare de partea opusă.

Din această categorie am operat 4 bărbaţi a căror vârstă era cuprinsă între 22—32 de ani. Intr'un caz caverna a apărut după instituirea Ptx., controlateral iar în 3 cazuri, bolnavii ni s'au prezentat cu leziuni bilaterale netratate.

Toţi aceşti bolnavi erau evolutivi, febrili, cu stare generală rea cu semne clinice şi radiologice de leziuni bilaterale şi spută pozitivă.

Din punct de vedere radiologic, indiferent de natura şi sediul leziunei tratată prin Ptx. controlateral, toţi bolnavii cărora li s'a practicat scurtarea claviculei, prezentau de această parte, leziuni excavate cu sediul subclavicular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tactica urmată de noi în cazurile ce ni s'au prezentat dela început bilaterale a fost următoarea: am instituit Ptx. artificial de detentă pe partea în care aceasta a fost posibilă şi chiar în cursul aceleiaşi săptămâni, am practicat scurtarea claviculei controlateral. Efectul a fost foarte bun căci temperatura a scăzut în lisis, transpiraţiile nocturne au dispărut, expectoraţiunea s'a redus simţitor, apetitul a revenit şi starea generală s'a ameliorat.

Astfel scurtarea claviculei s'a arătat în aceste cazuri foarte folositoare căci a reuşit să stabilizeze bolnavul. Avem experienţa a 50 de toracoplastii dintre care 5 au fost practicate pe bolnavi cu Ptx. controlateral fără prealabilă intervenţiune de detentă. Aceştia însă erau bolnavi stabilizaţi printr'o lungă cură sanatorială iar cavernele lor nu erau prea secretante.

Intervenţiunea de colaps s'a practicat în acest lot atunci când bolnavii au devenit afebrili, erau staţionari sau câştigau în greutate şi mai aveau 10—15 spute pe zi. In 3 cazuri s'a practicat o toracoplastie paravertebrală pe primele 6 coaste şi într'un caz o apicoliză extrafascială Semb, intervenţiuni pe care bolnavii le-au suportat fără incidente deosebite. Iată o observaţiune din această categorie:

Observ. 4-a. — Pal... Aurel, de 25 ani. Se internează în secţia de chirurgie dela Spit. Tg.-Jiu, la 29 Iulie 1946, pentru o tbc. pulmonară bilaterală, cu cavernă gigantă la vârful drept şi infiltrat parahilar stâng. A fost reformat din serviciul militar în Ian. 1946, cu diagnosticul de tbc. ulcero cavitară dreaptă, Bac. Koch în spută. Ptx. impracticabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Febril, face obişnuit seara 38,5, uneori 40°, transpiraţii nocturne, anorexie, tuse cu aproximativ 60 expectoraţii pe zi, puls 100, pierde în greutate. Radioscopic, cavernă gigantă a cărei margine se proectează sub clavicula dreaptă, cu coroană de atelectazie pericavitară şi nivel lichidian intracavitar; infiltrat parahilar stg. Ascultator, cracmente umede, vârful dr. şi parahilar stâng.

La 30 Iulie 1946, se încearcă un Ptx. la dreapta care se arată impracticabil, dar i se poate institui la stânga unde i se introduce 100 cc. aer şi se termină cu presiune negativă — 4 — 6 bune oscilaţiuni. I se repetă insuflaţiile la 3 şi 6 Aug., introducând câte 100 cc. aer tot cu presiuni terminale înalte. Starea generală, febra, expectoraţiunea, rămân neinfluenţate.

La 7 Aug. 1946, i se practică o scurtare a claviculei drepte extirpând 6 cm. din 15 cm. lungimea ei totală. In zilele următoare febra scade în lisis până la normal, transpiraţiile nocturne dispar şi sputa se reduce la 10 expectoraţiuni pe zi. Părăseşte Spitalul la 21 Aug. 1946 şi revine din 10 în 10 zile pentru insuflaţii.

Revine în Spital la 10. Oct. 1946, afebril, câştigând 5 kgr. în greutate. Radioscopic, caverna apicală dreaptă de aspect piriform redusă de volum fără atelectazie perilezională şi fără lichid intracavitar.

La 12 Oct. 1946, cu anestezie locală i se practică o apicoliză extrafascială Semb pe primele 5 coaste pe care o suportă uşor. Părăseşte Spit. la 2 N-brie 1946, cu plaga operatorie complect cicatrizată şi caverna turtită. Urmează insuflaţiile la stg. din 2 în 2 săptămâni. Starea generală în continuă îmbunătăţire.

b) Forme bilaterale cu Ptx. într'o parte şi infiltrat subclavicular de partea opusă.

Din această categorie am tratat 2 bolnavi, un bărbat de 31 de ani şi o fată de 18 ani internaţi în Sanat. Dobriţa. In ambele cazuri infiltratul s'a desvoltat în timpul întreţinerii Ptx-lui controlateral. Apariţia infiltratului a produs o recrudescenţă a temperaturei, a tusei şi expectoraţiei, pierderea apetitului şi scăderi importante în greutate. In cazul al doilea febra atingea 39⁰—40⁰ şi în câteva săptămâni starea generală a acestei bolnave s'a agravat enorm. Radiologic, infiltratele ocupau zona intercleidohilară. Ptx. s'a arătat impracticabil.

După scurtarea claviculei care în cazul al doilea s'a practicat când bolnava avea 39⁰, temperatura a atins limita normală în câteva zile tuşea şi expectoraţia a diminuat, apetitul a revenit. Ameliorare progresivă.

In primul caz după 4 luni s'a produs o importantă retracţie toracică şi radiologic regiunea şi-a recăpătat luminozitatea. Cracmentele au dispărut şi bolnavul a părăsit Sanat., iar 2 luni mai târziu şi-a reluat activitatea.

In cazul al doilea după o perioadă de continuă ameliorare când temperatura devenise normală, tusea şi expectoraţia diminuaseră, bolnava căpătase apetitul, la 6 săptămâni dela intervenţie face o hemoptizie fudroaiantă şi sucombă.

c) Tuberculoză Pulmonară bilaterală cu Ptx. bilateral, într'o parte ineficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este vorba de un bolnav de 22 ani, care ni s'a prezentat cu un infiltrat la vârful stg. şi cu o lobită masivă infiltrativă superioară dreaptă, febril cu o stare genreală rea. De 2 luni i se instituise un Ptx. drept, dar care nu colaba decât baza.

I se institue un Ptx. stg. de detentă, care din fericire este practicabil, apoi imediat o scurtare a claviculei drepte. Temperatra devine normală, expectoraţiunea diminuiază, anorexia dispare, începe să prindă în greutate, iar radiografic lobul superior drept începe să se clarifice. Continuă Ptx. bilateral. Are o vechime de numai 6 luni.

d) Forme bilaterale cu Ptx. impracticabil bilateral.

In aceste forme pur chirurgicale care sunt cazurile cele mai grele pentru tratament, totul depinde de forma clinică şi de sediul leziunilor dintr'o parte şi din cealaltă. In general pentru aceşti bolnavi trebue să recurgem la o tactică de securitate. Nu poate fi vorba aci de un tratament chirurgical codificat, şi ni se pare raţional să susţinem că ar fi temerar să recurgem la o acţiune de colaps când controlateral avem leziuni importante evolutive netratate. In afară de aceasta, starea generală a acestor bolnavi, interzice formal orce intervenţiune mai importantă, încât intervenţiunile de detentă sunt şi singurele pe care ei le pot suporta la început. Toată problema terapeutică în această fază este ca prin combinarea acţiunilor de detentă să se poată obţine stabilizarea bolnavului pentruca apoi să se păşească cu şanse de succes la faza de colaps.

Cunoscând posibilitățile intervențiunilor de detentă: frenicectomia, scurtarea claviculei și extirparea coastei I-a, putem face pentru acești bilaterali următoarea clasificare d. p. d. v. al prognosticului:

1. Cele mai favorabile, par leziunile apicale bilaterale în care se pot combina după sediul lor, extirparea coastei I-a sau scurtarea claviculei cunoscând că prima este eficace în leziunile retro și supraclaviculare iar cealaltă în leziunile subclaviculare. Dacă starea generală a bolnavului o permite, se poate începe într'o parte cu o intervențiune de detentă iar în cealaltă parte cu Ptx. extrapleural.

2. Leziuni bazale într'o parte și apicale de partea opusă. Se poate combina frenicectomia cu cele 2 intervențiuni de detentă apicale după care, dacă bolnavul se stabilizează se poate trece la faza de colaps.

3. Leziunile difuze sau cele bazale bilaterale sunt nefavorabile.

Am discutat această problemă pentru a putea afirma că deși la Sanat. Dobrița am întâlnit numeroase cazuri de bilaterali cu Ptx. impracticabil totuși, n'am întâlnit niciun caz din formele pe care le-am numit favorabile. Toți acești bolnavi prezentau leziuni difuze bilaterale adică forme nefavorabile.

Totuși, în 2 cazuri, un bărbat și o femeie, care prezentau în dreapta leziuni difuze și în stânga caverne apicale, am procedat astfel. Li s'a practicat în dreapta o frenicectomie apoi o scurtare a claviculei stg. Din febrili, ambii bolnavi au devenit subfebrili iar primul caz care prezenta preopeerator frequente mici hemoptizii, acestea au încetat după operație. Cavernele s'au ovalizat și starea generală s'a ameliorat. Li s'a practicat aproximativ la 2 luni, câte un Ptx. extrapleural stg.

Digitized by Central Composite Library, ...

In primul caz, bolnavul a devenit afebril, a prins 8 kg. în greutate în 3 luni iar radiologic s'a constatat turtirea cavernei apicale stg., și o progresivă clarificare a câmpului pleuropulmonar drept. După 6 luni dela intervenție a făcut o laringită bacilară și a părăsit Sanat., cu o stare generală în agravare. Bolnava din celălalt caz, operată de 1 an, a părăsit recent Sanatoriul afebrilă, staționară în greutate, spute rare, conținând încă rari bacili.

In alte 5 cazuri de diseminări difuze macronodulare bilaterale am încercat frenicectomia la dreapta și scurtarea claviculei la stg. In 2 cazuri evoluția fatală n'a fost împiedecată. In alte 2 cazuri, bolnavii nu s'au stabilizat dar au după aceste intervenții, o evoluție foarte lentă. Din această categorie, este interesantă numai o bolnavă care înafară de diseminarea bilaterală macronodulară ni s'a prezentat cu o diaree rebelă. După frenicectomia în dreapta și scurtarea claviculei în stg., practicate în Iulie 1946, starea ei generală se pare că a devenit staționară. Radioscopic ambele câmpuri pleuropulmonare se luminează progresiv, tușește mai puțin și se alimentează bine.

Insfârșit, pentru a încheia să cităm 2 cazuri de leziuni difuze bilaterale cu predominență apicală în care s'a practicat scurtarea claviculei de ambele părți. A doua intervenție s'a practicat la 3 săptămâni după prima. In ambele cazuri, am înregistrat o pericadă de

aproximativ o lună de tendinţă la ameliorare după care bolnavii au continuat să aibă aceiaş evoluţie lentă şi progresivă.

* * *

Aceasta este experienţa noastră de 16 luni asupra scurtării claviculei. Capitolul indicaţiuni nu a fost decât jalonat în marea diversitate de forme clinice pe care o reprezintă tbc. pulmonară. In prezent, facem încercări şi în alte forme decât cele expuse şi căutăm prin înmulţirea cazurilor să precizăm mai bine valoarea acestei intervenţiuni în unele forme din care momentan avem un număr mic de cazuri. Din acest material credem că putem trage următoarele concluziuni.

Scurtarea claviculei este o intervenţiune benignă, care pune în repaus fiziologic muşchii marele dinţat şi micul pectoral, suprimând în regiunea subclaviculară şi anteroexternă, tensiunea elastică dinamică regională. De aci îşi trage acţiunea ei favorabilă ca intervenţiune de detentă, în leziunile infiltrative (2 cazuri bilaterale Cap. b şi 1 caz bilateral Cap. c) şi cavitare (3 cazuri unilaterale Cap. c şi 4 cazuri bilaterale Cap. a). In cazurile leziunilor cavitare din această regiune, acţiunea ei de detentă se manifestă prin deformarea cavernelor care iau radiologic aspect ovalar sau piriform şi clinic prin revenirea temperaturei la normal, micşorarea numărului sputelor zilnic şi reapariţia apetitului. Putem afirma, că în aceste cazuri limită, acţiunea de detentă a scurtării claviculare a permis stabilizarea bolnavilor.

Digitized by Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

Ca intervenţiune autonomă, scurtarea claviculei îşi găseşte indicaţia ei ideală în formele cu evoluţie lentă şi progresivă de tbc. pulmonară fibroasă, pură sau pleurogenă, unilaterală (8 cazuri Cap. a) în care există o tendinţă normală la retracţie toracică. Această retracţie, chemată de desvoltarea elementului fibros parenchimatos, este foarte mult favorizată de intervenţia noastră încât în cazurile operate de 1 an, diametrul transversal preoperator al hemitoracelui s'a redus cu 1/3.

Tot ca intervenţiune autonomă, scurtarea claviculei se pare că este eficace şi în tbc. ulcerofibroase cu caverne mici multiple apicale (2 cazuri unilaterale Cap. b) precum şi în infiltratele masive din regiunea intercleidohilară (2 cazuri bilaterale Cap. b) dar numărul cazurilor observate până în prezent fiind redus, nu ne putem permite să tragem o concluzie definitivă.

Raccourcissement de la clavicule comme intervention de détente dans la traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Le raccourcissement chirurgical de la clavicule suivi de l'osteosynthèse immédiate a été proposé par l'un des auteurs (D-r Adamesteanu) comme méthode de traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire dans la séance du 9 Janv. 1946 de la Soc. Nat. de chir. de Bucarest.

Son mécanisme d'action est expliqué par le deplacement de l'omoplate en avant et la mise en repos physiologique des muscles grand dentelé et petit péctoral qui approchent leur insertion scapu-

laire de celle costale. Vient ensuite l'action compressive de l'omoplate sur le thorax, par la mise en tension des fibres orisontales du trapèze et du romboïde. Comme conséquence, les arcs costaux se ferment, les côtes prennent une position d'expiration et les espaces intercostaux diminuent d'hauteur. C'est du fait de la suppression de la tension élastique dinamique anteroexterne que cette intervention tire son efficacité comme opération de détente dans les lesions infiltratives et cavitaires à siège infraclaviculaires.

Pratiquée pour les cavernes infraclaviculaires sur des malades evolutifs, cas limites pour le traitement chirurgical, son action de détente se manifeste par la modification de la caverne qui prend un aspect ovalaire où piriforme, par la diminution du nombre des-expectorations et la chute de la température. Ainsi stabilisés, 3 malades unilateraux et 4 bilateraux ont pu supporter deux mois après, une intervention de collapsus dans un temps. Le racourcissement de la clavicule a été employé comme intervention autonome et comme seul traitement dans 8 cas de tuberculoses fibreuses pures ou pleurogènes avec évolution continue et progréssive. La retraction toracique favorisée par le racourcissement de la clavicule a atteint dans une année la réduction du diamètre transversale preopératoire de l'hemithorax réspectif avec 1/3. Les signes stethacustiques surajoutés ont disparus et l'expectoration est devenue négative 3 mois après l'intervention. Le racourcissement de la clavicule a, comme intervention de détente, les mêmes indications que la thoracoplastie de Monaldi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERVAŢIUNI CRITICE ASUPRA BOALELOR MICROBIENE

d

D-r CIOCHINA D.

Mult timp s'a atribuit boalei o cauză concretă în majoritatea cazurilor de origine exogenă; astfel bolile infecţioase ar fi cauzate de germeni, care se desvoltă pe organismele vii.

Cu alte cuvinte, orice boală infecţioasă are o origine microbiană; contagiunea rezultă întotdeauna din transmisiunea germenului patogen dela individul bolnav la cel sănătos, fie direct prin contact imediat, fie indirect prin intermediarul produselor excretate şi răspândite de bolnav, sau prin diverse obiecte care au venit în atingere cu el.

Comportarea medicului în faţa acestora se inspiră din cunoaşterea factorilor etiologici proprii acestor boale şi de aici îşi deduce principalele măsuri de profilaxie sau tratament.

După Pasteur, rezultatele păreau aşa de încurajatoare, încât ajunsese să se creadă că în bacteriologie se poate găsi cheia patogeniei şi tendinţa era ca din microb să se facă factorul primordial al boalei şi prin urmare să se reducă la metoda bacteriologică.

Inarmaţi cu aceste cunoştinţe, suntem deseori desamăgiţi pe

teren, în faţa formelor atât de curioase ce le îmbracă bolile infecţioase şi epidemice. Nu întotdeauna se produc aceste boli acolo unde teoretic trebuiau să se producă şi adesea se produc acolo unde contagiunea nu a avut loc. S'au văzut plăgi adânci provocate de corpi infectaţi, vindecându-se per primam, fără a produce vre'o infecţie. Am văzut des în mediul rural plăgi înţepate destul de adânci la cei lipsiţi de încălţăminte în picioare, fără a avea vre'o urmare. Un caz interesant a fost prezentat de D-l D-r Pătrăşcanu la spitalul din Bacău: O femee cu o plagă împunsă în regiunea abdominală, cu intestinele în afară este adusă dela ţară la spital în stare disperată fără speranţa de a mai putea fi salvată. In urma intervenţiei şi tratamentului adecvat, s'a întors acasă complect vindecată, fără nicio consecinţă de infecţie sau inflamaţie peritoneală. Cazuri asemănătoare s'au întâmplat oricui în practica medicală şi acolo unde ne aşteptam să se producă o infecţie, nu s'a produs. Deci „cauza" concretă — microbul, nu a produs „efectul" — boala.

Nu încercăm să subestimăm „factorul microbian" însă vrem să arătăm că patogenia exclusiv microbiană a bolilor infecţioase, concepţie care reduce boala la singura acţiune microbiană, ar părea că este insuficientă şi prea strâmtă. Odată cu descoperirile atât de importante ale lui Pasteur începuse să se creadă că scopurile terapeutice constau în distrugerea microbilor „therapia sterilisans magna", iar higiena nu era decât o luptă de apărare contra microbilor. Singura concepţie, care conducea pe cercetători era cea microbiologică, iar celelalte laturi erau neglijate.

Vom încerca şi noi câteva observaţiuni asupra unor epidemii de scarlatină din mai multe comuni din mediul rural.

Timp de 9 ani am înregistrat şi cercetat amănunţit toate boalele epidemice şi infecţioase din mediul rural. Cum cele mai răspândite, în acest interval de timp, au fost cele de scarlatină, care au înregistrat 13 epidemii, în comuni diferite, vom reda succint cazurile care s'au abătut dela regula generală, oferindu-ne observaţiile subiectului ce ne interesează.

Din punct de vedere al sursei de infecţie, am observat că din 13 epidemii de scarlatină, la 5 nu s'a putut găsi originea boalei sub niciun motiv, deşi străduinţa noastră a fost îndreptată în această direcţie; la 4 a fost dedusă ca probabilă (prin purtători de germeni sau contact îndepărtat), iar la restul de 4 epidemii a fost dedusă în mod aproape sigur.

Prin felul cum s'au manifestat aceste epidemii, vom relata câteva cazuri mai evidente:

In 1946, descoperim în com. Răcăciuni, o femee de 31 ani, bolnavă de scarlatină în plină descuamaţie. Tot timpul până a fost descoperită a locuit la un loc cu cei trei copii ai săi (de 3, de 5 şi de 7 ani), deci a avut destul timp ca toţi copiii să fie contaminaţi. Am izolat bolnava împreună cu copii, aşteptând sigur isbucnirea bolii şi la ei. Cu toate acestea, eclozinea nu a avut loc, iar mama lor şi-a dus boala până la sfârşit, urmând ciclul clasic.

In acelaşi an, epidemia din com. Cleja începe cu trei cazuri de scar-

latină: 2 în imediată apropiere, iar altul la o distanță de 2 km. de primele. Toate cazurile am izbucnit în aceiași zi, fără ca să se poată determina provenienta infecției sau contactul între el.

In vara an. 1940, în com. Pănceşti, descopăr în şcoala primară 3 cazuri de scarlatină în descuamație, forma fusese atât de uşoară, încât perioada de invazie trecuse aproape neobservată, unul din ei nici nu absentase dela şcoală. Deşi au stat la un loc cu ceilalți elevi, nu s'a mai ivit niciun alt caz în şcoală. In comună am mai descoperit 2 cazuri de copii mici sub vârsta şcolară.

In primăvara anului 1942, într'o familie cu 3 copii (în vârstă de 1, 3 şi 5 ani), se îmbolnăvesc 2 copii, totuşi având în vedere că au fost în contact, îi izolăm pe toți trei. Al treilea nu face boala

Toate acestea s'au manifestat în timpul sezonului de vară şi primăvară, când timpul şi atmosfera erau destul de agreabile stărei de sănătate.

Celelalte epidemii s'au prezentat mai mult sau mai puțin după formele obişnuite, cuprinzând mai multe cazuri şi cu tendințe de extindere în masse.

Din cele câteva cazuri, care le-am luat ca exemplu, am văzut întâi: că a avut loc infecția, dar nu s'a produs boala (ex. femeea cu plaga abdominală); în al doilea rând, s'a produs boala, însă nu s'a putut determina cauza (originea boalei).

Am mai putea adăuga, că anumite stări atmosferice au determinat atât izbucnirea epidemiilor cât şi felul de manifestare al bolilor, modificând forțele de apărare al organismului. Am putut observa la anumite persoane cu hipertrofie amigdaliană exacerbațiuni serioase în legătură strânsă cu modificările atmosferice şi climatice. Am privit aceste hipertrofii amigdaliene ca un „locus minoris resistentiae" față de infecții. Ne-am întrebat: era oare virulența microbilor exagerată sau rezistența organismului scăzută? Având în vedere constituția persoanelor observate, având în vedere starea amigdalelor, credem mai degrabă că organismul era vinovat de infecția care se producea aşa de uşor.

Existența unui virus gripal nu este demonstrată până în prezent şi s'ar putea să i se sustituie mai curând ipoteza unei influențe de origine cosmică.

Observațiile noastre de până în prezent, ne-a făcut şi pe noi să considerăm factorul microbian, ca insuficient în explicarea patogeniei bolilor infecto-contagioase.

Ch. Nicolle în „Destin des maladies infectieuses" subliniază că nu este un determinism microbian constant şi cu totul forte şi pune în valoare rolul esențial al omului. Insuşi doctrina pasteuriană şi-a perdut mult din valoare, când i s'a ridicat în față noțiunile de coloidoclasie şi imunitate, care fac să intervină organismul într'un mod activ. Pentru a se produce boala microbiană, nu este suficientă contagiunea, trebue să intervină organismul cu modificările sale care dau naştere boalei. Chestiunea majoră nu stă atât în venirea microbului, cât în receptivitatea organismului.

Rațiunea imediată, exterioară a boalei cea mai evidentă, este

venirea microbului, dar raţiunea profundă intimă, este aptitudinea organismului la perturbaţiunile echilibrului în faţa microbului.

„Microbul provoacă boala, dar nu o determină" spune Delore. El este de părere ca factorul etiologic să nu fie pus mai pe jos decât factorul patogenic, ci mai degrabă să se apropie într'o vedere sintetică — microbul şi terenul —. Cu alte cuvinte boala infecţioasă nu este simpla consecinţă a pululaţiei microbiene, ea este rezultanta a doi factori: unul bacteriologic şi altul fiziopatologic; boala nu este microbul nici terenul; ea este la punctul lor de întâlnire; ea are două feţe: una microbiană extrinsecă, alta organică intrinsecă. Boala este consecinţa directă a modificărei organismului.

Pentru a se produce boala intervin trei factori:

1. Existenţa agentului patogen (microb sau virus).

2. Agentul patogen să fie transmis în organism (direct sau indirect prin factori intermediari).

3. Organismul să fie într'un anumit moment de receptivitate. Acest moment de receptivitate, este cel mai complex depinzând de alţi factori greu de determinat. Aceşti factori sunt multipli: fie de natură ereditară, fie constituţională, sau oricare alte împrejurări, care duc la o slăbire a capacităţei de rezistenţă a organismului.

La fel factorii climatici, economico-sociali, psichici, trebuesc să fie luaţi în considerare. Nu trebue să se treacă cu vederea deficitul de vitamine în organism, mai răspândite sunt unele boli infecţioase în timpul premăverei când organismul în urma alimentaţiei de iarnă, iese cu un deficit vitaminic accentuat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In regulă generală, boala nu este efectul unei singure cauze, căci nu există pe lume niciun fenomen care să aibă o singură cauză (Verworn), orice fenomen este determinat de o serie întreagă de factori.

Luând în considerare virulenţa microbilor, organismul de emisiune la origine conferă microbului dinamismul sau virulenţa sa. Virulenţa scade prin trecere pe culturi, îmbătrânind şi se exaltă prin trecere pe organisme. Virulenţa este în raport cu funcţiunea aptitudinei organismului de recepţie de a se lăsa turburat sau desechilibrat. Nu este microbul acela care schimbă primitiv virulenţa, ci organismul care devine propice. De ex: Găina este în mod obişnuit refractară la cărbune, având o imunitate naturală, totuşi dacă se ţine un timp cu picioarele în apă rece, ea devine receptivă. La fel broasca devine sensibilă la tuberculoză, dacă este menţinută la 38 de grade.

Epidemia, se ştie că prezintă caractere particulare în apariţia şi evoluţia sa şi că ea se produce adesea în circumstanţe speciale, ceiace îi conferă o anumită individualitate. Aici, insuficienţa strictului punct de vedere bacteriologic este manifestă, pandemiile arată fapte uimitoare, care scapă teoriei microbiologice. Aceste sunt contaminări masive în timp şi spaţiu, adică simultane şi ubicvitare.

Debutul brusc, în mai multe puncte în acelaşi timp, evoluţie neprevăzută şi capricioasă, atingerea a mai mulţi indivizi, în timp ce alţii rămân indemni.... toate acestea fac să intervină alţi factori

decât contaminarea. In epidemii s'ar părea că organismul nu joacă mare rol, ci că microbul a câştigat un dinamism particular puternic.

Cui îi este datorit acest dinamism microbian? La factori multipli şi complexi de ordin cosmic şi uman. Cei vechi, în frunte cu Sydenham aveau noţiunea acestor factori, lucru care ar trebui să se reia prin studiul cosmobiologiei.

Referindu-ne la terapeutică, afară de câteva excepţii, nu se poate vorbi de un tratament specific în bolile infecţioase, deoarece ne-am convins că în diverse infecţiuni, boala nu depinde numai de agentul patogen, ci mai degrabă de modul de reacţiune, sensibilitate sau rezistenţă al organismului. De aici, rezultă că tratamentul general, care urmăreşte sporirea rezistenţei rămâne în picioare.

Se ştie că neosalvarsanul este un medicament specific, totuşi spirocheta nu este distrusă în soluţia de neosalvarsan — in vitro — pe când — în vivo — are o acţiune destul de bine definită.

Tratamentul chimioterapic prin sulfamide dă rezultate strălucite în cele mai multe boale microbiene, totuşi ele nu sunt bactericide în sensul strict al cuvântului, însă ele împiedică înmulţirea şi nutriţia bacteriilor, având o acţiune de bacteriostază, cu alte cuvinte prin mijloacele de apărare a organismului reuşeşte să le facă inofensive, anihilând astfel manifestările boalei. S'a dovedit la fel că acţiunea penicilinei este bacteriostatică; ea nu omoară decât poate numai în soluţiuni foarte puternice. Administrarea penicilinei în cantităţi suficiente, înlesneşte mecanismelor de apărare ale organismului să atace şi să distrugă germenii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reamintim în treacăt rolul anti-infecţios al vitaminelor (d-l prof. D-r Popovici arată că vitaminele ar mări producerea de anticorpi şi de alte substanţe imunizante. Ex. Vitaminele din grupul B par a mări rezistenţa faţă de stafilococi..... de unde tratamentul cu drojdie de bere în furunculi, acnee, etc).

In concluzie: O alterare a echilibrelor organice, de origine endogenă, metabolică, neurovegetativă sau psihică, pot ajunge să determine o stare fizico-chimică morbidă; anumiţi microbi, fie în stare latentă sau ubiquitari, vor putea atunci să se desvolte secundar pe un astfel de teren şi ei vor da aparenţa unei cauze prime a maladiei şi vor deveni la rândul lor factor de contagiune.

Deoarece lupta contra germenilor este anevoioasă şi nesigură trebue să ne îndreptăm privirile asupra felului de reacţiune a organismului. Pentru a cunoaşte acest fel de reacţiune, trebue să luăm în considerare structura sa psiho-somatică cu tot complexul său endocrinic şi vegetativ.

Contra germenilor trebue să cultivăm organismele, dar această cultură nu este suficientă atât timp cât e făcută numai prin ajutorul laboratorului, ci trebue o cultură naturală prin crearea de constituţii robuste şi rezistente.

CRITERIILE ACTUALE ŞI REZULTATELE TERAPEUTICEI VEGETATIVE MEDICALE ŞI CHIRURGICALE, VĂZUTE PRIN PRIZMA FIZIOPATOLOGIEI ŞI ANATOMIEI PATOLOGICE

de

DIACONIŢA G., G. BUNGEŢEANU şi A. D. BOTEZ

Cu un domeniu de aplicabilitate relativ restrâns şi timid la început interesând doar câteva boli, chirurgia vegetativă îşi întinde câmpul de activitate la un număr din ce în ce mai mare de boli şi sindrome.

Am întrebuinţat adeseori termenul de chirurgie a durerei în expunerea de faţă, termen creiat de R. Leriche, dat fiind faptul că multe din metodele chirurgiei vegetative s'au adresat la început aproape eminamente sindromelor dureroase care ţin de lumea vegetativă şi numai în al doilea rând sindromelor trofice sau altor sindrome vegetative nedureroase.

De altfel în această lucrare s'a insistat mai stăruitor asupra aplicabilităţii chirurgiei vegetative în sindromul durerei, dar menţionăm faptul că în patologia vegetativă sunt sindrome care numai în mod accesoriu pot fi dureroase.

Reamintim ca exemplu, simpatectomia dorsală făcută sub controlul pleuroscopiei în scopul de a desăvârşi colapsul unei caverne tuberculoase care a rămas indiferentă la acţiunea pneumotoraxului artificial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu poate fi aici vorba de un sindrom dureros.

Trebue să deosebim apoi durerea legată de sistemul nervos al vieţii de relaţie care la fel este accesibilă metodelor de terapie chirurgicală şi de altfel despre radicotomie şi cordotomie care acţionează asupra sistemului vieţii de relaţie, vom aminti destul de sumar şi cu titlu informativ.

Menţionăm aceste considerente pentru a nu se da impresia că noţiunea de chirurgie a durerii întrebuinţată frecvent în cursul acestei expuneri se confundă cu noţiunea de chirurgie vegetativă în general. Chirurgia durerei înglobează numai o parte din metodele chirurgiei vegetative.

Trebue reţinut faptul că de multe ori avem de-a face cu o asociere de sindrome la acelaşi caz: dureros, trofic, etc., care se adresează în acelaşi timp terapeuticei vegetative.

Rezultatele chirurgiei vegetative pot fi de multe ori relativ mulţumitoare, cu condiţia însă ca înainte de a se executa intervenţia, anatomia şi fiziologia centrilor sau nervilor pe care se intervine, să fie cât mai exact cunoscută.

Nu trebue neglijat însă faptul că, multe din atât de numeroasele intervenţii în domeniul chirurgiei vgetative, efectuate şi imaginate pentru tot atât de numeroase boli, ne apar şi sunt chiar adeseori în adevăr fanteziste. Este raţiunea pentru care în marea lor majoritate s'au soldat cu rezultate practice cantitativ

şi calitativ neglijabile. Numai un număr relativ redus din atât de numeroasele metode şi indicaţii au putut să se impună şi să reziste prin rezultatele lor.

Pentru Iacobovici de altfel, chirurgia vegetativă îşi are indicaţiile ei precise bine conturate şi cu rezultate satisfăcătoare numai în anumite cazuri, ca în grupul sindromelor dureroase şi trofice ale membrelor inferioare, în crizele grave de astm bronşic şi în angina de piept.

Suprimarea reflexului presor în accesele anginoase şi simpatectomia interlombo-sacrată rămân în ultimă analiză metodele cele mai simple şi mai durabile, constituind de altfel intervenţiile de bază în chirurgia sistemului nervos al vieţii vegetative.

Revine de altfel şcoalei chirurgicale româneşti meritul de a-şi revendica paternitatea primei intervenţii pe sistemul vegetativ prin operaţia lui Toma Ionescu şi Gomoiu, care a practicat o extirpare a ganglionului stelat. Urmează apoi intervenţiile lui Juvara, Iacobvici şi alţii.

In afară de suprimarea durerei, chirurgia vegetativă influenţează favorabil şi alte simptome subiective ca şi unele fenomene vaso-motorii cu simptome obiective.

Intervenţia poate de asemenea contribui la ameliorarea sau abolirea unor excitaţii sensitive latente care deşi nu produc senzaţii dureroase percepute de conştiinţă pot totuşi redeştepta reflexe medulare patologice (Tinel).

Studiile de istopatologie făcute în ultimul timp, asupra centrilor şi nervilor vegetativi în diferite boale, pe material operator sau necropsic, ca şi ultimele cercetări ce privesc fiziologia şi fiziopatologia vegetativă, pun într'o nouă lumină problema durerei şi factorii determinanţi în mecanismul constituirei şi declanşărei durerei, ca şi în mecanismul şi declanşarea altor sindrome sub dependinţa sistemului vegetativ, deschizând noui orizonturi imaginaţiei pentru problemele şi metodele pe care le pune domeniul chirurgiei vegetative.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi aici ca şi în chirurgie, şcoala medicală românească nu a rămas mai prejos de şcolile străine. Sunt cunoscute cu mult peste hotare lucrările de fiziologie şi fiziopatologie vegetativă ale profesorului Danielopolu, iar cercetări în domeniul istopatologiei vegetative, făcute la „Institutul D-r Victor Babeş", inspirate şi conduse minuţios de profesorul Crăciun, au dus la rezultate suficient de mulţumitoare pentru moment, (Crăciun, Mureşanu, Diaconiţă).

Se încearcă în aceste cercetări, care sunt încă în curs, stabilirea unui fel de hărţi am putea spune, a sistemului vegetativ, cu localizarea topografică a diferitelor tipuri de leziuni, cu diferitele lor variante şi care trebue că au intervenit fără îndoială, prin tulburările ce le-au produs, în mecanismul declanşărei durerei.

Scopul lucrărei de faţă de altfel, nu este acela de a arăta tehnici şi metode ale chirurgiei vegetative care sunt îndeajuns de

cunoscute, ci de a arăta diferitele criterii ce se pun acestei chirurgii, criterii exigente din ultimele cercetări istopatologice şi fiziopatologice ca şi din statistici ce la rândul lor pot fi mai mult sau mai puţin subiective.

Din studiul acestor criterii se va tinde să se ajungă la indicaţii oarecum precise în chirurgia vegetativă, pentru ca rezultatele să fie valabile şi durabile în acelaşi timp.

Vor fi trecute destul de rezumativ în revistă, diferitele metode şi indicaţii ale chirurgiei vegetative, menţionându-le doar cu titlu de informaţie, însoţite şi de unele date statistice.

Indicaţiile diferitelor metode se bazează pe cunoştinţele de fiziologie şi fiziopatologie vegetativă şi scopul principal urmărit de aceste intervenţii este acela de a întrerupe căile sensitive viscerale sau vasculare care transmit excitaţiile dureroase sau de a suprima răspunsurile motrice şi vasomotorii la aceste excitaţii dureroase.

Se pune evident întrebarea care sunt criteriile fundamentale ale chirurgiei vegetative şi ale rezultatelor ei, capabile să-i justifice atât existenţa cât şi încadrarea în arsenalul terapeutic al durerei?

Inainte de a trece la metodele chirurgicale propriu-zise, ţinem să amintim pe scurt novocainizarea locală şi generală, metode mai uşor de executat, la îndemâna oricărui medic şi cu rezultate destul de mulţumitoare de multe ori.

NOVOCAINIZAREA LOCALĂ, se întrebuinţează frecvent în focarele mici de fractură sau smulgerile de apofize, constituind şi ea un caz particular de blocare a fibrelor dureroase şi mai ales trofice locale. Acţiunea s'ar explica prin suprimarea reflexelor vasoconstrictoare care jenează troficitatea osului şi periostului. Că această ipoteză este exactă, este dovedit de faptul că, spre deosebire de infiltraţia cu Novocaină care se face în scop de anestezie — şi care e mai bună când i se adaugă adrenalină deoarece producând vasoconstricţie întârzie rezorbţia, — infiltraţia cu novocaină pentru tratamentul fracturilor puţin importante, dă rezultate superioare când nu i se asociază această a doua substanţă. In aceste cazuri deci acţiunea novocainizării nu este numai de suprimare a durerei şi de permitere a unei mobilizări precoce. De altfel acţiunea vasodilatoare a novocainei a fost demonstrată direct de către Leriche, prin următoarea experienţă: Se amputează dintr'o singură lovitură, labele posterioare ale unui câine, căruia i s'a infiltrat novocaină în jurul arterei femorale la rădăcina membrului de o singură parte şi se constată că prin orificiul de secţiune al femoralei căreia i s'a făcut la origine blocajul simpaticului periarterial se scurge un val de sânge cu un debit mult mai mare (mergând până la de 4 ori debitul ce se scurge prin orificiul femoralei fără blocaj novocainic al plexului periarterial).

NOVOCAINOTERAPIA GENERALĂ INTRAVENOASĂ este utilizată în tratamentul sindromelor dispneizante cum este de exemplu Astmul.

Unul din noi (Bungeţeanu) pe 8 cazuri personale a remarcat că, rezultatele sunt sub aşteptările presupuse, după publicaţiile lui Das Gahli, Bourdin şi Guiot în 1941, urmate apoi de altele.

De asemenea metoda a fost propusă ca tratament al emboliei gazoase a creerului de către Cadenat şi Monsaingeon.

Cele mai simple intervenţii în chirurgia vegetativă sunt „Neurotomiile" indicate mai cu seamă în cauzalgii.

NEUROTOMIILE TRONCULARE îşi au indicaţia în algiile simpatice. Intervenţiile la care se recurge mai frecvent sunt „Neurotomiile perivasculare" a căror rezultate favorabile sunt în legătură cu vasodilataţia periferică ce o produce această intervenţie pe de o parte şi suprimarea reflexelor de origine sensitivă pe de altă parte.

SIMPATECTOMIA PERIARTERIALA A LUI LERICHE de exemplu, produce o vaso-dilataţie în teritoriul ischemiat şi permite o restabilire a circulaţiei prin anastomoze colaterale.

Vaso-dilataţia este deocamdată atribuită atât suprimărei vasoconstrictorilor din teaca periarterială cât foarte probabil şi intervenţiei unui reflex medular de vasodilataţie activă.

Cele mai frumoase rezultate se obţin de altfel prin aceste metode în cazurile de obliterare şi de iritaţie arterială segmentară prin traumatism, embolie sau arterită. Vaso-dilataţia periferică obţinută prin această intervenţie ca şi suprimarea reflexelor de origine sensitivă vasculară, explică raţiunea rezultatelor terapeutice. Pentru ca reuşita să fie cât mai evidentă, la acţiunea vasodilatoare este nevoie şi de suprimarea cauzei locale de iritaţie, peri sau endoarterială generatoare de reflexe vaso-constrictoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă categorie de intervenţii în chirurgia vegetativă o constituie **„Intervenţiile directe pe simpatic"** care au de scop suprimarea funcţiilor simpatice cu predilecţie cele vasoconstrictoare a unui teritoriu întreg. Suprimarea funcţiilor sensitive, pentru sensibilitatea viscerală ce trec prin rami comunicanţi sunt motivul principal în intervenţiile pentru sindromele dureroase viscerale.

După Tinel, Lériche, secţiunea ramurilor comunicante, ablaţia ganglionilor simpatici ca şi rezecţia globală a unui segment al lanţului simpatic paravertebral, produc rezultate aproape identice.

Cea mai bună ca rezultate şi mai simplă ca tehnică dintre aceste operaţiuni este **simpatectomia interlombosacrată** după metoda Danielopolu. Este indicată cu precădere în arterita obliterantă cu gangrena membrului inferior, iar efectele terapeutice se referă mai ales la sindromele de vaso-constricţie reflexă. Rezultate destul de promiţătoare deocamdată s'au observat în cazuri de angiospasm prin arterită, claudicaţie intermitentă, gangrene arterioscleroase şi boala lui Buerger. Rezultate mai puţin îmbucurătoare au fost remarcate în ulceraţii trofice, ulcere varicoase, degerături, spasme arteriale reflexe şi altele.

Simpatectomia dorsală exercitată sub controlul pleuroscopiei, a fost recomandată în cazuri de caverne tuberculoase ce rămân

necolabate într'un plămân tratat cu pneumotorax artificial. In asemenea cazuri, cu ajutorul instrumentarului obişnuit pentru pleuroscopie şi pleuroliză, se abordează, după secţionarea cu electrocauterul a pleurei parietale, lanţul simpatic dorsal. Se obţine astfel uneori colabarea cavernelor rebele. Operaţia e rapidă şi benignă.

RADICOTOMIA POSTERIOARĂ şi CORDOTOMIA ANTERIOARĂ sunt intervenţii numai excepţional de rar realizate.

Cordotomia anterioară, a fost realizată în cazurile de cancere dureroase rectosigmoidiene, obţinându-se o abolire complectă a sensibilităţii dureroase şi termice în teritoriul corespunzător. Mai practic de realizat este cordotomia dorsală.

O altă intervenţie cu rezultate bune şi verificabile este **rezecţia ganglionului stelat**, STELECTOMIA, realizată pentru prima oară în 1909 de Toma Ionescu şi Gomoiu.

Ganglionul stelat reprezintă o răscruce vegetativă în care se concentrează întreaga inervaţie simpatică a membrului superior.

Faptul că fibrele sensitive care provin din plexurile cardioaortice şi pulmonare trec prin ganglionul stelat a constituit noţiunea fundamentală ce a determinat punctul de plecare al tratamentului chirurgical al anginei de piept şi astmului bronhic. Factorul esenţial este dat de suprimarea căilor sensitive. Ablaţia ganglionului stelat a mai dat ameliorări evidente în tachicardia paroxistică esenţială.

După Iacobovici, stelectomia pare să aibă una din indicaţiile primordiale în astmul bronhic, iar infiltraţia cu novocaină a ganglionului stelat intră în cadrul terapeuticei de urgenţă, mai ales în embolia pulmonară, împiedicând formarea infarctului embolic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infiltraţia cu novocaină a ganglionului stelat, recomandată ca un mijloc de tratament al hemoptiziilor a dat rezultate destul de bune în multe cazuri. Unii autori aduc critici metodei prin faptul că ar favoriza însămânţările bronhogene. Spaţiul nu ne permite să discutăm aici aceste critici. (v. H. Hubert, G. Bilski-Pasquier şi H. Foix în „Presse Médicale", an. 1943, nr. 11, pg. 138.)

SPLANCHNECTOMIA, intervenţie propusă de Pende în 1925 şi indicată în hipertensiunea arterială se bazează pe acţiunea pe care o exercită Splanchnicii şi mai ales marele splanchnic stâng asupra funcţiunei suprarenalei şi adrenalinosecreţiei. Pentru acest fapt, intervenţia este indicată în cazurile de hipertensiune în care factorul de hiperadrenalinemie reflexă pare să joace un rol de prim ordin. Metoda nu interesează şi hipertensiunile pe bază de aterom sau arterio-scleroză.

Această ultimă intervenţie se apropie de aceia a extirpărei de tumori ce se întâlnesc pe traectul nervilor şi care conţin celule ce fac trecerea între sistemul nervos vegetativ şi sistemul endocrin. In această categorie intră simpatoamele, formate din celule adrenalino-secretoare de tipul celor din medulo-suprarenală, şi paraganglioamele, alcătuite din celule chromafine cu proprietăţi acetil-

cholino-secretoare, acestea din urmă întâlnindu-se adesea dealungul traectului nervului vag.

Aproape toţi autorii sunt de părere că, pentru a asigura eficacitatea intervenţiilor vegetative este indicat a se încerca în prealabil infiltraţia cu novocaină.

In numeroase alte algii, artrite, edeme ale membrului inferior, contracturi în timpul hemiplegiilor, dolichocolon, Pierre Goinard şi D. Petit Dutaillis, au făcut novocainizarea lanţului simpatic.

După aceşti autori, novocainizarea care nu comportă nici un risc ar avea o influenţă de complectare ca rezultate în eventualitatea unei simpatectomii. Susţin că au obţinut succese evidente în edemele posttraumatice şi acelea consecutive flebitelor.

De cele mai multe ori însă, în chirurgia vegetativă, rezultatele nu ar fi decât momentane, de o durată relativ nu prea lungă, ameliorările dispărând uneori destul de repede, dat fiind faptul că rolul centrilor sau lanţurilor simpatice întrerupte este înlocuit şi supleat de aparatele periferice, locale, autonome.

De altfel, W. Broenicker din Hamburg (1936) într'un studiu asupra anatomiei şi fiziologiei sistemului vegetativ la care a lucrat timp de 20 de ani, ajunge la concluzii contrarii teoriilor lui Langley şi Kolliker şi arată că ganglionii vegetativi şi releurile simpatice periferice, ar acţiona ca centrii reflexi autonomi.

El descrie apoi tehnica simpatectomiei lombo-sacrate şi pe cea a simpatectomiei toraco-lombare punând ca prim timp al acesteia din urmă extirparea transdiafragmatică şi extrapleurală a ganglionului toracic XI şi XII.

Statistica pe care o dă pe cele 287 intervenţii este îmbucurătoare şi încurajatoare în acelaşi timp.

Autorul extinde domeniul de aplicabilitate al chirurgiei vegetative în megacolon, afecţiuni pelviene, nevrome de amputaţie, cauzalgii de hiperidroză, ulcere trofice, atrofie osoasă acută, întârziere în consolidarea pseudartrozei (edeme traumatice, artrită traumatică şi deformantă).

In statistica lui Leriche şi Fontaine pe 152 de intervenţii, autorii menţionează importanţa simpatectomiei subperitoneale şi trec în revistă multiplele efecte fiziologice ale simpatectomiei lombare. Suprimarea lanţului simpatic după aceşti autori este fiziologic permisă.

Indicată în sindromele dureroase ca sciaticele radiculare, bonturi dureroase, prezintă un procentaj relativ redus de ameliorări, fiind riguros contraindicată în crizele dureroase din Tabes.

Alte indicaţii le comportă durerile pelviene din cancerele inoperabile, turburările vasomotorii la vechii poliomyelitici şi boala lui Raynaud, cu succese nete prin simpatectomie periarterială; în paraliziile spasmodice după fracturile coloanei vertebrale, în contracturile siringomyelinice e fără rezultate însă.

Una din cele mai bune indicaţii o constitue însă ulcerele cronice. Simpatectomia lombară se înfruntă cu simpatectomia periarte-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rială. Simpatectomia periarterială este cea mai puţin eficace, fiind indicată numai atunci când celelalte metode sunt contraindicate.

M. Gongalez-Aquilar, susţine că rezecţia paraganglionilor lombari superiori şi a ramurilor comunicante e superioară ca rezultate, iar Chiaserini este partizanul gangliectomiei paraperitoneale.

Efectele terapeutice ale simpatectomiei interlombosacrate sunt valabile mai ales în sindroamele de vasoconstricţie reflexă, cazuri de angiospasm prin arterită, claudicaţie intermitentă. S'au semnalat de asemenea rezultate favorabile şi în cazurile de ulceraţii trofice, ulcere varicoase, degerături, spasme arteriale reflexe, trophoedemul membrului inferior.

Atât rezultatele operaţiei lui Danielopolu, cât şi cele ale simpatectomiei lombare se bazează pe modificarea calibrului arterelor. Sousa Pereira, Alvaro Rodrigez şi Roberto Carvalho, au arătat experimental că după simpatectomie lombară sau infiltraţie novocainică a simpaticului lombar se constată o circulaţie foarte bogată în coapsa de partea operată chiar din primele ore după intervenţie. Mai târziu se constată o diferenţă de comportare după cum a fost vorba de simpatectomie sau simplă infiltraţie novocainică. După prima circulaţie colaterală continuă să crească, după a doua ea e limitată la un timp scurt. Tot aceşti autori au dovedit că injecţia intraarterială de novocaină provoacă o creştere minimă sau nulă a circulaţiei colaterale în membrul injectat. De asemenea rezecţia unilaterală a splanchnicului nu e urmată de o desvoltare mai marcată a circulaţiei colaterale în membrul de partea operată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REZECŢIA NERVULUI PRESACRAT sau OPERAŢIA LUI COTTE este urmată de apariţia prematură a regulelor, retenţie momentană de urină, şi o remarcabilă uşurinţă a gazelor, (Tinel). Această intervenţie e mult utilizată în leziunile genitale pelviene la femei, afecţiuni ale aparatului digestiv, sindrome dureroase cronice ale fossei iliace drepte, colită, constipaţie cronică.

N. Pende, a recomandat în 1942 REZECŢIA BILATERALĂ A RAMURILOR COMUNICANTE IV ŞI V LOMBARE ŞI A GANGLIONILOR SIMPATICI CORESPUNZĂTORI, adesea fuzionaţi, de preferinţă pe calea extraperitoneală a lui Chiasserini, în cazurile de impotenţă sexuală funcţională (lipsa erecţiunii), întrerupându-se astfel căile simpatice lombare inferioare vasoconstrictoare ale penisului şi inhibitoare ale erecţiei.

Valdoni a realizat la om intervenţia pentru indicaţia de mai sus, obţinând rezultate bune în 50% din cazuri.

Am trecut în revistă, sumar de altfel, o serie de metode chirurgicale vegetative cu indicaţiile lor. Nu am insistat asupra tehnicilor şi nici asupra detaliilor fiziologiei şi fizio-patologiei ce le comportă fiecare din metode cu indicaţiile şi rezultatele lor. Am urmărit doar să arătăm numai domeniul accesibil astăzi chirurgiei vegetative ca şi limitele şi posibilităţile încadrărei ei în arsenalul terapeutic.

Din cercetarea statisticelor ce a avut la îndemână s'a putut vedea că atât de numeroasele metode de care dispune astăzi chirurgia vegetativă cu tot atât de numeroase indicaţii justificate sau nu, sunt aşa de departe încă de a constitui un panaceu universal în terapia durerii, de foarte multe ori rezultatele nefiind nici măcar paliative.

Procentul succeselor este sensibil redus şi împreună cu proporţia ameliorărilor nu reuşesc să atingă nici 50%.

Multe din aceste încercări s'au făcut la întâmplare, rezultat al unei bogate imaginaţii şi fără a avea fundamental nici un discernământ obiectiv-ştiinţific. S'a mai remarcat că nici chiar aşa zisele succese nu sunt definitive, căci după un interval mai mare sau mai mic de timp aceste succese şi ameliorări dispar.

Pentru reuşita metodei şi nefalşificarea rezultatelor se impune o judicioasă şi severă alegere a cazurilor care comportă metoda respectivă de intervenţie, după cum trebue ţinut seamă şi de faptul că metoda chirurgicală respectivă trebue uneori complectată cu alte metode care să întreţină ameliorările şi succesele obţinute.

Trebue să evităm entuziasmul şi graba în interpretarea rezultatelor. In ultimul timp, rezultatele nu prea îmbucurătoare au mai temperat din acest entuziasm şi aceste rezultate după date statistice vor contribui credem la o triere a metodelor şi indicaţiilor cunoscute şi imaginate până acum şi nu se va mai recurge abuziv pentru orice sindrom la chirurgia vegetativă.

Nu trebue uitată în interpretarea rezultatelor nici configuraţia anatomică şi topografică a sistemului nervos vegetativ cu toţi centrii şi ramurile lor, ca şi conexiunile şi anastomozele dintre diferiţi centri.

Ţinem să amintim cât de numeroase sunt conexiunile pe care le poate avea un singur neuron vegetativ cu diferiţi neuroni din diferitele etaje vegetative şi din diferiţi centri vegetativi, mai mult sau mai puţin îndepărtaţi. Un neuron dintr'un centru vegetativ sacrat sau lombar prin extrem de numeroasele sale ramuri şi anastomozele dintre aceste ramuri şi ramurile altor neuroni din centrii de vecinătate, poate să ajungă să aibă legături cu neuroni situaţi în centrii cervicali sau diencefalici.

Deci reţeaua bogată inestricabilă de anastomoze pe care o poate da un singur neuron ca şi întinderea ei şi prin cointeresarea în această reţea aşa de complexă de ramuri provenite dintr'o infinitate de neuroni, ne arată cât de complicată este fiziologia vegetativă şi mai ales cât de greu este de a şti unde începe efectul excitaţiei unui neuron, unde sfârşeşte şi ce-i aparţine lui propriu-zis fără intervenţia celorlalţi neuroni. Pentru a ilustra cât de important este acest fapt, va fi suficient să menţionăm că nu trebue decât ca un singur neuron vegetativ să fie excitat şi datorită acestei reţele întinse de conexiuni şi anastomoze pot să se declanşeze reflexe şi răspunsuri cari să aibă loc în acelaşi timp în toţi neuronii lumii vegetative.

Aşa dar în chirurgia vegetativă este tot aşa de greu de a

elibera centrul vegetativ interesat de toate conexiunile sale anatomice şi funcţionale ca şi degajarea absolut totală a unui neoplasm invadant şi a limfaticilor care îl deservesc, în timpul unei intervenţii chirurgicale.

Rezultatele deci sunt variabile ca durată şi limită, simptomele putând reapare la intervale mai mici sau mai mari de timp, tocmai datorită acestor conexiuni, acestei reţele vegetative întinse şi inestricabile a fiecărui neuron ce permite ulterior canalizarea şi distribuirea funcţiunilor vegetative a neuronilor suprimaţi.

Ameliorarea sau succesul va dura atâta timp cât e necesar ca funcţiile vegetative anterioare intervenţiei să-şi regăsească drumul şi să canalizeze pe căile de derivaţie şi de anastomoze colaterale din centru în centru şi din etaj vegetativ în etaj vegetativ. Când circuitul a fost restabilit prin această reţea de anastomoze simptomele boalei pentru care s'a făcut intervenţia încep să reapară.

Este raţiunea pentru care metodele de complectare şi întreţinere ca novocainizarea îşi justifică indicaţia.

Aceste considerente sunt valabile pentru oricare din metodele de chirurgie vegetativă menţionate mai sus.

Nu trebuiesc apoi trecute cu vederea grupele de celule vegetative ca şi ganglionii vegetativi emigraţi sau intercalaţi pe traectul ramurilor comunicante care dau ramuri şi filete anastamotice atât la ganglionii supra şi subiacenţi, cât şi la ramurile şi trunchiurile acestora.

Digitized by Central University Library Cluj

Aceşti ganglioni emigraţi pe rami comunicanţi rămân obişnuit pe loc după intervenţii.

Aşa dar, atât de numeroasele insuccese pot să fie îndeajuns de justificate, dacă avem în vedere individualitatea şi curiozităţile anatomice ale fiecărui caz în parte.

Trebue în altă ordine de fapte să ţinem seama de intensitatea reflexelor şi de felul de a răspunde la excitaţii pentru fiecare caz, căci fiecare caz, fiecare tip constituţional are felul lui de a răspunde şi de a reacţiona. Cu alte cuvinte rezultatele operatorii vor depinde în mare măsură şi de acest factor care nu trebue neglijat în interpretare.

Cercetările anatomo-patologice şi istopatologia vegetativă tind se pare a lămuri mai documentat ştiinţific insuccesele chirurgiei vegetative din unele cazuri.

Sechelele infecţioase anterioare cu leziuni cronice în centrii şi trunchiurile vegetative par să constituie spine iritative continui pentru declanşarea simptomatologiei vegetative.

De multe ori în intervenţiunile făcute pentru arterite s'au observat insuccese, iar alte ori rezultatele constau în modificări cu totul discrete şi de moment. Aceste constatări au făcut pe unii autori să creadă că diferenţele de rezultate şi în special insuccesele ar putea să ţină de variaţiile calitative a însăşi elementelor la care se adresa tratamentul (P. Nicaud)).

Cercetări istopatologice făcute pe centrii ganglionari ai lanţului simpatic după rezecţia lor pentru arterite, au pus în evi-

denţă leziuni remarcabile în aceşti centri care modifică fundamental concepţiile de până acum referitoare la interpretarea rezultatelor.

Se pune evident întrebarea dacă rezultatele nefavorabile nu erau datorite leziunilor simpaticului, acesta fiind într'o stare de incapacitate de a asigura funcţiunile care i se atribue, făcând astfel ineficace chiar şi suprimarea acestor centri.

Ca tipuri de leziuni s'au observat atât leziuni legate de pericarioni cât mai ales leziuni de tip proliferare a gliei fibrilare şi tractusuri de scleroză întinsă cu punct de plecare în capsula ganglionară. Este vorba de elemente conjonctive care prezintă leziuni de scleroză banală.

S'au observat leziuni celulare cu modificări ale afinităţii tinctoriale şi ceea ce pare mai interesant, sunt acele elemente de aspect gliomatos amintite mai sus, diseminate în spaţiile intercelulare a căror nuclei mici amintesc nucleii Schwarnnieni.

In plus s'a mai descris aspectul hialin al pereţilor arteriolelor pe secţiunile ganglionare.

Autorii au mai observat un fapt şi anume că, atunci când se intervine pe un lanţ simpatic normal se pot spera acţiuni arteriale satisfăcătoare, iar în cazurile în care se găsesc leziuni simpatice de tipul celor amintite, rezultatele sunt pentru foarte scurtă durată.

S'ar putea explica acest lucru prin aceia că atunci când există leziuni întinse, sunt interesate în aceste leziuni şi segmente vecine din sistemul nervos vegetativ, astfel că intervenţia limitată la inervaţia corespunzătoare organului în suferinţă, poate fi prea limitată. Pe de altă parte nu este exclus ca funcţiunile simpatice să fi fost de mult timp încetinite sau chiar suprimate total sau parţial din cauza sclerozei ganglionare şi a leziunilor pericarionale, astfel încât intervenţia să nu reprezinte altceva decât extirparea unor formaţiuni deja inexistente din punct de vedere funcţional.

Leziunile arteriale care sunt de tipul celor cunoscute şi pe care nu le mai amintim, contribue şi ele într'o oarecare măsură la condiţionarea rezultatelor. Cercetarea acestor leziuni ne pune în evidenţă alterări importante care interesează în acelaşi timp releurile vasomotorii ca şi aparatele vasculare pe care ele trebue să le comande (Presse Medicale 1945, p. 693).

Cercetări făcute cu A. Mureşeanu (Analele Babeş 1942) pe centrii vegetativi au arătat că leziunile inflamatorii ale acestor centri pot lăsa sechele de tipul sclerozei ce pot constitui o continuă spină iritativă în centrii vegetativi.

Intr'o lucrare anterioară unul din noi (Diaconiţă, „Spitalul" 1945), în stelectomii pentru cauzalgii la răniţii de război, am menţionat la examenul istopatologic al ganglionilor stelaţi, leziuni ireversibile de tipul vegeto-nevritelor şi vegeto-ganglionitelor descrise la boalele infecţioase (Mureşanu şi Diaconiţă, Analele Babeş 1942).

Aceste leziuni observate în cauzalgii nu reprezintă decât stadii sechele a unor leziuni iniţial inflamatorii şi care sunt ireversibile.

www.bcu-cluj.ro / Central University Library Cluj

Cu oarecare rezerve deocamdată, dat fiind leziunile cronice ale centrilor şi trunchiurilor vegetative, amintite mai sus s'ar putea spune că, aceste leziuni joacă rol de spină iritativă declanşatoare a fenomenelor vegetative punând atât aceste regiuni vegetative lezate, cât şi cele cu care au conexiuni, într'o permanentă stare de hiperexcitabilitate şi de iritabilitate, iar intervenţiile chirurgicale vegetative vor găsi aceste adaptări la situaţii noui care explică cu oarecare aproximaţie rezultatele nule sau mediocre la o parte din cazurile pentru care s'au practicat unele intervenţii vegetative.

Deci pentru interpretarea rezultatelor chirurgiei vegetative, starea istopatologică a lumii vegetative pare să aibă o valoare fundamentală şi probabil sensibil aceiaşi cu starea fiziopatologică.

Date fiind toate aceste considerente, am crezut că este necesar a face o restrânsă trecere în revistă a acestor fapte pentru a servi măcar ca un mic indiciu, care să determine pe medic la o alegere judicioasă atât a cazurilor, cât şi a metodelor de intervenţie, cum şi la cercetarea diferitelor criterii care să le explice interpretarea rezultatelor obţinute, fie că acestea sunt pozitive sau negative.

Clinica Endocrinologică: Director, Prof. C. I. Parhon
Facultatea de Medicină — Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPERMATOGRAMA

de

ST. M. MILCU, M. PITIŞ şi D. BELLOIU

Insuficienţa sexuală la bărbat este de o mare complexitate clinică. Aceasta se datoreşte pe de o parte numeroaselor componente funcţionale care se înlănţuesc în actul sexual, iar pe de altă parte numeroşilor factori patogeni care îl pot perturba.

In fiziologia sexuală masculină se pot distinge schematic două componente: neuro-psichică şi endocrină. Desigur că separaţia lor nu poate fi admisă în fiziologia şi patologia sexuală decât pentru a ne permite o expunere mai clară a problemei în discuţie.

In clinica insuficienţelor sexuale masculine au fost deosebiţi, de multă vreme, bolnavii cu coeficient morbid predominent neuropsichic de cei cu insuficienţă testiculară evidentă. Ori de câte ori gonadele sunt distruse printr'un proces traumatic, chirurgical sau infecţios, bolnavii sunt recunoscuţi cu uşurinţă, iar insuficienţa lor sexuală este interpretată ca fiind exclusiv endocrină. Dar în majoritatea cazurilor de bărbaţi deficitari sexuali situaţia nu este atât de clară. De cele mai multe ori nu putem afirma categoric dacă insuficienţa sexuală este exclusiv psichică sau are totuşi un coeficient testicular pe care nu-l putem sesiza. Examenul clinic al organelor sexuale nu ne aduce un ajutor valabil pentru că mai întot-

deauna ele sunt aparent normale. De asemeni examenele hormonale, în stadiul actual al tehnicei de dozare, au un mare coeficient de incertitudine.

Şi totuşi diferenţierea insuficienţei sexuale endocrine de cea neuro-psichică este posibilă într'o măsură. Pentru aceasta noi propunem examenul spermei complectat bineînţeles cu examenul clinic şi restul examenelor curente de laborator.

In decursul cercetărilor noastre asupra fiziologiei seminale am fost foarte surprinşi când am constatat că cercetarea spermei nu este utilizată decât în controlul sterilităţii masculine. Dar şi acest examen este redus la o simplă observaţie a spermatozoizilor mobili sau imobili, numeroşi sau reduşi numeric. Ori este o greşală să nu utilizăm examenul spermei, făcut în modul cel mai amănunţit cu putinţă, în cercetarea insuficienţelor sexuale.

Este greu de admis o integritate a liniei seminale (când găsim turburări funcţionale mai mult sau mai puţin evidente la periferie sau în desfăşurarea actului sexual. Astfel spermatograma ne va permite să diferenţiem insuficienţa sexuală neuro-psichică de cea testiculară (endocrină).

Aplicaţia spermatogramei nu ne va face să înlăturăm celelalte examene clinice sau de laborator. Cum acest examen este de abia iniţiat, efectuarea lui paralel cu celelalte, va permite să apreciem utilitatea sau neutilitatea lui.

* * *

Tehnica spermatogramei se rezumă la doi mari timpi:

A) recoltarea spermei şi

B) examenul ei calitativ şi cantitativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A) **Recoltarea spermei** este partea cea mai delicată a procedeului. Lichidul seminal poate fi recoltat sau prin raport sexual cu comedon, sau prin masturbaţie. Ultimul procedeu este cel mai recomandabil. Sperma este recoltată într'o capsulă. In cazul recoltării prin raport sexual, se recomandă să se păstreze comedonul într'un plic în buzunarul interior al hainei şi să fie adus cât mai repede la laborator. Suspendarea raporturilor sexuale este recomandată cu cel puţin 3 zile înainte de spermatogramă. Această condiţie este esenţială pentru a avea rezultate valabile ca interpretare.

Inainte de a pregăti lichidul seminal pentru explorările următoare se va nota cantitatea şi aspectul macroscopic.

B) Examenul spermei se face atât cantitativ cât şi calitativ.

1) **Examenul cantitativ al spermatozoizilor.**

O mică porţiune din lichidul seminal se omogenizează cu foarte puţin bicarbonat de sodiu (pulbere). Când omogenizarea este complectă, cu o pipetă melanjoare de globule albe se aspiră până la diviziunea 0,5 şi apoi se complectează cu o soluţie de brillant-cresyl-blau 0,05%. Avem astfel diluţia 1/20. Se agită bine, se lasă apoi 20' până la 2 ore pentru colorare. Acest procedeu imaginat de Valle numai pentru evidenţierea spermatozoizilor, în deosebi la cei pre-

supuşi cu azoospermie, a fost utilizat de noi pentru numărătoarea spermatozoizilor. Intrucât prin omogenizare nu modificăm cantitativ lichidul spermatic, iar prin colorare avem o diluţie fixă, procedăm la numărătoare ca pentru globule albe pe celula Türk sau Bürcker. Pentru calcul ne servim de aceiaşi metodă.

In mod normal numărul spermatozoizilor este de aproximativ 100.000 mmc. cu limite de variaţie foarte largi, între 60.000 şi 120.000 pe mmc. Sub 50.000—60.000 sperma este considerată patologică iar peste 120.000 n'am avut niciun caz pe cele 50 spermatograme efectuate.

2) Examenul calitativ.

a. Motilitatea.

Pentru motilitate se face examenul direct, între lamă şi lamelă, a spermei proaspete. Cu ajutorul dispozitivului Erlich limităm câmpul pentru a facilita numărătoarea şi pentru a face proporţia la % a spermatozoizilor mobili şi imobili. In mod normal motilitatea trebue să fie peste 60%.

Totdeodată menţionăm gradul de motilitate: foarte mobili, mobili sau mai puţin mobili.

b. Indicele de viabilitate.

Pentru a urmări gradul de rezistenţă, o parte din lichidul spermatic este ţinut la termostat la temperaturi diverse (după urgenţa cazului), controlându-se în prima jumătate oră, apoi din oră în oră timp de 6—12 ore, motilitatea spermatozoizilor. Pentru interpretare ne-am servit de tabela lui Habner:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TIMP	TEMPERATURA	ELEMENTE MOBILE
după 40 ore	20-23° Celsius	puţine
23	„ „	
32	27-28°	
24	„ „	
26	34-35°	
18	„ „	
10	37-38°	
8	„ „	
8	39-40°	cea mai mare parte
6	„ „	
7	41°	
4	„	
2	45°	
1	„	
1	50°	
1/2	„	

Datele acestui tablou nu sunt satisfăcătoare de oarece nu specifică numărul spermatozoizilor deveniţi imobili. Cercetările noastre sunt în curs de precizarea timpului şi temperaturei necesare imobilizării absolute a spermatozoizilor normali şi pentru calcularea la % a imobilizării după un timp anumit şi la o temperatură dată.

c. **Examenul morfologic.**

A patra porţiune din lichidul spermatic şi cea mai mare, este utilizată pentru examenul morfologic. Pentru aceasta am întrebuinţat tot o metodă a lui Valle.

Lichidul este pus într'o eprubetă de centrifugă, adăugându-se câţiva cmc. de ser fiziologic. Se centrifughează, sub 1.000 ture pe minut, timp de 15—20 minute. Se decantează lichidul, se toarnă alţi câţiva cmc. ser fiziologic, se agită, se centrifughează din nou. Această operaţie se repetă de 3—4 ori pentru a se curăţi elementele celulare de toate produsele de secreţie ale glandelor accesorii. Pentru fixare autorul recomandă acidul osmic 1%, deoarece fixarea prin căldură sau uscare modifică aspectul real al celulelor. Fixarea se face timp de 10 minute. Pentru colorare Valle întrebuinţează o combinaţie de hematoxilină-eosină şi verde luminos. Metoda este următoarea: lichidul este întins pe lamă, aceasta se pune 1—3' în hematoxilină Erlich (preparatul va fi continuu controlat la microscop), se ţine apoi în apă curgătoare 1 până la 2 ore. După aceasta se colorează succesiv într'o soluţie de eosină 0,5%, se spală în apă de robinet şi se colorează din nou 3—4' cu verde luminos 1%. Se spală în apă distilată, se trece rapid în acooli şi se montează în balsam de Canada.

Prin această metodă obţinem cele mai fine particularităţi morfologice.

Utilizând din nou dispozitivul lui Erlich facem proporţia la % a elementelor normale şi degenerate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru clasificarea formelor am utilizat formula lui Pollak şi Jöel inspirată la rândul ei după spermograma lui Stiasnj şi Generales. La rândul nostru am modificat-o uşor introducând câteva elemente în plus la formele degenerate. Ne-am oprit la această formulă mai simplă întrucât cele peste 70 forme din schema lui Stiasny au mai mult un interes morfologic decât practic.

Spermatozoizii sunt împărţiţi în 2 mari categorii: forme normale şi forme degenerate.

Formele normale: a) **spermatozoidul adult-** normal, lepto-, strongilo-, micro- şi macrospermatozoidul; b) **spermatozoidul tânăr,** cu protoplasmă persistentă (cap sau col); **spermatozoidul bătrân-** hiperpigmentat, depigmentat sau vacuolat.

Formele degenerate: a) **modificări ale capului** — de formă: anencephal, gigant, diformat; — de structură: multicolorat, bicolorat invers, maculat; binucleat şi bicephal, b) **modificări ale colului-** macrocol, absenţa colului, c) **modificări ale cozii-** abaxial, micro- şi macrocaudat, denudat, coda inelaris, bicaudat, d) **atipii diverse-** forme combinate.

După Pollak şi Jöel, la omul sănătos formele normale sunt 80%. Noi considerăm limita inferioară a normalului 50%.

Semnalăm apoi prezenţa celulelor normale din linia seminală (spermatogonii, spermatocite, prespermatide sau spermatide) sau a formelor degenerate: a macro- şi microfagelor, celulelor gigante, spermiofagelor, celulelor Sertoli, epiteliale, leucocitelor şi a celulelor purulente, când există.

BOLNAV	R. B. 32 ani	S. C. 28 ani	I. C. 36 ani
Numărul spermatozoizilor	94.300 pe mmc.	9.800 pe mmc.	14.000 pe mmc.
Motilitatea	92,5%	28,5 %	47%
Indicele de viabilitate	normal (4 ore la 45°)	scăzut (3 ore la 37°)	scăzut (4 ore 37°)
Forme normale	85,5 %	28 %	38,5 %
imaturi	7 %	0 %	0
maturi	76 „	15,5 „	30,5 %
hipermaturi	2,5 „	12,5 „	8
Forme degenerate	14,5 %	72 %	61,5 %
anecefali	0 %	5,5 %	2 %
testa deformata	4 „	6 „	5,5 „
giganţi	1,5 „	10 „	14,5 „
multicoloraţi	2,5 „	0	0
maculoza	0	2 „	0
binucleaţi	0	2,5 „	2,5 „
bicefali	0	2 „	7 „
macrocol	2,5 „	9 „	7 „
abaxiali	1 „	4 „	3 „
macrocaudaţi	0	6 „	4 „
denudaţi	0	10,5 „	0 „
bicaudaţi	0,5 „	7 „	10,5 „
coda anularis	2 „	3,5 „	4
atipii diverse	0,5 „	4 „	1,5 „
Celule din linia seminală	relativ rare	rare forme reziduale	rare
Celule degenerate	absente	extrem de frecvente	frecvente
Macro şi microfage	foarte rare	frecvente	frecvente
Spermiofage	foarte rare	frecvente	frecvente
Celule epiteliale	rare	extrem de frecvente celule	rare
Diverse	absente	purulente, frecvent mucus	rar mucus
Concluzii	examenul cantitativ şi calitativ normal	examenul cantitativ şi calitativ arată o degenerscenţă masivă (post-infecţioasă) a liniei seminale.	examenul cantitativ şi calitativ arată leziuni degenerative massive în linia seminală.
Ex. clinic	nimic deosebit. Bolnavul vine pentru: scăderea libido-ului, raporturi sexuale rare, surmenaj intelectual.	Trimis la un specialist vine cu următorul rezultat: Prostata la tuşeul rectal este mărită de volum. Se simt mai mulţi noduli prostatici (Prostatită cronică).	Ex. clinic: asthenie, fenomene de hipertiroidie, turburări de erecţie (ejaculări rapide) din ultimii 4 ani. Metabolism bazal + 36% Eliminarea h. masculin sub 3 urb. „ h. hipofisar sub 5 urb.

Central University Library Cluj

Alţi corpi ce pot fi întâlniţi sunt: corpusculi prostatici, corpusculi de lecitină, fosfaţi granuloşi (în cazurile de azoospermii), etc.

Pentru complectarea examenului se face şi o coloraţie Gram şi dacă este cazul o spermocultură.

*

Spermatograma executată în felul expus de noi nu este desigur un examen uşor, dar totuşi nu este imposibil de executat chiar cu instalaţii modeste de laborator. Ea cere în medie 2 zile pentru efectuarea diferiţilor timpi tehnici.

Pentru a ilustra utilitatea examenului lichidului seminal, comunicăm trei spermatograme, din care una este normală (R. B. 32 ani), a doua aparţine unui bolnav cu o infecţiune cronică prostato-testiculară (S. C. 28 ani), iar a treia unei insuficienţe hipofiso-testiculare (I. C. 36 ani). — Tabloul:

Examenul comparativ al celor trei spermatograme ne arată preciziunea cu care putem diferenţia formele clinice ale insuficienţei sexuale neuro-psichice prin surmenaj şi epuizare (R. B.) cu spermatograma normală, de formă clinică endocrină cu varianta primitiv orchitică prin infecţie locală (S. C.) şi de aceia cu insuficienţa primitiv hipofisară, cu hipo-orchitie de corelaţie (I. C.). In toate aceste cazuri spermatograma ne-a permis un diagnostic, un prognostic şi un tratament just.

Intr'un articol viitor vom reveni asupra aspectelor clinice şi fizio-patologice descifrate cu ajutorul spermatogramei, în diversele forme ale insuficienţei sexuale masculine.

Spermatograma este astăzi cel mai fidel mijloc de explorare al fiziologiei testiculare. Aplicaţia ei în ultimii doi ani ne-a permis să facem primele descifrări în labirintul etio-patologic al insuficienţei sexuale masculine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans les insuffisances sexuelles chez l'homme, il y a des cas où l'on ne saurait se rendre compte, par simple examen clinique, si les facteurs étio-pathogéniques qui entrent en jeu sont de nature neuro-psychique ou bien endocrinienne.

C'est en vue d'apprécier cette distinction que les auteurs ont proposé la recherche quantitative et qualitative du liquide séminal, d'autant plus que l'examen hormonal, qui peut d'ailleurs compléter la spermatograme, est encore sujet à des multiples inconvénients dont l'incertitude n'est pas le moindre.

En ce qui concerne l'examen quantitatif, après une dilution du sperme avec brillant-crésyl-blau (procédé Valle), on effectue la numération des spermatozoides d'après la techique utilisée par les auteurs dans leur „test de la spermatogénèse" (numération sur la cellule Türk ou Bürcker).

L'examen qualitatif donne des renseignements sur la motilité, l'indice de la viabilité et surtout sur la morphologie des spermatozoides, pour l'intérprétation de laquelle on utilise la formule de Pollak et Jöel, légèrement modifiée.

LE PROBLÈME DES HÉMORRAGIES BRONCHO-PULMONAIRES D'ORIGINE VASO-MOTRICE

par

RADU RAMNICEANU et **A. PAUNESCU-PODEANU**

In această lucrare autorii se ocupă de problema hemoragiilor broncho-pulmonare de cauză vasomotorie a căror existenţă o demonstrează cu un caz controlat necropsic.

L'hémoptysie pose parfois au médecin un difficile problème de diagnostic étiologique. Si dans la grande majorité des cas, son substratum est assez évident, il y a cependant des cas où le diagnostic de la cause se heurte à de sérieux obstacles, surtout lorsque l'hémoptysie est due à des lésions minimes, dont le dépistage exige des investigations répétées et des techniques particulières. Il y a encore des cas où l'hémoptysie manque de substratum anatomique étant subordonnée à des troubles fonctionnels dans la circulation pulmonaire. De tels cas, dont on a déjà relevé un certain nombre, délimitent une catégorie spéciale, celle de *„l'hémoptysie vaso-motrice"*, catégorie digne d'être connue et prise en considération dans le diagnostic étiologique.

A la connaissance de cette catégorie étiologique particulière de l'hémoptysie nous apportons un document anatomo-clinique, qui doit certifier, selon nous, la réalité des interprétations purement cliniques, sur lesquelles c'est fondée jusqu'ici l'individualité de cette forme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C'est depuis longtemps que l'on a été frappé par l'existence d'hémoptysies sans un substratum anatomique bien décélable. Il y a quelques dizaines d'années que Josserand fixait l'étiquette de hémosyalemèse à une sorte d'expulsion de crachats sanguinolents qui se produit chez des femmes nerveuses ou des gens phtysiophobiques, — expulsion que cet auteur attachait à un processus salivaire (d'où le nom). Reprise par Mathieu sous le nom de pituite hémorragique, la notion — dépourvue de tout support matériel — continua de vivre jusqu'à nos jours; mais elle resta une notion purement théorique, que nul clinicien ne put — à notre connaissance — ni confirmer, ni infirmer.

En 1929, Besançon et Jaquelin [1]) décrivent des hémoptysies conditionnées essentiellement ou uniquement par des troubles vasomoteurs. D'autres nombreux auteurs (Daremberg, Dumarest, Bernard, Caussade [2]) confirment la notion, en y attachant des explications diverses: l'érétisme vasculaire, la constitution angio-neurotique, etc.

Teodorescu [3]) en 1936 rapporte aussi des cas, survenus après des interventions chirurgicales et Laignel-Lavastine avec Chartrain et M-elle Cachin [4]) en 1939, relèvent des cas d'hémoptysies déclanchées par l'émotion.

Enfin, en 1940, Diaz [5]) publie une importante étude sur ces hé-

moptysies à substratum purement vaso-moteur, qu'il intitule des hémoptysies neuro-végétatives. Il appuie leur individualité clinique sur l'absence des lésions organiques qui pourraient expliquer leur apparition et sur l'existence de certains troubles végétatifs concomitants.

Y-a-t-il réellement une hémoptysie vaso-motrice pure, dont l'origine réside seulement dans les troubles fonctionnels de la circulation intra-pulmonaire ?

Il existe certainement un important nombre d'hémoptysies à substratum organique, mais dont la lésion est tellement faible et d'apparition si rare, que le diagnostic ne parvient à être fixé que par des examens nombreux et répétés, par des patientes investigations avec des moyens spéciaux. C'est le cas des hémorragies de l'appareil respiratoire provoquées par des varices trachéo-bronchiques, par des ulcérations ou des granulations de l'arbre respiratoire, par des corps étrangers ou par la lithiase broncho-pulmonaire, par des adénomes ou des polypes trachéo-bronchiques (ou d'autres tumeurs méconnues), par un état d'angiomatose hémorragique d'Osler, à localisation respiratoire, qui est plus fréquent qu'on ne le pense, enfin par des états d'avitaminose, sans parler des hémoptysie d'origine circulatoire, en relation avec une lésion certaine de l'appareil cardio-vasculaire mitrale ou aortique), mais parfois non apparente. Une ample littérature médicale existe déjà à ce sujet et ce qui en ressort sourtout c'est la nécessité de faire appel toujours à la bronchoscopie, à l'hématologie, à la radiologie, dans tous les cas où la cause de l'hémoptysie ne s'affirme pas à l'examen commun.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Il y a encore des hémoptysies survenant en relation avec les règles, qu'elles accompagnent ou suppléent, les soi-disant hémoptysies supplémentaires ou vicariantes, bien connues, mais pas toujours à substratum bacillaire. Elles constituent une catégorie intermédiaire, car leur mécanisme de production, évidemment vaso-moteur, est subordonné certainement au jeu des hormones.

Mais il y a des hémoptysies où la recherches la plus méticuleuse et l'analyse la plus sévère ne parviennent pas à déceler la moindre lésion vraisemblablement capable de les justifier : aucun trouble de l'équilibre vitaminique, aucun rapport avec les fonctions endocrines, aucun dérangement de la crase sanguine. Ces hémoptysies se produisent habituellement après des émotions, des excitations psychiques, plus rarement en relation avec des changements de température, ou des conditions météorologiques. Elles s'accompagnent de certains troubles d'ordre végétatif : bouffées de chaleur, transpirations, congestion de la face, tachycardie ou extrasystoles ; par des phénomènes nerveux généraux, tels que tremblements, agitation, état lypotimique etc. Enfin, le patient présente, même en dehors des accidents hémoptoïques, les signes d'un deséquilibre végétatif plus ou moins prononcé : des mains froides, humides, une instabilité cardio-vasculaire évidente, dermographisme vif... C'est à cette catégorie d'hémoptysies qu'on a donné le

nom d'hémoptysies vaso-motrice, en les attachant, au point de vue pathogénique, à des troubles de la circulation intrapulmonaire, subordonnés aux perturbations neuro-végétatives locales et générales.

L'individualité clinique de l'hémoptysie vaso-motrice réside donc, d'une part, dans l'absence de tout substratum organique ou humoral décélable, d'autre part, dans les circonstances d'apparition et dans les particularités du terrain: conditions qui fixent au système vaso-moteur du poumon le rôle déterminant et conditionnel essentiel.

Cette interprétation est parfaitement plausible. Elle est en tout cas logique et vraisemblable. Mais pour les sceptiques, elle présente encore des lacunes: elle manque d'épreuves anatomiques et experimentales. A notre connaissance, on n'a pas réussi à reproduire par expériance ces hemoptysies et on ne possède aucun document anatomique qui en certifierait la réalité. Et l'on serait en droit de se demander s'il ne s'agit, même dans ces cas, de quelques troubles de la paroi vasculaire jouant le rôle de facteur accessoire*).

C'est pour la contribution qu'il apporte au problème physiopathologique de l'hémoptysie vaso-motrice, que nous relatons le cas suivant, étudié par nous.

M-lle M. I. garde-malade, âgée de 33 ans, célibataire, se plaint d'hémoptysies répétées, palpitations, vertiges et asténie.

Les antécédents personnels de la malade sont assez chargés. Les règles ont apparu vers l'âge de 18 ans; on a dû alors intervenir pour qu'elles puissent se manifester, la malade présentant une imperforation de l'hymen. Depuis lors, les menstruations sont généralement abondantes et respectent leur périodicité.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rougeole pendant les premières années de l'enfance, charbon de la main gauche en 1925, erysipèle phlyctenulaire de la face en 1928, ulcère du pylore, diagnostiqué radiologiquement en 1936 et traité médicalement, diphtérie en 1939. En Octobre 1941 et en Juillet 1942 elle a été électrocutée pendant qu'elle manoeuvrait les appareils de radiologie. Après la première electrocution elle avait dû garder le lit pendant 3 jours en état de grande faiblesse; après la deuxième on avait dû avoir

*) La physiologie expérimentale et la pathologie connaissent d'autres modalités d'extravasation sanguine suivie d'expulsion par les voies respiratoires, sans une solution de continuité de la paroi vasculaire et sans une altération capillaire. C'est le cas de l'oedème pulmonaire aigu. L'importance du facteur vaso-moteur dans le déterminisme de ce syndrome, sur lequel on a beaucoup insisté ces dernières années, est bien connue aujourd'hui. Noel-Deschamps a rapporté d'ailleurs un cas d'oedème pulmonaire aigu, chez un jeune homme, se produisant à la suite d'émotions. L'hémosyalemèse de Josserand ou la pituite hémorragique de Mathieu, dont nous avons parlé, constitueraient aussi des extravasations sanguines à travers une paroi vasculaire intacte.

Mais il y a aussi des cas où le facteur vaso-moteur vient déclancher une hémorragie pulmonaire en troublant l'équilibre circulatoire, dans des poumons qui ont souffert ou qui souffrent, dont les vaisseaux sont vraisemblablement altérés. Le facteur vaso-moteur joue dans ces cas un rôle seulement accessoire, déclanchant. C'est ainsi que s'expliquent les hémoptysies dans le cas de Laignel-Lavastine et dans certains cas de Teodorescu.

recours même à la respiration artificielle, la malade restant alitée pendant 7 jours. A la suite de cette deuxième électrocution, apparûrent des palpitations persistentes. En Octobre 1942, une congestion apicale droite.

Antécédents hérédo-colatéraux: le père mort subitement à l'âge de 49 ans; de même, le grand-père et un frère (à l'âge de 2 ans).

C'est depuis Décembre 1943 que la malade a commencé à cracher du sang. Les hémoptysies se répètent à certains intervalles, sont peu abondantes et apparaissent surtout après la fatigue et les chagrins; elles s'accompagnent de palpitations, de gêne respiratoire et de vagues douleurs thoraciques qui irradient dans le membre supérieur gauche; la face rougit sensiblement. Parfois, ces hémoptysies sont précédées d'un état lypotimique, avec paleur intense et transpirations froides. Après avoir éliminé quelques crachats rouges, la malade reste dans un état d'asthénie appréciable pour un certain temps.

L'année dernière, l'état de la malade s'est agravé sensiblement. Les hémoptysies sont devenues plus fréquentes; elles se produisent après les moindres efforts et les émotions les plus légères s'accompagnant de phénomènes neuro-végétatifs accentués: paleur, bouffées de chaleur, congestion de la face, le refroidissement des extrêmités avec transpirations froides. L'asthénie s'est aussi accentuée et la malade est devenue plus irrascible, plus émotive, plus déprimée. Après les repas, elle a de légères sensations de suffocation et la bouche amère. De plus, elle a des palpitations aux moindres efforts ou contrariétés.

Jamais elle n'a eu de fièvre.

A l'examen clinique, ou constate:

Taille petite, débile, habitus asthénique, faciès pâle, des traits marquant une dépression psychique et physique.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Elle se plaint de vertiges et d'asthénie: son appétit et ses digestions sont capricieux.

Appareil circulatoire: le choc apexien dans le cinquième espace intercostal gauche, le coeur dans les limites normales; souffle mésosystolique discret apexien, anorganique, sans propagation. Pouls: couché 66, en orthostatisme 72, après un effort minime 88. Appréciable arythmie respiratoire. Tension artérielle: Mx 11, Mn 7. Le réflexe oculo-cardiaque positif, intense. Dermographisme: la raie vaso-motrice cutanée apparaît après 10 secondes et disparait après $1^1/_2$ minutes.

Rien d'anormal en ce qui concerne les autres organes.

Les examens de laboratoire nous donnent les résultats suivants:

Métabolisme basal + 17%,

La radioscopie et radiographie pulmonaire ne montrent rien d'anormal.

Le coeur présente à l'examen radiologique une faible proéminence de l'arc gauche moyen.

L'examen bactériologique des crachats (prélèvements répétés) montre l'absence du bacille Koch en frottis direct et après homogenisation.

Les réactions de la syphilis sont négatives.

L'urée dans le sang 0,30 gr.; l'acide urique 0,04; la colestérine 1,36.

L'urine ne montre rien d'anormal, à l'examen chimique et microscopique.

L'hémogramme : 6100-6760 leucocytes par mmc. (examens successifs) avec 70% polinucléaires neutrophiles, 1% basophiles, 1% eosinophiles, 26% lymphocytes et 2% monocytes. Les hématies varient de 3.620.000 à 4.370.000 par mmc. (variations pendant quelques mois). L'hémoglobine est de 82-95% et la valeur globulaire oscille autour de 1-1,10 (examens successifs). La vitesse de sédimentation des hématies est de 5 mm. (l'heure première), de 14 mm. (la deuxième heure), de 87 mm. (après 24 heures). Le nombre des trombocytes est de 200.000 par mmc.

Enfin le temps de saignement et de coagulation du sang nous montre des chiffres accrus. Recherché toutes les deux semaines (pendant les mois de juillet et août 1944), le temps de saignement est trouvé de 3 minutes, de 7 minutes et de 10 minutes et le temps de coagulation — à la même époque — est de 17 minutes, de 13 minutes et de 20 minutes. Le signe du lacet est négatif; on ne trouve aucun symptome qui exprime une fragilité vasculaire.

Il n'y a donc que cette faible dyscrasie sanguine et le facteur vaso-moteur neuro-végétatif, très important et dominant les circonstances d'apparition et de manifestation des hémoptysies qu'on peut invoquer pour les expliquer. Leur répétation de plus en plus fréquente et toujours de la même façon n'impressionne plus. La malade les accepte avec indifférence, comme une manifestation inexorable, après tout chagrin soulignant toute contrariété. Ni les sédatifs nervins communs, ni les injections de gluconate de calcium et d'extrait hépatique, qu'on lui fait à titre de stabilisateur de l'état végétatif et peut-être de la crase, n'ont pu changer la physionomie de ces manifestations.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Par malheur, huit mois après, la malade meurt à cause d'une rupture de grossesse extrautérine, avant qu'on ait pu lui apporter un secours médical.

Ce regrettable accident nous donna l'occasion de lui contrôler l'état de l'appareil bronchopulmonaire et du coeur et de constater que ceux-ci étaient indemnes de toute lésion capable d'expliquer les hémoptysies. Par cet examen l'origine anorganique de ces manifestations fut démontrée d'une manière péremptoire.

Ce cas apporte donc l'argument décisif de la nature fonctionnelle, dynamique de certaines hémoptysies, dont l'étiopathogénie vaso-motrice et dyscrasique était fondée jusqu'ici sur des considérations purement cliniques.

* * *

Besançon eé Jaquelin. Hémoptysies et troubles vasro-moteurs, Presse Médicale No. 45-1929. — *Caussade*, Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 15. VI. 1934. — *Teodorescu V.* „Hemoptisiile vasomotorii pure" după intervențiile chirurgicale, Spitalul, No. 12-1936. — *Laignel-Lavastine, Chartrain, M-lle Cachin.* Hémoptysies par émotion, Soc. méd. des hôpitaux, Paris, 6. X. 1939. — *Diaz,* Ueber neuro-vegetative Haemoptisien, Schweiz. med. Wochenschrift, 1940, I. p. 163. — *Carnier H.* Les hémorragies trachéales. Annales d'otolaryngologie, No. 3, 1935. — *Fleschner.* Les hémoptysies be-

nignes d'origine bronchique. Wiener kl. Wochenschrift No. 24, 1937 (ref. Pr. Med.) — *Mc. Gibbon, Baker-Bates.* La bronchoscopie dans les hémoptysies sans manifestations physiques et radiologiques. British Med. Journ. No. 3954-1937. (Ref Pr. Med.) — *Rabino.* Les hémoptysies non tuberculeuses, Minerva medica No. 24. 1932 (Ref. Pr. Med.) — *Sergent, Mignot, Poumeau-Delille.* Les hémoptysies des corps étrangers et des pierres du poumon. Journ. de Med. et de Chir. pratique, No. 9, 1934. — *Jersild.* Hémoptysies et infiltration du poumon causées par les avitaminoses. The Lancet, No. 6029-1939 (Ref. Pr. Med.) — *Speidel.* Hémoptysie précédant les règles. Medizinische Klinik. No. 43, 1937 (Ref. Pr. Med.) — *Cordier, Lageze, Mounier-Kahn.* Hémoptysies dans l'angiomatose hémorragique d'Osler. Soc. méd. Lyon. 19, II. 1935 (Ref. Arch. Med. Cair, app. resp. 1936). — *Guggisberg.* Hémorragies de l'arbre trachéo-bronchique et maladie d'Osler. C. rendu. Congr. des O. R. L. Suisse 1942 (Ref. Schw. med. Wchschr. 1943).

In dieser Arbeit beschäftigen sich die Verfasser mit den vasomotorischen Lungen-blutungen, welche sie, durch ein kontrollierten Fall (Sektion) demonstrieren.

In questo lavoro gli autori discutono la problema della emottisia vasomotoria di cui esistenza e dimostrata con un caso controllato a la necropsia.

Centrul pentru Ocrotirea Copiilor şi
Spitalul de Medicină Infantilă-Timişoara.

Biblioteca Universității din Cluj

SIMPLIFICĂRI IN DOZAJUL MEDICAMENTELOR LA SUGARI ŞI LA COPII

de

D-r A. I. ZORAN şi D-r N. ZORAN-TOADER

In dozajul medicamentelor la sugari şi la copii, medicii au întâmpinat multe dificultăţi. Sensibilitatea exagerată a sugarilor şi copiilor mici afară de unele medicamente, cum sunt opiatele, pe de altă parte toleranţa relativ mare faţă de altele, cum sunt paralizantele vagului (hipervagotonia relativă a sugarului), au pus pe medici în situaţia de a oscila între două extreme, sau de a da doze prea mici, deci ineficace, sau a da doze prea mari, deci nocive sau eventual chiar fatale.

Tendinţele de a simplifica dozajul medicamentelor la copii, s'au îndreptat în trei direcţii: Unii autori recomandă să se calculeze doza pe ani de vârstă, luând ca doză de bază doza adultului, din care culculează apoi doza la diferite vârste, folosind anumite formule. Prin aceste calcule, unii autori ajung la concluzia că dozele la vârsta de 1 an ar fi 1/13 din

BIBLIOTECI UNIVERSITĂȚII DIN CLUJ

doza adultului (Pfaundler, Lust, Feer, Rominger, etc.), după alţii 1/10—1/7 (Fr. Schelong).

Alţii determină în mod empiric (experimental) dozele pe diferite grupe de vârstă: 1, 2, 3, şi notează în dreptul fiecărui medicament, doza potrivită fiecărui grup de vârstă. In sfârşit, în ultimul timp se observă tendinţă de a doza unele medicamente pe kgr. greutate corp: dozarea digitalei după formula lui Eggleston la adulţi, dozarea sulfatului de magneziu, a unor narcotice, sulfamidelor, etc., la copii. Din aceste trei metode, determinarea experimentală a dozei pe grupe de vârstă, am considerat-o ca cea mai reală.

Urmărind dozele date de diferiţi autori, am constatat că mulţi dau dozele determinate empiric (experimental) pe grupe de vârstă şi anume: 1. 4—12 luni (Feer, Lust, Pfaundler, Rominger, etc.), şi 2, 2—5 ani (începutul anului al doilea până la sfârşitul anului cinci (Pfaundler, Lust, Feer, etc.). Aceşti autori dau pentru majoritatea medicamentelor câte două doze la fiecare grupă de vârstă, o doză mai mică şi una mai mare. Noi am considerat, cum este şi logic, doza mai mică, doza corespunzătoare limitei inferioare acelui grup de vârste, iar doza cea mare, doza corespunzătoare limitei superioare. De exemplu: aspirină I=0,03—0,10 gr., adică 0,03 la 4 luni. ori 0,10 la sfârşitul anului 1, sau cloralhidrat I=0,2—0,5, II=0,5—1,0 gr.; adică 0,5 la începutul anului 2 şi 1,0 la sfârşitul anului 5.

Luând de bază doza corespunzătoare anului I, determinată experimental (empiric) am verificat care din celelalte două metode este mai bună, calcularea pe ani de vârstă sau calcularea pe kg. greutatea corp. Am comparat doza anului întâiu cu doza obişnuită (nu cea mare) a adultului date de Bamberger, Feer, Pfaundler-Iancu şi în parte de tratatele lui Apert şi Nobecourt, iar doza adultului pe lângă aceste tratate în formularele lui Fritz Schellung şi Herzen (vezi bibliografia). Confruntând aceste doze la peste 500 de medicamente, am ajuns la concluzia, că la 73—82% din medicamente doza de 1 an reprezintă 1/5 din doza adultului, la 7—21% reprezintă 1/2 din doza adultului şi 6—11% reprezintă 1/10—1/15 din doza adultului. Deci majoritatea medicamentelor (peste 70%) se dau la sfârşitul anului 1 în doză de 1/5 din doza obişnuită a adultului.

Pornind tot dela doza anului 1, am verificat metoda de a calcula doza pe ani de vrâstă şi am ajuns la concluzia că acest sistem are două alternative ambele greşite. Intr'adevăr dacă se ia doza anului întâiu (determinată experimental) şi se înmulţeşte cu anii de vârstă se ajunge la doze prea mari pentru vârste mai mari. Spre exemplu antipireticele (aspirina, chinina, salicilatul de sodiu, etc.) se dau la 1 an în doze de 0,05—0,10 gr. pro dozi, × 3 pro die, această ar în-

semna la 10 ani 0,50—1 gr. × 3 la zi, deci doze prea mari, alte medicamente ca: santonina (1 = 0,01 × 2, la 10 ani = 0,10 × 2) sau digitala (pulvis foliae digitalis, 1 = 0,02, la 10 ani 0,20) ar ajunge la doze aproape fatale.

Dacă se ia de bază formula dată de mai mulţi autori: Doza = Doza adult $\times \frac{\text{anii}}{\text{anii} + 12}$; se ajunge la extrema opusă, adecă la doze prea mici pentru anul 1. — (aspirina adult = 0,50, 1 = 0,03).

Verificând metoda de a calcula pe kgr. greutate corp, am ajuns la concluzia că această metodă dă dozele cele mai apropiate de cele determinate empiric (experimental).

Având în vedere că dozele la vârsta de 13 ani, date de autorii amintiţi, se apropie de cele ale adultului, diferind de acesta cam cu 1/5, apoi că greutatea la 15 ani, este de aproximativ 50 kgr. (Schlessinger 53,6, Pirquet 45,6) şi este mai mare ca greutatea la 13 ani tot cu 1/5, am considerat doza la 15 ani împliniţi egală cu doza obişnuită (nu cea mare) a adultului.

Considerând greutatea la 1 an egală cu 10 kgr. (Schlessinger 9,8, Pirquet 9,5), şi faptul că în majoritatea cazurilor doza anului 1 este în general 1/5 din doza adultului, am ajuns la următoarea formulă de calculat doza pe kgr. greutate de corp: reprezentând cu D doza de calculat, cu 1 doza la sfârşitul anului 1 (determinat empiric-experimental) şi cu kgr. greutatea corpului în kgr., avem: $D = 1 \times \frac{\text{Kgr.}}{10}$

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această formulă în care doza de calculat este egală cu doza la 1 an înmulţită cu greutatea corpului împărţită la 10, se poate aplica începând dela vârsta de nou născut până la vârsta de 15 ani (inclusiv prematuri, debili congenitali, bineînţeles pentru medicamentele care se dau şi la această vârstă) pentru toate medicamentele a căror doză la sfârşitul anului 1 este 1/5 din doza adultului (peste 70%).

Pentru eventualitatea că nu cunoaştem greutatea corpului, aceasta se poate calcula prin formula cunoscută G = 2 × Anii + 8, formulă care dă greutatea din tabele până la vârsta de 10 ani, peste 10 ani la cifra găsită trebue adăogate câte 2 kgr. de fiecare an ce trece peste 10.

Iată acum câteva exemple pentru a ilustra formula dată mai sus: Antipirina se dă la vârsta de 1 an în doză de 1 = 0,10 gr. (doză determinată experimental), un copil de 2 kgr. va primi deci D = 0,10 × 2 : 10 = 0,02 gr.; un copil de 7 ani (greutatea 22 kgr.) D = 0,10 × 22 : 10 = 0,22 gr.; un copil de 15 ani (greutatea 48 kgr.) D = 0,10 × 48 : 10 = 0,48 gr. (adult = 0,50).

Din cele 200 medicamente cuprinse în tabela pe care o dăm mai jos, 87% se încadrează în această formulă. Formula

mai are avantajul că, duce la evitarea unor grosolane greşeli, cum ar fi de ex. a da unui atrofic de 4 kgr. în vârstă de 1 an şi 6 luni, doza corespunzătoare vârstei, doză care îi poate fi fatală.

Pentru şi mai multă simplificare, peste vârsta de 1 an, se poate proceda şi în felul următor: Greutatea fiind la 1 an aproximativ 10 kgr., la 5 ani 20 kgr., la 10 ani 30 kgr., la 13 ani 40 kgr. şi la 15 ani 50 kgr., înseamnă că doza va fi la 5 ani = 1 × 2, la 10 ani = 1 × 3, la 13 ani = I × 4, la 15 ani = 1 × 5, iar pentru vârstele intermediare, dacă trec jumătate distanţa dintre un grup de vârstă şi cel următor, se adaugă la doza grupului inferior încă jumătate din doza 1 (s. ex. la 8 ani D = 1 × 2 + ½). Cu alte cuvinte vom da de atâtea ori doza I câte zeci de kgr. are copilul, plus încă jumătate din doza I pentru greutăţile intermediare mai mari de 5 kgr. (la 45 kgr. D = 1 × 4 + ½).

Există unele medicamente care nu se administrează decât după vârsta de 1 an, nefiind tolerate sub această vârstă. Dintre aceste medicamente multe se pot încadra în formula dată mai sus. Pentru a şti dacă un astfel de medicament se încadrează sau nu în formulă, trebue să căutăm proporţia dintre doza acelui medicament la acea vârstă, şi doza adultului. Vom împărţi doza dată pentru grupul de vârsta corespunzător II, III cu 2, 3, şi vom afla cât ar fi doza virtuală la 1 an, dacă aceasta este 1/5 din doza adultului, medicamentul intră în formula (Theophilin natrium aceticum II = 0,10, adult = 0,25, I ar fi II : 2 adică 0,05, deci 1/5 din doza adultului, deci medicamentul intră în formulă, luându-se ca bază de calcul această doză virtuală a anului I, spre ex. la 10 ani D = 0,05 × 30 (kgr.): 10 = 0,15 gr.).

Acum ne vom ocupa de acel mic procent de medicamente, cari fac excepţie dela formula de mai sus. Aci va trebui să luăm în considerare două grupe de medicamente: grupa 1-a: cuprinde medicamentele faţă de cari sugarii şi copii mici prezintă o mare toleranţă, cum sunt vitaminele, extractele de organe şi alte câteva medicamente. In aceste cazuri, doza la sugari este jumătate din doza adultului. Ele reprezintă 13—21% din medicamentele extrase de autorii amintiţi. Doza peste vârsta de 1 an se calculează la aceste medicamente; la 5 ani 2/3 din doza adultului, la 10 ani ca la adult.

Grupa 2-a: cuprinde medicamentele faţă de cari sugarii prezintă o mare sensibilitate şi cari trebuesc date în doze mai mici, cum sunt opiatele (morfină, codeină, dionină, laudanon), apoi oleum chenopidii antihelminticum, pilocarpina, etc. Ele sunt puţine reprezentând 6—11% din medicamentele

amintite. Numai acestea din urmă corespund metodei de a doza pe anii de vârstă, adică D = 1 × anii.

La această grupă din urmă, calculul prin formula dată se va modifica în sensul că rezultatul din formulă se înmulţeşte cu 2, pentru cele cu doza 1 = 1/10 din doza adultului şi cu 3 pentru cele cu doza 1 = 1/15 din doza adultului, adică notând indicele: (2, 3, etc.) cu N. avem: D = (1 × kgr. : 10) × N şi scădem din rezultatul astfel obţinut doza anului 1. Pentru adnotare mai simplă se poate scrie în dreptul fiecărui medicament indicele: (1) pentru cele care intră în formulă, (2) pentru cele unde rezultatul se înmulţeşte cu 2, (3) pentru cele unde se înmulţeşte cu 3. Pentru medicamentele cu indicele N = 3, în primii 4 ani, se va scădea doza anului 1 × 2. In rezumat D = [1 × (kgr. : 10) × N] — I, iar sub 4 ani, la medicamentele cu N = 31 D = [1 × (kgr. : 10) × N] — 2 I, sau: D = 1 × ($\frac{\text{Kgr.} \times \text{N}}{10}$ = 1 sau 2).

De ex. codeinum phosporicum (2) : 1 = 0,005 gr. înseamnează că rezultatul din formulă se va înmulţi cu 2, scăzând apoi doza anului I, pentru copii sub 4 ani sau 16 kgr.

Sub vârsta de 1 an sau sub greutatea de 10 kgr., formula rămâne aceiaşi pentru toate categoriile de medicamente, deci nu se înmulţeşte rezultatul. Pentru copii cu greutăţi normale, doza se poate calcula şi printr'o formulă mai simplă, dând aproape acelaşi rezultat: D = 1 × $\frac{\text{Anii} \times \text{N}}{3}$ formulă valabilă pentru toate medicamentele, cu excepţia primilor 4 ani, pentru medicamentele cu indicele N = 1, unde pentru anii 2—3—4: D = I × 1, 2—1, 4--1, 6.

Dăm alăturat un tabel cuprinzând 200 medicamente uzuale, dozele lor pentru vârsta I sau II (pentru cele care nu se dau la sugari), cu indicele faţă de formulă şi cu doza comparativă a adultului (indicând de câte ori este mai mare doza adultului faţă de doza anului I, etc.).

Iată şi explicarea prescurtărilor din tabel: Incepând cu I, II, înseamnă că medicamentul respectiv se dă începând cu grupa I sau II-a de vârstă. Doza dată în tabel reprezintă doza vârstei maxime din acea grupă de vârstă (I = Doza la 1 an, II = Doza la 5 ani). Pentru tablete, unii autori obişnuesc să dea doza în 1/2, 1/4 sau 1/8 tabletă, fiindcă tabletele sunt mai uşor de divizat în acest fel. Sugarii suportă bine şi aceste doze, cari devin 1/4, 1/8, 1/16 din doza adultului, se pot calcula şi ele după formulă, considerând însă doza la 13 ani cu doza adultului (adică doza dela 13 ani va fi doza şi la 15 ani).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicamentul	Indicele formulei	Incepând cu I.	Incepând cu II.	Doza	La zi.	Concentrația	Doza adultului = 1 x.	Calea de administrare	Observații
Adalin	1	„	—	1/4 T	3	—	4	P. O.	
Acid acetylosalicylic	1	„	—	0,10 gr	3	—	5	„	
Acid dietylbarbituric	1	„	—	0,10 gr	1	—	5	„	
Acid hydroclor dilut.	1:2	„	—	10 gtte	3	12%	2	„	
Adrenalina	1	„	—	0,2 cc	1-3	1%	5	sc.	
Allional	1	„	—	1/2 T	1	—	4	P. O.	
Allisatin	1	—	„	1 T	3	—	4	„	
Aluminii subacet. gelonida	1	—	„	0,50 gr.	3	—	5	„	
Amonii anisati liquor	1	„	—	2 gtte.	3	—	5	„	în soluții
Anaestesin	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	
Antipyrin	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	
Asmatrin	1	—	„	0,4 cc,	1	—	5	sc. im.	
Astmolysin	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	„	
Atophanyl	1	—	„	4,0 cc.	1	—	5	iv.	
Atropinum sulfuricum	1	„	—	0,15 mgr.	1-3	—	5	P. O. sc.	în sol. 1%
Bayer 205=germanin	1	„	—	2 cc.	1	10%	5	iv.	
Belladonnae extractum	2	„	—	3 mgr.	3	—	10	P. O. sp.	
Bellafolin	1	„	—	4 gtte.	3	0,5%	5	P. O.	
Bensolum (ol. olivaraa)	1	—	„	4-8 gtte.	5	—	5	P. O.	
Bismogenol	1	„	—	0,2 cmc.	1	5%	5	im.	
Bismutum subsalicylic	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	P. O.	
Chineonal	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	P. O.	
Bismutum subgallicum	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	P. O.	
Betaxin	1:2	„	—	0,5 cc.	1	4%	2	sc. iv,	
Belladonnae tinctură	1	„	—	4 gtte.	3	—	5	P. O.	
Borovertin	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	
Bromural	1	„	—	1/4 T.	3	—	4	„	
Calcium glycerinophos.	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	sol. sirop
Calcium hyphosphorosuml	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	„ „ 2 unit. șoar.
Cortigen, Cortidyn	1	—	„	1,0 cc.	2	—	2	im.	
Corpus luteum	1	—	„	1 T.	3	—	4	P. O.	
Ceffero	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	iv.	sirop 1/2 lgt.
Calcium bromatum	1	„	—	0,5 gr.	3	—	5	P. O.	
Calcium chloratum	1	„	—	0,5 gr.	4	—	5	„	
Calcium Sandoz (gluc. 10%)	1	„	—	1-2 cc.	1	—	5	im. iv.	
Camphoratum oleum	1	„	—	1 cc.	1	10%	5	im.	
Campolon	1:2	„	—	1 cc.	1	—	2	im.	
Cantan, Cebion	1:2	„	—	1 cc.	1	—	2	iv.	
Carbo medicinalis	1	„	—	5 gr.	1	—	5	P. O.	în ceai
Cardiazol, Cordisan	1:2	„	—	10 gtte.	3	—	2	„	
Cardiazol dicodid	1	„	—	3 gtte.	3	—	5	„	
Chenopodii antihelminticum oleum	3	—	„	5 gtte.	1	—	15	„	
Chinae tinctura comp.	1	„	—	10 gtte.	3	—	5	„	
Chinidinum basicum	1	—	„	0,10 gr.	3	—	5	P. O.	
Chininum hidrocloric.	1	„	—	0,05 gr.	3	—	5	„	
Chininum tanicum	1	„	—	0,20 gr.	3	—	5	„	
Chloralum hydratum	1	„	—	0,50 gr.	1	—	5	cl.	
Choleval	1	—	„	2 cc.	1	1%	5	iv.	
Cibalgin	1	—	„	15 gtte.	1	—	5	P. O.	1/2 Tx. 3
Clauden	1	„	—	2 cc.	1-3	—	5	im.	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicamentul	Indicele formulei	Incepând cu I.	Incepând cu II.	Doza	La zi	Concentrația	Doza adultului = 1 x.	Calea de administrare	Observații
Coagulen	1	„	—	2 cc.	1-2	3%	5	im.	
Cocainum hydrocloric.	1	„	—	0,01 gr.	1-2	—	5	sp.	
Codeinum phosphoric.	2	„	—	3 mgr.	3	—	10	P. O.	
Codeonal	1	—	„	1/2 T.	1	—	4	„	
Coffeinum natr. benz.	1	„	—	0,05 gr.	3	—	5	P. O. im.	
Coffeminal	1	—	„	1/2 T.	1-2	—	4	P. O.	
Collargol	1	—	„	2 cc.	1	—	5	iv. im.	
Coramin	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	P. O.	
Digitalis folia pulv. (tit)	1	„	—	2-1 ctg.	3-1	—	5	im. po.	
Dionin	2	„	—	0,002 gr.	1-3	—	10	P. O.	
Doralgin	1	—	„	10 gtte.	3	—	5	„	
Drositym	1	„	—	2 gtte.	2	—	5	„	
Decholin	1	—	„	2 cc.	1	—	5	iv.	
Dijodthyrosin	1	—	„	1/2 T.	1	—	4	P. O.	
Dolantin	1	„	—	3 gtte.	3	—	5	„	soluție
Eumydrin	1	„	—	0,3 mgr.	3	—	5	„	6 gtte. 1‰
Ephetonin	1	„	—	0,01 gr.	3	—	5	„	
Euphylin	1	„	—	0,10 gr.	2-3	—	5	sp. in.	
Evipan	1	—	„	1/2 T.	1	—	4	P. O.	
Ephedrin	1	„	—	0,01 gr.	3	—	5	sc. P. O.	
Eldoform	1	„	—	0,20 gr.	3	—	5	P. O.	
Eunarcon	1	„	—	1 cc.	1	10%	5	iv.	
Eubasinum, Eleudron	1	„	—	0,25 gr.	4	—	5	im. P. O.	
Emetinum hydrcloric.	2	„	—	5 mgr.	1	—	10	iv. im.	
Foliculin Menformon	1	„	—	1000 u.	1	—	5	im.	
Ferro 66	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	P. O.	
Ferri jodati sirupus	1	„	—	10 gtte.	3	—	5	„	
Feomettae	1	„	—	1/2-1 T.	3	—	5	„	
Ferrum carbonic. sachar.	1	„	—	0,30 gr.	3	—	5	„	
Ferrum reductum	1	„	—	0,10 gr.	3-6	—	5	„	
Filicis maris extract.	1	—	„	0,7 gr.	3	—	5	„	
Filmaron-Öl	1	—	„	2 gr	2	—	5	„	
Gynergen	1	„	—	1 ctg.	1	—	5	„	1 ctg.=1 T.
Gardan	1	—	„	1/2 T.	3	—	4	„	
Guajacolum carbonicum	1	—	„	0,20 gr.	3	—	5	„	
Haemostaticum Nordmarck	1	—	„	2 cc.	1	—	5	iv.	
Helmitol	1	„	—	0,15 gr.	3	—	5	P. O.	
Hepatopson, Hepatrat	1:2	„	—	1 cc.	1	—	2	im	
Hexamethylentetramin	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	iv. P. O.	
Hexeton	1	„	—	0,4 cc.	3	—	5	im.	
Hidrargyrum bichlorat.	1	„	—	0,1 cc.	1	2%	5	im.	
„ chlorat. (calomel)	1	„	—	0,2 cc.	1	5%	5	im.	
„ jodatum flavum	1	„	—	5 mgr.	3	—	5	P. O.	
Hypophyzin	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	sc.	
Icoral	1	„	—	0,2 cc.	1	5%	5	im.	
Iminol	1	„	—	1/4 T.	1-2	—	5	P. O.	
Ipecacuanhae radix	1	—	„	0,02 gr.	3	—	5	„	infuzie
Pulv. ipeca. opiatus	1	—	„	0,10 gr.	3	—	5	„	
Iodothyrin	1	—	„	1/2 T.	1	—	4	„	
Isticin	1	„	—	1/2 T.	1	—	4	„	
Kalium bromatum	1	„	—	0,20 gr.	4	—	5	„	
Kalium jodatum	2	„	—	0,05 gr.	3	—	10	„	guşe 1 mg.
Kongorot	1	—	„	2 cc.	1	—	5	iv.	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicamentul	Indicele formulei	Incepând cu I.	Incepând cu II.	Doza	La zi	Concentrația	Doza adultului = 1 x.	Calea de administrare	Observații
Kaolinase	1	—	„	5 gr.	2-3	—	4	P. O.	
Liquor ar. Fowleri 33%	2	„	—	1-3 gtte.	3	—	10	„	
Lubisan	1	—	„	8 gr.	1	—	5	„	= 2 măsuri
Laudanon (Boehringer)	3	„	—	1 gtte,	1-3	2%	15	P. O.	
Liquiritiae pulv. comp.	1	„	—	1 gr.	1	—	5	„	
Lobelin	1:2	„	—	0,5 cc.	1	1%	2	sc.	
Lubrokal	1	„	—	1/2 T.	1	—	4	P. O.	
Luminal	1	„	—	0,05 gr.	1	—	5	sc.	
Lutren	1	—	„	0,5 cc.	1	—	4	im.	
Medinal	1	„	—	0,10 gr.	1	—	5	P. O.	
Mag. pulv. cum. Rheo	1	„	—	1,0 gr.	1	—	5	„	
Magnesium sulfuricum	1	„	—	10 cc.	3	20%	5	im.	purg. II = 1 lgt.
Morphinum hydrochloricum	3	(„)	—	(0,5 mgr)	1	—	15	sc.	I = exceptional
Mucin, Mucotrat	1	—	„	2 gr.	3	—	5	P. O.	
Natrium bromat	1	„	—	0,20 gr.	3	—	5	„	epilepsie x. 2
Natrium citricum	1	„	—	0,50 gr.	4	—	5	„	
Natrium salicylicum	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	reumatism x. 2
Natrium sulfuricum	1	—	„	1 lgtă.	1	—	5	„	
Natrium thiosulfat	1	„	—	1 cc.	1	20%	5	iv.	0,20 gr. p. o.
Nautisan	2	„	—	0,05 gr.	1-3	—	10	sp.	1 sp. sugar
Neosalvarsan	1	„	—	5-15 ctg.	1	—	5	iv.	seria=0,10 gr/kg
Noctol	1	„	—	1/2 T.	1	—	4	P. O.	
Novasurol	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	im.	
Novocain	1	—	„	2 cc.	1	0,5%	5	sc. im.	I=5 mgr. p. o.
Novalgin	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	P. O.	
Nucleotrat	1	—	„	2-4 cc.	1	—	5	im.	
Ol. jecoris (standardis)	1	„	—	1 lgtă.	3	—	5	P. O.	
Opii tinctura bensoica	1	—	„	14 gtte.	1-3	—	5	„	
Padutin	1	—	„	5 gtte.	3	—	4	„	
Pancreas glycerin	1	—	„	1/2 T.	3	—	4	„	
Pernaemyl, Pernaemon	1:	„	—	1 cc.	1	—	2	im.	
Pantopon	2	—	„	0,2 cc.	1	—	10	sc.	
Papaverinum	1	„	—	0,01 gr.	3	—	5	sc. P. O.	
Parafinum liquidum	1	„	—	1 lgtă.	1-2	—	5	P. O.	
Peremesin	1	„	—	1/2 T.	2	—	5	„	
Pepsin glycerin Grübler	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	„	
Pernocton	1	„	—	0,3 cc.	1	—	5	im.	narcoză=1 cc.
Phanodorm	1	—	„	1/2 T.	1	—	4	P. O.	
Phenacetin	1	—	„	0,20 gr.	3	—	5	„	
Physostigminum salycil.	1	—	„	0,5 mgr.	1	—	5	P. O. sc.	
Pilocarpinum hydrochlor	2	„	—	1 mgr.	1	—	10	sc.	
Pituglandol, Pituitrin	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	sc.	
Prolan	1	—	„	2 cc.	1	—	5	im.	
Prominal	1	„	—	1/4 T.	3	—	4	P. O.	
Prontosil	1	„	—	1/2 T.	4	—	4	„	
Prostigmin	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	im.	
Pyramidon	1	„	—	0,05 gr.	3	—	5	P. O.	reumatism x. 2
Quotientin	1	—	„	0.2 cc.	1	—	5	sc.	
Rectidon	1	„	—	1/2 sp.	1	—	5	sp.	1 cc. microclis
Ricini oleum	1	„	—	5 gr.	1-2	—	5	P. O.	
Sal carolinum fact.	1	—	„	1 lgtă.	1-2	—	5	„	
Salol	1	„	—	0,10 gr.	4	—	5	„	
Salvysatum Bürger	1	—	„	10 gtte.	3	—	5	„	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicamentul	Indicele formulei	Incepând cu I.	Incepând cu II.	Doza	La zi	Concentrația	Doza adultului = 1 x.	Calea de administrare	Observații
Salyrgan	1	—	„	0,4 cc.	1	—	5	im.	
Santonin	1	„	—	0,01 gr.	3	—	5	P. O.	
Sanarthrit	1	—	„	0,4 cc.	1	—	5	iv.	
Scillaren	1	—	„	10 gtte.	3	—	4	P. O.	
Sedormid	1	„	—	1/2 T.	1	—	4	„	
Senegae radix extract.	1	„	—	4 gtte.	3	—	5	„	
Sirolin Roche	1	—	„	1 lgtă.	3	—	5	„	
Somnacetin	1	„	—	5 gtte.	1	—	5	„	
Somnifen	1	„	—	5 gtte.	1	—	5	„	
Strophanti tinctura titr.	1	—	„	4 gtte.	3	—	5	„	
Strophantin Boehringer	=								+10cc—glucoză.
Kombetin	1	—	—	0,2 cc.	1	0,5‰	5	iv.	
Strophantinum compsit.	1	„	„	0 4 cc.	1	—	5	iv.	
Strychninum nitricum	1	„	—	0,2 cc.	1-3	1%	5	sc.	
Strychni tinctura	1	„	—	3 gtte.	3	—	5	„	
Stryphnon	1	„	—	0,5 cc.	1	—	5	im.	
Suprarenin	1	„	—	0 2 cc.	1-3	—	5	sc.	
Sympatol	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	P. O.	0,200 6% sc
Synthalin B.	1	„	—	5 mgr.	1	—	5	„	
Synkavit	1:2	„	—	10 mgr.	1	—	2	im.	= 1 fiolă
Tanalbin	1	„	—	0.20 gr.	3	—	5	P. O.	
Tanismut	1	—	—	0,20 gr.	3	—	5	„	
Tartarus boraxatus	1	—	„	0,30 gr.	3	—	5	„	în soluție
Terpinum hydratum	1	„	„	0,20 gr.	3	—	5	„	
Theobrominum natr. salic.	1	„	—	0,10 gr.	3	—	5	„	
Theophylin natr. acet.	1	—	„	0,10 gr.	3	—	5	„	
Thymipin	1	„	—	3 gtte.	3	—	5	„	
Thymi sirupus comp.	1	„	—	20 gtte.	3	—	5	„	
Thyreoidinum sicum	1:2	„	—	0,05 gr.	1	—	2	„	
Thyroxin Roche	1	—	„	10 gtte.	1	—	4	„	
Tonicum Roche	1	—	„	1/2 lgt.	3	—	4	„	
Tonophosphan	1	„	—	0,2 cc.	1	—	5	im.	
Torantil	1	„	—	0,5 cc.	1	—	5	P. O.	
Transpulmin	1	„	—	0,5 cc.	1	—	5	im.	
Trypaflavin	1	„	—	1 cc.	1	—	5	im.	
Tussamag	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	P. O.	
Uretan	1	„	—	0,5 gr.	1	—	5	„	clismă
Uzara	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	„	
Ureea	1	—	„	5 gr.	4	—	5	„	
Valerianae tinctura	1	„	—	5 gtte.	3	—	5	„	
Verodigen	1	„	—	2-1 granl	3-1	—	5	„	granule
Veriazol	1	„	—	2 gtte.	3	—	5	„	
Vasano	1	„	—	1/4 sup.	1-6	—	4	sp.	
Veramon	1	—	„	1/2 T.	1-3	—	4	P. O.	

Concluzii: Făcând o privire de ansamblu asupra celor expuse, ajungem la următoarele concluzii:

Dintre metodele întrebuințate până în prezent, pentru dozajul medicamentelor la sugari și la copii, metoda care dă valorile cele mai apropiate de dozele determinate empiric-experimental este dozarea pe kgr. greutate corp.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Având în vedere că doza la vârsta de 1 an este în general 1/5 din doza obişnuită (nu cea mare) a adultului şi că această doză variază proporţional cu greutatea, dozajul pentru diferite vârste se poate exprima prin formula D = I × kgr. : 10.

Această formulă se poate aplica şi medicamentelor cari fac excepţie şi a căror doză la 1 an nu este 1/5 din doza obişnuită a adultului şi anume: Inmulţind rezultatul din formulă cu 2 pentru cele a căror doză 1 = 1/10 din doza adultului şi cu 3 pentru cele cu 1 = 1/15 din doza adultului, şi scăzând din rezultat doza anului I, sau: $D = I \times \frac{Kgr. \times N}{10} =$ 1 sau 2).

Am expus această metodă pentru a uşura sarcina medicului practician şi dozajul atât de dificil al medicamentelor, la diferite vârste. Formula expusă de noi nu este absolută, dar este practică, fiind valabilă pentru majoritatea medicamentelor întrebuinţate în uzul curent.

Oricare ar fi metoda de dozare, ea trebue subordonată simptomelor clinice, ţinând cont mai ales de constituţia copilului, de starea de nutriţie şi de gravitatea bolii.

BIBLIOGRAFIE: E. APERT: Maladies des enfants ed. IV. — PH. BAMBERGER... A. WISCOTT: Lehrbuch der Kinderheikunde 1942. — E. FEER: Lehrbuch der Kinderheikunde ed. XIII. 1941. — V. HERZEN: Guide formulaire de thérapeutique ed. XV. 1938. — F. LUST: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten ed. IX. 1936. — P. NOBECOURT: Précis de médecine des enfants ed. X. 1939. — M. V. PFAUNDLER-IANCU: Boale de copii 1946. — FR. SCHELLONG: Taschenjahrbuch de Therapie 1943.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrare din Spitalul de Stat Caransebeş
Secţia de Medicină şi Pediatrie
Medic Primar Director: D-r Ion Adam

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNOR CAZURI DE FEBRĂ RECURENTĂ CU TABLOU DE ICTER GRAV

de

D-r ION ADAM şi **D-r STEFAN KELLNER**
Medic primar Medic secundar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Consideraţiuni asupra unor cazuri de febră recurentă cu tablou de icter grav. Autorii după câteva consideraţiuni generale asupra febrei recurente în care constată raritatea complicaţiei cu icterul grav, descriu şi comentează două cazuri de spirochetoză Obermeyer, evoluând cu tablou grav de insuficienţă hepatică.

In concluzii se accentuează necesitatea diagnosticului diferenţial cu recurenta în icterele grave cu debut sau cu puseuri febrile cât şi eficacitatea tratamentului cu salvarsan, aparent contraindicat din cauza leziunei hepatice.

Odată cu marile mişcări de populaţie, febra recurentă s'a răspândit din ce în ce mai mult în regiunile noastre. După o incubaţie de 5—7 zile, boala evoluează cu tabloul clinic bine cunoscut cu 3,4 uneori 5 recidive extrem de variabile atât ca număr cât şi ca intensitate. In mod obişnuit primul acces durează în medie 5—7 zile, următoarele sunt din ce în ce mai scurte, variind aproximativ între 2—4 maximum 6 zile. Paralel cu scurtarea duratei acceselor se observă o prelungire a intervalului afebril dintre ele şi anume: dela 4—6 zile cât este în medie dela primul la al doilea, la 8—10—12 zile între accesele următoare. (Jochman).

In evoluţia bolii pot surveni o serie de complicaţii reuşind uneori să mascheze afecţiunea de bază. Cele mai frecvente sunt:

edemele, epistaxisul, şi diateza hemoragică, apoi bronşita, pneumoniile, lobare şi lobulare, enterita disenteriformă, nefrita hemoragică şi însfârşit subicter sau icter. Cu mult mai rar se observă meningita şi icterul pronunţat cu caracter grav de insuficienţă hepatică.

Forma icterică gravă a febrei recurente a fost descrisă prima dată de Griesinger în Egipt sub numele de tifoidă bilioasă. Tabloul descris de el se caracterizează printr'un icter foarte intens care apare la câteva zile dela debutul febrei cât şi printr'o stare tifică pronunţată, însoţită de o scădere rapidă a forţei cardiace. Adesea a observat şi vărsături şi diarei cu caracter disenteriform şi fenomene de nefrită hemoragică. După apariţia icterului, starea tifică se accentua, apărea o somnolenţă adâncă sau delir, diateză hemoragică, fenomene de insuficienţă hepatică gravă, insuficienţă circulatoare şi moarte.

Mai târziu, odată cu delimitarea clinică a icterului infecţios de către Weil, şi mai târziu de Fiedler, s'a contestat legătura cazurilor descrise de Griesinger cu febra recurentă. Unii autori ca Brugsch, Hubner şi Matthes, le consideră simple cazuri de icter infecţios deşi nu neagă posibilitatea de a fi fost cazuri de febră recurentă complicate cu icter, R. Staehelin înclină în schimb spre o identitate a febrei bilioase cu febra recurentă complicată cu icter. Această identitate este confirmată dealtfel de o experienţă mai veche, a lui Moczutkowsky care inoculând unui om sângele unui bolnav de febră biloasă, a obţinut o febră recurentă obişnuită fără icter.

Spre deosebire de evoluţia de mai sus observată în Egipt, la cazurile din Europa autorii sunt de acord, că deşi subicter, sau chiar un icter mai redus se observă adesea în cadrul simptomatic al spirochetozei lui Obermeyer, însă fenomenele de icter pronunţat, combinate cu fenomene cu insuficienţă hepatică gravă sunt extrem de rare şi aparţin numai formelor celor mai grave de boală.

Mai jos redăm observaţiile noastre asupra a două cazuri de acest fel.

In **primul caz** observat de noi este vorba de un pacient B. D., de 21 de ani, muncitor la şantierele CFR. Valea Popii, jud. Severin, care intră în serviciul nostru la 23 N-vrie 1946, pentru febră ridicată, cefalee, dureri muschiulare şi o culoare icterică a tegumentelor.

In **antecedentele heredo-colaterale şi personale** nu găsim nimic deosebit. Nu e fumător şi nu a uzat de alcool.

Boala actuală datează de 3 zile când a debutat brusc cu frison, călduri, diaree, dureri de cap şi dureri musculare difuze. Consultă un medic care îi prescrie tablete de tenalbină, chinoplasmină şi aspirină. Peste o zi observă un uşor icter şi cere să fie trimis în spital.

Starea prezentă: bolnavul de constituţie atletică, prezintă o stare generală gravă, aspectul unui tific cu tegumentele de o coloraţie icterică bronzată pronunţată (Rubinicterus a lui Brugsch), ochii injectaţi, faţa uşor congestionată. Musculatura bine desvoltată prezintă o sensibilitate pronunţată, atât spontan cât şi la apăsare, în special la nivelul coapsei şi a gambelor. Ganglionii şi articulaţiile libere. Din partea aparatului circulator şi respirator, în afară de o uşoară hipotensiune de 10/6 la V. L. nu se constată

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

nimic deosebit. Limba încărcată prezintă ușoare contracturi fibrilare, foetor ex. ore, abdomenul balonat. Ficatul se palpează la un lat de palmă sub rebordul costal. Splina percutorie mărită. Sistemul nervos în afară de starea de somnolență mai prezintă o ușoară hiperestezie cutanată și semnul lui Babinski pozitiv. Urina de culoare roșie, hematurică, reacția acidă, densitatea 1020, albumină pozitiv, puroi, zahăr negative, în sediment numeroase hematii, leucocite, cilindri hialini și granuloși impregnați cu pigment biliar. La examenul hematologic se constată: V. S. H. 80 pe oră, Hb. 60%, hematii 4.500.000/mmc., leucocite 15.000/mmc. formula leucocitară: neutrofile 87%, limfocite 3%, monocite 10%.

Impresionați de tabloul clinic de icter grav cu fenomene alarmante de insuficiență hepatică, se institue un tratament obișnuit în icterele grave, administrându-se de două ori pe zi 20 cc., glucoză 33%, plus 10 unități insulină, concomitent doze mari de vitamină C (Tablete și injecții de Redoxon" forte) și injecții de extract hepatic.

Evoluția boalei cu tot acest tratament, icterul se accentuează în zilele următoare și febra se menține între 38° și 39°. Persistența febrei cât și tumefacția din ce în ce mai pronunțată a ficatului, fapte care pledează categoric contra unei hepatite grave, cu atrofia galbenă a ficatului, ne face să ne îndoim de diagnosticul inițial și să ne gândim în consecință la ceva infecțios.

Diagnosticul diferențial s'a impus în primul rând cu icterul Weil, cu hepato-nefrită septică, tifosul exantematic, febra tifoidă, febra recurentă și icterele toxice, și medicamentoase.

Asupra icterului Weil ne-a atras atenția articolul „Considerațiuni asupra unei mici epidemii de ictere Weil observată la Sibiu" de Prof. D-r J. Goia, Conf. D-r A. Moga, D-r C. Mețianu, publicat în Ardealul Medical Nr. 9—10 din Septemvrie, Octomvrie 1946. Cazurile descrise în acest articol caracterizate prin febra ridicată, icter, stare tifică, dureri mușchiulare în special la gambe, epistaxis, fenomene renale, ca albuminurie și hematurie, fenomenul lui Kernig pozitiv, ficatul mărit, leucocitoză și viteza de sedimentare a hematiilor mărită, prezentau o analogie aproape completă cu cele observate de noi. Pentru a confirma însă acest diagnostic trebuia ca în primul rând după o perioadă afebrilă să apară al doilea puseu febril, iar în al doilea rând, dat fiind că diagnosticul etiologic al spirochetozei ictero-hemoragice la noi în țară nu e posibil din lipsă de antigen, să stabilim acest diagnostic prin excluderea celorlalte afecțiuni posibile.

Hepato-nefrita septică se exclude prin lipsa frisoanelor și a febrei remitente septice, tifoida și exantematicul prin reacția Vidal și Weil-Felix, în acest caz negative, picătura grasă prelevată în a noua zi de boală este tot negativă însă în aceeaș zi febra scade critic, revenind la normal. Icterul toxic și medicamentos se exclude prin anamneză. In urma acestor constatări ne-am fixat la diagnosticul de icter Weil, rămânând să fie confirmat printr'o nouă revenire a febrei, după un interval de 7—9 zile, reacțiile de mai sus rămânând în acelaș timp negative.

Timp de 9 zile, bolnavul se menține afebril, icterul în ușoară scădere, durerile muschiulare difuze și debilitatea se mențin.

Digitized by Centrum Informacyjne Archiwów Społecznych

In a noua zi de apirexie, adică în a 18-a zi de boală, temperatura urcă brusc la 39,8° cu frison şi dureri mari în gambe. Examinând picătura groasă colorată cu Giemsa, se pun în evidenţă în aceeaşi zi un număr enorm de spirocheţi Obermeyer. Diagnosticul de febră recurentă fiind stabilit, se administrează 0,45 gr. Novarsenobenzol „Billon". Temperatura revenind a doua zi la normal, se mai dă pentru siguranţă peste 2 zile încă 0,60 gr. Novarsenobenzol. Bolnavul extrem de slăbit, rămâne în serviciul nostru până în 8 Ianuarie 1947, în care interval i se administrează tonice. La această dată părăseşte spitalul vindecat.

In al doilea caz este vorba de un bolnav P. P., de 46 ani, muncitor la Atelierele CFR. Caransebeş, care intră în spital pe ziua de 4 Februarie 1947, pentru icter.

In antecedente, nimic deosebit.

Istoric: Boala debutată acum 13 zile cu febră şi fenommene dispeptice. Consultă un medic care îl tratează acasă cu o medicaţie antigripală. Peste câteva zile, aceste fenomene se atenuează, febra dispare şi apare un icter pentru care este trimis în spital.

Starea prezentă: Bolnavul cu o stare generală bună, tegumentele de o culoare icterică bronzată pronunţată, afebril, muschiulatura, ganglionii şi articulaţiile nu prezintă nimic deosebit. Aparatul respirator şi circulator normale, pulsul bradicard, 60/minut, limba încărcată, abdomenul balonat, ficatul mărit, un lat de palmă sub rebordul costal, uşor dureros, splina percutorie mărită. Pupilele egale centrale, reflexele nu prezintă nimic deosebit. La examenul urinei, albumina, puroiul şi zahărul negative, în sediment cilindrii icterici. Pigmenţii biliari în urină prezenţi. Hematologic leucocite 5200/mmc., hematii 5.000.000, Hb. 95%, V. S. H. 4/oră, la sondajul duodenal se constată o bilă. A verde uşor floconoasă, bila B lipseşte, bila C galbenă tulbure floconoasă. Se pune diagnosticul de icter cataral şi se institue un tratament adequat cu regim, un desinfectant intestinal (urotropină, bensonaftol) sulfat de magneziu, injecţii de glucoză 38% şi sondaje duodenale tot la 2 zile.

Evoluţia bolii: Această stare se menţine timp de 15 zile, după care febra se ridică brusc cu frison la 40°, cu dureri violente în hipochondrul drept, o stare tifică, tachicardie, accentuarea icterului şi fenomene de insuficienţă hepatică gravă cu epistaxis, diateză hemoragică, somnolenţă şi astenie foarte pronunţată. Febra coboară a doua zi la 38°, spre a se urca din nou seara la 40°. Leucocitoza de 18.000/mmc., febra uşor remitentă care se menţine în zilele următoare, durerea violentă din hipochondrul drept, cât şi accentuarea icterului, ne face să presupunem o complicaţie a icterului cataral cu o angiocolită, care la rândul ei a declanşat pe substratul cataral un icter grav.

Alarmaţi, instituim pe lângă tratamentul iniţial injecţii de glucoză în doză mărită, plus câte 10 unităţi insulină de 2 ori pe zi pentru înlăturarea fenomenelor de insuficienţă hepatică, iar pentru combaterea angiocolitei, se administrează injecţii intravenoase de urotropină 25%. Fenomenele cedează puţin spre a dispare complect peste 7 zile, când bolnavul devine afebril, icterul scade şi pacientul rămâne într'o stare de astenie, pronunţată, fără alte fenomene de insuficienţă hepatică.

Peste alte 7 zile, bolnavul face un nou frison de data aceasta inexplicabil prin diagnosticul precedent.

Se examinează picătura groasă colorată cu Giemsa şi se găsesc pirocheţi Obermeyer. Se administrează imediat 0,45 gr. Novarsenobenzol „Billon", după care a doua zi febra scade la normal.

Pentru siguranţă se administrează peste 3 zile încă Novarsenobenzol 0,60 gr., după care bolnavul părăseşte spitalul vindecat.

Cazul de mai sus a fost foarte greu descifrabil, deoarece a fost internat cu tablou de icter fără febră, a negat febra înaltă în antecedente şi abia după 15 zile dela internare, face un puseu febril cu duneri mari în loja hepatică pe care le-am interpretat ca o complicaţie angiocolitică. Puseul febril cedează după 7 zile pentru ca după alte 7 zile să facă un nou puseu febril, care ne-a dus pe calea diagnosticului confirmat prin punerea în evidenţă a spirochetului Obermeyer în picătura groasă.

Concluziuni:

— Icterul grav este o complicaţie rară în febra recurentă.

— In cazurile de icter grav cu febră, să ne gândim şi la posibilitatea unei febre recurente.

— Din acest punct de vedere, să fim foarte atenţi, chiar când este vorba de un icter cu debut febril puţin accentuat însă care face un nou puseu febril în cursul boalei.

— Contrar regulei generale, intervalul între primul şi al doilea puseu febril, poate fi mai mare decât cel dintr'al doilea şi al treilea puseu. In cazul nostru 15 faţă de 7 zile).

— Icterul în febra recurentă nu formează o contraindicaţie pentru tratamentul salvarsanic.

— Forma icterică reacţionează tot aşa de bine la tratamentul salvarsanic, ca orice formă necomplicată a boalei.

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Prof. D-r G. Jochmann: Lehrbuch der Infektionskrankheiten, Berlin, 1914. — Prof. D-r Th. Brugsch: Lehrbuch der inneren Medizin, Berlin, 1941. — R. Staehelin: Spezielle Pathologie und Therapie der Infektionskrankheiten in Lehrbuch der inneren Medizin, de H. Assmann, K. Bekmann, etc., J. Springer, Berlin, 1942. — Prof. D-r O. Naegeli: Differentialdiagnose in der inneren Medizin, Leipzig, 1938. — M. Mathes: Lehrbuch der Differentialdiagnose inneren Krankheiten, Berlin, 1919. — Prof. D-r I. Goia, Conf. D-r A. Moga şi D-r C. Meţianu: Consideraţiuni asupra unei mici epidemii de ictere Weil, oobservată la Sibiu, Ardealul Medical No. 9—10, 1946.

Betrachtungen über einige Rückfallfieber-Faelle mit dem klinischen Bild eines Icterus-gravis. Die Verfasser mit Berücksichti gung einiger allgemeinen Überlegenheiten bezüglich des Rückfallfiebers, im Verlaufe dessen das selten Vorkommen eines Icterus gravis beobachtet wird, schildern und kommentieren zwei Faelle Obermeyer, s-Spirochetose, welche unter dem trüben Bild der schweren Leberinsufizienz sich entwickelten.

Als Schlussfolgerung wird die Notwendigkeit der Differenzialdiagnose mit Rekurrens in jenen Icterus-Faellen erachtet, welche mit Fieber beginnen oder mit Fieber verlaufen, ebenso wurde die Wirksamkeit der Salvarsanbehandlung trozdessen, dass diese Behandlung gegebenenfalls zufolge der Leberzellenschaedigung scheinbar kontraindiziert war, festgestellt.

Considérations sur quelques cas de fièvre recurente avec un tableau d' ictère grave. Les auteurs après quelques considérations générales sur la fièvre recurente, dans lesquelles ils constatent la rarité de la complication avec l'ictère grave, ils commentent deux cas de spirochétose Obermeyer evolueant avec un tableau grave d'insuffisance hépatique.

Dans les conclusions on relève tant la nécéssité du diagnostic différentiel avec la recurente dans les ictères graves avec un début ou des poussés fébriles, que l'efficacité du traitement salvarsanique, en apparence contraindiqué à cause de la lésion hépatique.

Considerazione sopra qualque casi di febre recurente con immagine di insufficienza hepatica. Gli autorii, doppo qualche considerazioni generale sopra la febre recurente, in quale egli constano la rarita de la complicazione con l'ictero grave, egli comentano due casi di spirochetoza Obermeyeri, evoluando sotta l'imagine di insufficienza hepatica grave.

Nelle concluzioni si rileva tanto la necessita del diagnostico differenziale con la recurenta, nelle ictere grave con un principio or accese febrili, quanto l'efficacita del tratamento salvarsanico apparentemente contraindicata a cagione della lezione hepatica.

Spitalul Central Timişoara — Serviciul Medical
Medic primar: D-r A. Miletici

INFARCT MIOCARDIC

— Formă nedureroasă —

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de
D-r BERINDE LEON
Medic secundar

Dacă infarctul miocardic tipic este destul de frecvent şi are simptomatologia dominată de durerea atroce, ce atrage atenţiunea medicului, formele atipice-nedureroase constitue cazurile dificile căci celorlalte simptome, în lipsa durerii, nu li-se dă atenţiunea cuvenită sau sunt greşit interpretate.

Cum aceste forme, în realitate nu sunt chiar aşa de rare, după unii variind între 4%—10% chiar 40% (Gorham şi Martin) importanţa acestor cazuri nu este numai de ordin ştiinţific cât mai mult practic, pentru viitorul bolnavului. Astfel prin tratamentul corect se pot evita complicaţiuni ulterioare: moartea subită, sincopă etc., cari în alte condiţiuni par inexplicabile.

Această formă se caracterizează prin lipsa dureri: Wolheim remarcă două cazuri de tromboză a coronarei drepte fără durere, explicându-le prin existenţa zonelor insensibile surde descrise de Hochrein şi Moravetz.

In anamneza acestor cazuri atipice găsim de cele mai multe ori sensaţia de presiune precardiacă, ce apare brusc sau o accentuare a presiunii ce unii o au de mai mulţi ani chiar. In caz că infarctul survine la unul ce este deja în insuficienţă circulatorie avem o accentuare rapidă a deficitului circulator, fapt remarcat de Wean.

Dispneea apare brusc deobiceiu în repaos, iar când ia forma Cheyne-Stokes este de prost augur. Alţii au doar sensaţia de frică.

Nu rar aceşti bolnavi au turburări dispeptice: balonare, plenitudine abdominală, meteorism, chiar vărsături explicate prin excitarea vagului pe cale reflexă fără a prezenta nicio modificare de ordin cardiac sau circulator.

Se remarcă apoi insomnii şi nelinişte iar White şi Spillane descriu cazuri cu dureri în articulaţia mâinii sau cotului.

Alte simptome ce survin în infarct, în general sunt:

Febra este un simptom destul de constant, care împreună cu leucocitoza cu polinucleoză şi creşterea vitezei de sedimentare a globulelor roşii constitue elemente necesare şi caracteristice infarctului.

Se întâlnesc extrasistole, flutier, ba chiar bloc complet, fără a fi obligatorii, căci dupe Haas alimentarea vasculară a sistemului specific ar fi independentă de cea a miocardului vecin. Turburările de conducere pot lipsi chiar în infarctele întinse astfel Mönckeberg semnalează un caz unde se formase un infarct întins al septului ventricular fără ca ramura stângă a sistemului specific, ce cobora dealungul septului să fi fost atinsă de necroză. Turburările de conducere se găsesc cu predilecţie la infarctele vârfului.

Hipotensiunea arterială, accelerarea pulsului şi colaps circulator se pot găsi la unii bolnavi.

Frecăturile pericardice denotă cointeresarea pericardului.

In 66% a cazurilor s'ar găsi acid uric crescut în sânge (v. Bergmann).

Elementul fundamental în diagnostic îl constitue modificările electrocardiogramei. Aceste modificări interesează în special S. T. şi T şi variază cu evoluţia leziunilor.

Astfel în faza iniţială — primele ore sau zile, se vede o mare undă monofazică „undă în dom" localizată pe partea descendentă a R sau ascendentă a S care înglobează S. T. uneori complect astfel că T de multe ori nici nu se recunoaşte. Ea este opusă în D_1 şi D_3 şi nu ar fi decât unda T deformată, în timp ce Pezzi o consideră ca o nouă undă desvoltată în miocardul lezat. Se găseşte rar căci în această fază nu se practică examinări electrocardiografice.

In a doua fază — după câteva săptămâni, linia S. T. revine spre linia izoelectrică rămânând încă incurbată. T. devine iar vizibil însă deobiceiu negativ şi ascuţit.

In a treia fază avem fie instalarea unui T invers, ca rest a leziunii avute anterior sau regresiunea tuturor modificărilor, când putem vorbi de vindecarea infarctului.

In majoritatea cazurilor ce se observă este modificarea T, ceeace pentru Robert Lewy permite doar afirmarea existenţei unei „leziuni miocardice de origine vasculară".

Ca modificări mai puţin importante şi necaracteristice se remarcă, lărgirea complexului Q. R. S., despicături şi existenţa amplitudinilor mici.

Localizarea după electrocardiogram se face pe baza modificărilor, cari în infarctul anterior se găsesc în D_1 şi D_2, în D_3 putând

BCU Cluj / Central University Library Cluj

perzista un T nemodificat sau T ascuţit şi intens pozitiv, ceeace e discordant cu T_1 şi T_2 care e negativ (influenţare discordantă a T-ului). In infarctul posterior modificările sunt mai ales în D_2 şi D_3.

Modificările electrocardiografice pot lipsi în infarctul miocardic diagnosticat clinic şi autopsie, când singur numai D_4 — pretoracală pune în evidenţă existenţa modificărilor electrocardiografice.

Modificările asemănătoare se pot găsi în miocardite, tumori cardiace, embolii a unei ramuri mari a arterei pulmonare, infecţii de focar (Parade).

Infarctul miocardic îl întâlnim mai ales la arteriosclerotici, hipertensivi şi se produce prin tromboza unei ramuri coronariene, mai rar intervenind luesul şi emboli (Hochrein) şi excepţional arteritele acute infecţioase. Hochrein atribue un rol declanşant infecţiilor de focar. In statistica sa 25% din infarcte aveau în antecedente reumatism şi diverse focare de infecţii, recomandând eliminarea lor. La fel Prof. Goia în 10 cazuri din 30 observate remarcă existenţa reumatismului fie în antecedente fie evoluând simultan. Un lucru este însă cert, că în etiologia trombozei coronare şi infecţiile de focar au un rol important (Danielopolu) şi într'un anumit procent determinant (Prof. Goia). Se citează cazuri de infarct unde la autopsie nu s'a găsit nicio modificare a coronarelor.

Hochrein din 103 cazuri autopsiate a găsit 62 la coronara stângă, 15 la cea dreaptă şi 22 la ambele.

In ce priveşte prognosticul o bună parte mor subit, în primele zile moartea este cauzată de ruptura cordului, insuficienţa cardiacă, fibrilaţie ventriculară ori embolie. In general mortalitatea în primele zile atinge 50% a cazurilor. După 1—2 săptămâni prognosticul se ameliorează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul odată pus impune anumite măsuri pentru a evita ulterior accidente grave, în special ruptura cordului, sincopă etc. Astfel aceşti bolnavi vor fi imobilizaţi strict la pat până ce leucocitoza, tensiunea arterială şi viteza de sedimentare se normalizează. Li-se vor administra sedative iar cardiotonicele (digitala şi strofantina) se vor administra cu mare precauţiune şi numai acolo unde ameninţă insuficienţa cardiacă. Emisiunea de sânge se va face în cazul unde avem pericol de edem pulmonar. In fine asanarea focarelor de infecţie în special amigdaliene şi dentare, se va face cu mare atenţiune prinzând momentul cel mai favorabil.

Iată expunerea cazului clinic:

Este vorba de un bolnav intelectual în etate de 51 ani, care se internează în Spitalul Central Timişoara, la data de 19 N-brie 1945, şi în a cărui antecedente heredo-colaterale nu se remarcă nimic deosebit.

In antecedentele personale la etatea de 25 ani, lues tratat timp de 4 ani şi controlat serologic, în sânge şi lichidul cefalorachidian în repetate rânduri. De câţiva ani acuză diaree uşoară şi rare extrasistole, pentru care în 1944, se internează într'o clinică din Bucureşti, unde i se pune diagnosticul de arterioscleroză şi hipertensiune şi i se recomandă tratament cu iod.

Fumător pasionat, peste 60 ţigări la zi. Inainte de a se îmbolnăvi, afirmă că ar fi avut tensiune arterială 190—200.

Istoric: Boala actuală datează din ziua de 10 N-brie 1945, când observă că dispneea i se accentuează brusc şi apare o presiune precordială şi retrosternală suportabilă însă, fără anxietate având doar senzaţia „ca şi cum cineva i-ar apăsa cu genunchiul pe piept". Aceste acuze au fost însoţite de tusă, insomnii de câteva zile, precum şi febră (39,4), care a durat 4—5 zile. Uneori extrasistolii. In acelaşi timp observă că degetele mâinilor îi sunt cianotice. Fără a da prea mare importanţă acestor acuze, îşi vede de ocupaţii, la câteva zile consultând un medic, ca apoi în a zecea zi de boală să se interneze în spital.

La examenul obiectiv: bolnav, de statură mijlocie, afebril, uşor dispneic. Ţesutul adipos şi muscular păstrat. Tegumentele palide. Reflexele pupilare şi osteo-tendinoase prezente. Rădăcini dentare multiple, cari se extrag după circa 6 săptămâni.

Pulmonar: Sonoritate pulmonară, murmur vezicular.

Cord: Matitatea precardiacă uşor mărită. Sgomotele cardiace surde-slab bătute tahicardice. Rare extrasistole. Frecături pericardice nu s'au perceput.

Abdominal: Nimic deosebit.

Examenul urinei: Puroi în urine; în sediment leucocite.

Viteza de sedimentare	120 mm/h	Formula leucocitară:	
Hemoglobina . . .	82% (Sahli)	Eosinofile	2%
Globule roşii . . .	4.160.000	Negmentate	8%
Valoarea globulară	1	Segmentate	66%
Leucocite	10.300	Limfocite	18%
		Monocite	6%

Tensiunea arterială: 110/80 (Riva Rocci).

Reacţia Wassermann şi Meinicke: negativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radioscopic: cord mărit în ambele sensuri, aorta mai opacă.

Electrocardiograma la 3 Dec. 1945: despicături pe ramuri, T. negativ în toate derivaţiile, extrasistole.

Evoluţia ulterioară: După aproximativ o lună dispare presiunea precardiacă, se menţine afebril, iar viteza de sedimentare, leucocitoza şi tensiunea arterială se normalizează.

Astfel la	22 Nov. 1945	Tensiunea	110/80,	sedimentarea	120	mm/h	leucocit.	10.300
„	19 Dec.	„	160/ 80	„	90	„	„	—
„	1 Ian. 1946	„	164/ 90	„	33	„	„	—
„	24 „	„	180/110	„	10	„	„	9.500
„	28 Febr.	„	174/110	„	16	„	„	5.900
„	12 Martie	„	178/100	„	14	„	„	6.700
„	21 Nov.	„	180 110	„	5	„	„	6.400

Electrocardiografic la 25 N-brie 1946: T_1 şi T_2 foarte mic pozitiv, iar T_3 negativ. Ca tratament: repaus absolut, alimentaţie uşoară, injecţii Mioston, Lacarnol şi Procord, iar contra extrasistolelor: Rp. (chinină sulf. 0,30 gr., strichnină sulf. 0,0005 gr., luminal 0,03 gr., pentru un praf; 3 prafuri la zi).

Găsindu-ne în faţa unui arteriosclerotic la care dispneea ce a prezenta s'a accentuat brusc însoţindu-se de presiune precordială şi retrosternală, precum şi febră ce a durat câteva zile cu creşterea vitezei de sedimentare şi a leucocitozei, scăderea tensiunéi arteriale

precum şi aspectul electrocardiogramei elemente cari apoi în evoluţia ulterioară revin la normal ne îndreptăţeşte a pune diagnosticul de infarct miocardic formă atipică-nedureroasă.

Ne-am mai putea gândi în cazul de faţă având în vedere rădăcinile dentare multiple cu granuloame la leziuni de infecţie de focar cari se pot manifesta după Hochrein cu tabloul infarctului miocardic cronic. In aceste cazuri avem deobicei antecedente mai lungi, subfebrilităţi, acuze reumatice, ceeace nu este cazul nostru.

In concluzie: la indivizii arteriosclerotici, hipertensivi vom da o atenţie deosebită oricărei temperaturi ce a durat câteva zile şi care se însoţeşte de dispnee, presiune precardiacă sau insuficienţă circulatorie ce se instalează relativ brusc, procedând la examinarea completă cu viteză de sedimentare, leucocitoză, tensiune arterială şi mai ales examen electrocardiografic repetat, astfel prin tratament corespunzător vom evita complicaţii grave ca moarte subite, sincopă prin ruptura cordului precum şi formarea unui anevrism cardiac.

Spitalul Filantropia Craiova — Secţia Medicală
Medic primar: D-r P. Copăceanu

FEBRA TIFOIDĂ, TUBERCULOZĂ PULMONARĂ, EMFIZEM SUBCUTANAT ASFIXIC, ACCIDENT IN CURSUL PNEUMO-TORACELUI TERAPEUTIC

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de

D-r COPACEANU PANTELI şi D-r BALICA ŞTEFAN

In observaţiunea noastră este vorba de o bolnavă la care, scurtă vreme după febra tifoidă se instalează o tuberculoză pulmonară cu debut acut şi la care, insuflaţiile de pneumotorace terapeutic au dat loc la un accident grav şi care putea să fie şi mai grav Emfizem subcutanat asfixic.

Observaţiunea, foarte pe scurt, este următoarea: Bolnava D. M. moaşe, în vârstă de 30 ani, este suferindă de 10 zile. Boala ei a debutat, pare-se, brusc, cu frisoane, urmate de ridicarea temperaturei, greaţă şi vărsături.

In antecedente găsim: operaţie de apendicită şi de lipom în regiunea vezicei urinare în 1942; scarlatină în copilărie. Nu a avut alte boli infecţioase. Nu s'a vaccinat contra febrei tifoide. Starea prezentă la intrarea în spital e următoarea: Cefalee, greţuri, febră mare cu mici oscilaţiuni în jurul lui 39°, urini puţine, nor gros de albumină în urină care prezenta numeroase leucocite (buletinul de analiză semnalează puroi); plămânii prezintă peste tot numeroase raluri de bronşită ronflante şi sibilante, mai puţin subcrepitante.

Cord: bătăile accelerate, peste 90 pe minut. Tens. arterială

12/7 V. L. Ficatul în limite normale. Splina mărită (se percută pe trei laturi de deget şi se palpează puţin polul inferior). Abdomenul dureros la presiune în părţile inferioare, mai târziu prezintă meteorism uşor şi borborigme intestinale la presiune. Nimic de semnalat în celelalte organe. Bolnava e slăbită. Menstruile însă normale. Ureea în sânge 0,16%o.

Ceeace ne izbeşte la început este abundenţa ralurilor de bronşită şi puroiul din urină. O primă radioscopie pulmonară la 5 şi alta la 8 Septembrie 1945, arată plămânii absolut normali din punct de vedere radioscopic. Examenul sputei este negativ pentru Koch.

Tratăm bolnava cu tonicardiace, calciu, expectorante şi calmante ale tusei, sulfamide. Starea generală continuă a fi rea. Delir prostraţie, — pete lenticulare roze pe abdomen şi torace. La 10 Sept. hemocultura este negativă (în a 15-a zi de boală), dar reacţia Widal în sânge este intens pozitivă: 1/400. Stabilim definitiv diagnosticul de febră tifoidă. Ne comportăm ca atare. In a 27-a zi de boală (23 Sept.) temperatura cade brusc dela 39⁰ la 36⁰. S'a produs o mică hemoragie intestinală (100—150 gr. de sânge), după care temperatura revine încet, încet la 37⁰. Apoi, încet, încet starea generală se ameliorează, temperatura oscilează între 36⁰—37⁰. Bolnava se simte bine şi credem că suntem acum în plină convalescenţă. Totuşi, la 1 Octombrie, febra se reaprinde (38⁰,8 seara). Căutăm cauza acestei reascensiuni febrile. De astă dată se constată sub clavicula dreaptă şi în fosele supra şi subspinoase drepte un conglomerat de raluri subcrepitante groase care ne par raluri cavernuloase Radioscopia pulmonară făcută acum arată: condensare pulmonară cu aspect voalat în regiunea subclaviculară dreaptă. Excavaţie cu semn de întrebare. Se prescrie calciterapie şi vitamina C. In spută numeroşi bacili Koch. Se începe un pneumotorace artificial şi se fac 5 insuflaţiuni pleurale începând cu 200 c. c. maxima ajungând la 500 c. c., dar atât manometrul aparatului cât şi radioscopia pulmonară ne arată că pleura este largă aderentă. In adevăr, buletinul radioscopic de astă dată spune: pneumotorace artificial drept cu foarte mică colabare şi aderenţe la vârf. Condensarea lobului superior drept cu excavaţie vizibilă. Socotim pneumotoracele insuficient ca terapeutică şi fiindcă din cauza largilor aderenţe nu credem metoda Iacobeus posibilă, consiliem o frenicectomie pe care bineînţeles nu punem însă mare bază. Aceasta este făcută de Dr. Bolintineanu la 15 Noembrie, dar efectele ei se mărginesc la o simplă paralizie a hemidiafragmului drept, cu mişcare paradoxală, fără ridicare notabilă. Totuşi, bolnava, din punct de vedere funcţional se simte binişor, se mai îngraşe, capătă apetit, bună dispoziţie.

Credem necesar însă să menţinem pneumotoracele început şi în acest scop, la 24 Nov. facem o nouă insuflaţie pleurală. Introducem 300 c. c. aer, presiunea iniţială fiind negativă şi cea terminală fiind tot negativă. Jocul lichidului manometric ne arată capacitatea pleurală net redusă. La această ultimă insuflaţie, bolnava a avut o senzaţie dureroasă specială pe care a semnalat-o imediat. Cu toate acestea, noi totuşi am injectat aerul, presiunea manometrică nefiind

Babeş-Bolyai Universitatea Library Cluj

nici un moment pozitivă. Odată insuflaţia terminată, bolnava s'a liniştit, dar două ore mai târziu am fost chemaţi de urgenţă la patul ei, deoarece dânsa avea dureri în hemitoracele drept şi sensaţie de asfixie. Examenul fizic ne-a arătat acum: bolnava respiră greu, se plânge de sufocaţie, este în starea de nelinişte, are pulsul mic şi accelerat (peste 100), părţile moi ale hemitoracelui drept sunt mult mai groase ca cele ale hemitoracelui stâng şi grosimea lor este mai mare la nivelul orificiului punctiei precedente. Insăşi rădăcina braţului drept pare mai îngroşată. Pretutindeni la presiune se simte crepitaţiune zăpăzoasă, care în sus depăşeşte puţin clavicula, în jos depăşeşte puţin baza toracelui, care crepitaţiune se simte şi pe braţul drept în faţa axilei şi care este foarte abundentă pe toată partea laterală a toracelui.

Este vorba de un emfizem subcutanat asfixic de gravitate medie, care s'a menţinut timp de câteva zile şi care în urmă a dispărut încet, încet, ultimele crepitaţiuni zăpăzoase dispărând după o săptămână. Ulterior bolnava a mai prezentat din când în când dureri toracice bruşte cu accese de dispnee, fără emfizem subcutanat. Aceste accese noi le-am atribuit ieşirii aerului din plămâni în cavitatea pleurală, fără să mai iasă sub piele, rămânând încă deschisă fistula în traectul ei pleuro-pulmonar şi fiind închisă la capătul subcutanat, producându-se astfel mici accese de hiperpresiune. Sau poate dipsneea a fost produsă prin rupturi de aderenţe sau pur şi simplu numai prin tracţiunea aderenţelor.

Care a fost cauza apariţiei tuberculozii după febră tifoidă?

Am putea să ne întrebăm dacă nu a fost vorba de o primo-infecţie. Nu este hazardat să ne întrebăm, deoarece numărul primelor infecţiuni la adult a crescut de când se face o profilaxie mai serioasă a tuberculozei. Dar această creştere s'a observat mai ales în ţările în care profilaxia în copilărie s'a făcut mai de mult şi mai de vreme. In plus, nu avem caracteristicile radiologice ale primei infecţiuni; deşi acestea nu sunt întotdeauna caracteristice. Iar în anturajul bolnavei nu a existat, se pare, nici o sursă de contagiune.

Fără îndoială că este vorba de o reinfecţiune şi că febra tifoidă a jucat un rol principal în această reinfecţiune. Dar este vorba de o reinfecţiune exogenă sau autogenă?

Deşi rolul celei dintâi (exogene) a fost foarte micşorat în anii de după primul război mondial, ea n'a fost totuşi complect niciodată exclusă din factorii de reisbucnire a unei tuberculoze asumse şi de multă vreme latentă. In ultimul timp, autori ca Rist, i-au redat o mai mare atenţie.

In ipoteza unei reinfecţiuni exogene, febra tifoidă anterioară, scăzând rezistenţa organismului, ar fi putut favoriza supra infecţia, chiar cu o doză minimă de bacili. Dar în cazul nostru, nu găsim în anturajul bolnavei nicio cauză de contaminare, iar în salonul în care a fost spitalizată bolnava, nu exista la acea dată niciun bolnav tuberculos.

Cu foarte multă probabilitate, este vorba de o reinfecţiune autogenă. Aceasta a fost făcută posibilă de febra tifoidă anterioară care a putut lucra în mai multe moduri:

1. Prin suspendarea stării alergice (adică a stării de protecţie umorală); s'a produs cu alte cuvinte, starea de anergie.

2. Prin defaianţa organică generală prin carenţa produsă prin inanişia inerentă regimului febrei tifoide şi avitamjnozei consecutive.

3. Prin atingerea unor organe care au în organism un rol de protecţie, astfel cum ar fi ficatul: anergia hepatică.

4. Prin defaianţa locală pulmonară. In adevăr, la început bolnava a avut o bronşită acută generalizată de mari proporţii care, pentru un timp, ne-a făcut să credem că toată boala era în plămâni. Subliniem că a fost o bronşită foarte gravă şi deşi la toţi tificii există nţică bronşită care — cum zicea Prof. Nanu-Muscel — constitue iscălitura pe plămâni a febrei tifoide, totuşi aci a fost vorba nu de un simptom, ci de o veritabilă complicaţie, poate chiar de o gripă asociată care a produs şi ea o stare de anergie. In favoarea gripei coexistente ar putea fi adus ca argument debutul brusc al boalei, febra tifoidă singură având un debut insidios.

O afecţiune locală pulmonară poate redeştepta o tuberculoză anterioară:

a) fie prin remanierea leziunilor torpide (acţiune pur locală);

b) fie prin acţiunea ei anergisantă.

Toate acestea au fost posibile având în vedere gravitatea particulară a febrei tifoide din cazul de faţă, boala începând dintr'odată cu complicaţii: bronşită acută severă, piuria care a însemnat o atingere pielo-renală şi care complicaţii nu sunt departe de ceia ce am putea numi un „pneumo-tifus" şi un „nefrotifus". Iar ulterior, evoluţia a fost idem severă, probă hemoragia intestinală ce s'a produs.

Cu această ocazie, amintim că s'a arătat încă după primul război mondial, că injecţiile de vaccin antitifo-paratific au un rol anergisant. In cursul comunicării noastre, D-nul D-r Titu Nicolin şi Maior medic Petrescu au arătat înmulţirea cazurilor de tuberculoză pulmonară după injecţiile preventive antitifo-paratifice, la trupele care au fost inoculate. *)

Sunt multe cazurile de febră tifoidă ce nu lasă după ele tuberculoză. Dar desigur, sunt bolnavi şi bolnavi. Şi după cum, rugeola, gripa, tusea epidemică, afecţiuni reputate ca anergisante nu redeşteaptă întotdeauna o t. b. c. anterioară, tot aşa şi aci, în cazurile de febră tifoidă.

In cursul febrei tifoide din observaţia noastră nu s'a făcut cutireacţia la tuberculină. Ea s'a practicat mai târziu, când tuberculoza era apărută şi când rezultatul a fost negativ.

* * *

In ceeace priveşte emfizemul subcutanat asfixic, accident de colapsoterapie, nu vom intra în descrierea complectă a sindromului, ci vom aminti numai câteva date, insistând în special asupra tratamentului.

Emfizemul subcutanat asfixic după punţii poate fi datorit ieşirii aerului din pleură şi atunci nu e grav, capacitatea pleurală fiind

*) Cercul medico-farmaceutic din Craiova, Mai, 1946.

limitată. Dar el poate fi datorit eşirii aerului din plămâni, când traectul broncho-subpleural şi subcutanat a rămas deschis, fie că s'a întrebuinţat un ac prea gros, fie că s'au interesat ţesuturi ce şi-au pierdut elasticitatea: deci un plămân infiltrat sau sclerozat; o pleură îngroşată sau simfizată.

Simplele modificări de presiune ale aerului broncho-alveolar nu sunt suficiente să creeze o suprapresiune necesară producerii emfizemului subcutanat, dar intervin eforturile de tuse violente şi succesive, care creează o enormă suprapresiune. Infiltraţia gazoasă se continuă la infinit. Ar fi logic ca la un moment să se oprească, presiunea gazului revărsat sub pleură să egaleze presiunea aerului broncho-alveolar. Dar, cum spune Pierre Bourgeois, ţesutul celular sub cutanat nu se lasă destins de gaz ca o seroasă. Bulele de aer sunt acolo fragmentate în ochiurile de ţesut conjunctiv şi scapă legilor fizice ce conduc variaţiile de volum şi de presiune în cavităţi limitate dar suficient de spaţioase.

S'au văzut asemenea accidente după puncţii cu ace subţiri (de pneumotorace), după puncţii cu trocarul de pleuro-scopie, după secţiunea aderenţelor pleuro-pulmonare şi lucru curios, s'a observat în un caz, în mod spontan, emfizem subcutanat asociat cu cel mediastinal.

Relativ la terapeutică, în cazul nostru care a fost de gravitate medie, terapeutica a fost pur medicală: injecţii repetate de pantopon (uneori bolnavii au fost menţinuţi în stare de somnolenţă aproape continuă); injecţii de cardiazol; poziţie aşezată a bolnavului, pansament compresor la locul punctiei. Bolnava a fost înţelegătoare şi a avut încredere.

Alteori însă este nevoe de o terapeutică chirurgicală. Tratamentul chirurgical clasic consistă în evacuarea aerului de sub piele: ace a demeure, incizii ale pielii (regiunea de elecţie fiind feţele laterale ale gâtului. Aci Bezançon consiliază o largă incizie cu dilacerarea ţesutului celular până la trahee şi aplicarea unui dren care să menţină incizia deschisă. Un uşor masaj al regiunilor infiltrate ajută evacuarea gazelor.

Acest tratament are inconveniente:

1. multiplele inciziuni ale pielii au o acţiune lentă şi incomplectă;

2. Ele adesea se acoperă de o mică supuraţie sau scurgere de sânge care le acoperă şi le face ineficace.

Tratamente chirurgicale mai active trebuesc întrebuinţate în formele asfixice cât mai curând, căci un tuberculos care face insuficienţă cardiacă, cianoză, cu fenomene de congestie pasivă, are rapidă extensiune a leziunilor bacilare. Aşa s'a văzut la un bolnav care vindecat de emfizem, a murit mai târziu de tbc., extensivă cu granulie. Aşa ceva nu s'a văzut în cazul nostru unde nu s'a ajuns chiar la o insuf. cardiacă cu congestie pasivă, şi unde tuberculoza pulmonară nu a fost de loc agravată.

Intervenţia ideală consistă în a optura complect traectul fistulos:

1. sutura muşchilor intercostali ajunge să limiteze emfizemul, dar nu să-l suprime. Muşchii intercostali sunt subţiri şi nu obturează bine breşa ce-i traversează.

2. operaţia lui Ecot e mai bună: două catguturi groase în 8

de cifră, ce prind în acelaş timp: pleura parietală, intercostalii şi planul marelui pectoral (operaţie complectă) — operaţie posibilă la un traect fistulos lăsat de pleuroscop, mai dificilă când e de găsit finul traect al unui ac de pneumotorace.

Raymond Bernard caută să restabilească o comunicare uşoară între traectul fistulos şi atmosfera exterioară. O largă incizie crucială la nivelul traectului punctiei, incizia sistematică a diverselor planuri până la descoperirea spaţiului intercostal traversat, tamponarea plăgii ca să lase loc liber trecerii bulelor de aer. In mai puţin de 48 de ore a dispărut infiltraţia gazoasă.

Spitalul de Stat Târgu-Mureş
Secţia Medicală. — Medic primar: D-r P. Musca

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PATOGENIEI EDEMULUI PULMONAR IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ DE HEMORAGIE SUBARACHNOIDIANĂ

de

D-r HERMANN E. şi **D-r KOVACS L.**
Medici secundari

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se descrie un caz de hemoragie subarachnoidiană în urma rupturii unui anevrism al arterei cerebrale ant. provocând edem pulmonar şi moarte.

Cazul inspiră consideraţiuni asupra patogeniei edemului pulmonar de origine pur cerebrală.

Problema patogeniei astmului cardiac şi a edemului pulmonar se discută şi în zilele noastre. Vechea concepţie pur mecanică, care presupune o insuficienţă a ventriculului stg. pe lângă păstrarea contractilităţii celui drept, este contestată de aderenţii teorii patogeniei centrale. Majoritatea autorilor moderni presupun o iritaţie a centrelor nervoase şi declanşarea astmului cardiac pe cale reflexă, care în ultima fază poate să conducă la edem pulmonar. Această iritaţie a centrelor nervoase provocată de produsele unui metabolism vicios în urma insuficienţei circulatorii de origine cardiacă (influenţa anoxemiej, concentraţia mărită a CO_2, pH-ul mărit, acidul lactic etc.), este aproape în unanimitate admisă de autorii moderni. Discutată este însă şi astăzi existenţa astmului cerebral pur, la care iritaţia primitivă a centrelor nervoase ar fi singura cauză a astmului cardiac şi a edemului pulmonar. Observaţiunea cazului descris mai jos permite poate o concluzie în favoarea existenţei astmului cerebral pur.

In ziua de 25 Febr. 1947, B. J., măcelar, necăsătorit, în vârstă de 41 ani, este adus la ambulanţa spitalului nostru în stare de inconştienţă, cu dispnee gravă, spume sero-sangvinolente pe buze, paloarea tegumentelor şi cianoza mucoaselor vizibile.

In antecedente aflăm un lues tratat (?), Bolnavul este un etilic şi tabagic puternic.

Istoricul boalei: La abatorul oraşului, măcelarul B. J., în timpul muncii în „plină sănătate", cade brusc inconştient şi în acelaşi timp devine grav dispneic. Medicul veterinar, şef al abatorului, fiind de faţă, notează pe lângă dispneea aritmică şi apariţia spumei seroase pe buze, chiar dela începutul stării de inconştienţă. Un medic chemat la abator îi face o injecţie de cofeină şi dispune transportarea urgentă la spital. In acest timp medicul observă respiraţie de tip Cheyne-Stokes.

Starea bolnavului la primire: Stare inconştientă, cu paloare pronunţată a tegumentelor şi cianoza mucoaselor. Bolnavul are sudori reci pe frunte, Extremităţile superioare în flexiune, cele inferioare în extensiune. Tabloul este dominat de o dispnee tip Kussmaul, buzele bolnavului sunt acoperite de o spumă sero-sanguinolentă. Gura nu poate fi deschisă din cauza trismusului.

La aparatul respirator pe lângă un torace dilatat se constată o ploaie de raluri subcrepitante şi crepitante întinse pe ambele hemitorace, acoperind complect murmurul vesicular.

Aparatul circulator: sgomotele cardiace nu se percep, fiind acoperite de ralurile edemului pulmonar. Puls abia perceptibil la început, după 1/4 mgr. Strophantina revine pentru un scurt timp. La puncţia venoasă sângele obţinut este de culoare închisă.

Aparatul uro-genital: La prepuţiu se constată un şancru dur recent. Urina scoasă cu sonda conţine multă albumină.

Sistemul nervos: Reflexele tendinoase sunt exagerate, Babinski spontan pozitiv. La puncţia lombară, lichidul cefalo-rachidian amestecat cu sânge, având culoarea roşie-vie, ţâşneşte cu mare presiune.

Bolnavul moare în scurt timp în inconştienţă şi cu fenomene de edem pulmonar acut.

Pe baza simptomelor de mai sus, s'a pus diagnosticul clinic de **edem pulmonar acut,** cauzat de compresiune cerebrală în urma unei pachimeningite hemoragice interne.

La **examenul anatomo-patologic** (Institutul anatomo-patologic, Prof. D-r L. Haranghi) se constată: Hemoragie cu chiaguri sanguine a părţii anterioare şi a suprafeţei bazale a ambelor loburi frontale. Circumvoluţiunile cerebrale sunt turtite, massa cerebrală e anemică. Ventricolele cerebrale de calibru mediu, conţin sânge. Ambele plexuri vasculare ale ventriculelor laterale prezintă câte o pungă de mărimea unei alune cu pereţii subţiri transparenţi. Nucleii centrali, puntele, măduva bulbară şi cerebelul au aspect identic cu creerul. Artera cerebrală anterioară prezintă mai multe dilataţii circumscrise de mărimea unei linte. Pe faţa inferioară a lobului frontal drept, arterele sunt dilatate în măsură mai mare cu pereţii rigizi, iar anevrismele sus menţionate sunt înconjurate de chiaguri. La cord se relevă grosimea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mioacrdului: la ventricolul stâng de 12 mm., la cel drept de 3 mm. Ambele ventricole dilatate cu mușchii papilari turtiți. Greutatea cordului 440 gr. Arterele coronariene sunt ectaziate cu pereți rigizi, pe intima se găsesc mici plăci ateromatoase proeminente, net circumscrise, de mărimea unui cap de ac de gămălie, fiind prezente și în ramificările interventriculare.

Pulmonii de culoare roșie lividă, la presiune apare spuma sero-sanguinolentă în mare cantitate. Aorta toracică și abdominală anatomic normale, La restul organelor inclusiv rinichii nu se semnalează nimic patologic.

Diagnoza anatomo-patologică: Arterioscleroză gravă a arterelor cerebrale cu anevrisme ale arterelor cerebrale anterioare de mărimea unei linte. Se presupune (macroscopic) că aici ar fi originea hematomului subarachnoidian a lobului frontal. Hematocefal extern și intern. Anemie și edem al creerului. Arterioscleroza arterelor coronariene cu ectazie concomitentă. Hipertrofia și dilatația cordului. Edem hemoragic pulmonar, Chist arachnoidian bilateral al ventricolelor cerebrale laterale. Osteoscleroza craniului.

Rezumând observația clinică și rezultatul examenului anatomopatologic putem conclude că acest caz prezintă o formă pur cerebrală a astmului cardiac resp., a edemului pulmonar. Trebue să concludem în acest sens luând în considerație pe de o parte faptul că edemul pulmonar a apărut imediat după ruptura anevrismei arterei cerebrale și hipertensiunea intracraniană consecutivă; pe de altă parte, micile leziuni sclerotice ale arterelor coronariene, de altfel ectaziate, exclud posibilitatea unei insuficiențe coronariene grave. Deci acest edem pulmonar a survenit cu toată probabilitatea pe cale reflexă cerebropulmonară, sau mai puțin probabil tocmai din cauza declanșării instantanee a edemului pulmonar pe cale reflexă cerebrocoronariană. Existența acestor căi reflexe cerebropulmonare și cerebrocoronariene de altfel sunt documentate prin observări clinice și experimente fiziopatologice în literatură. Astfel pledează pentru această posibilitate cazurile de alterații patologice ale creerului cu edem pulmonar, survenit și în timpul intervențiilor chirurgicale craniene, cordul fiind intact. Cităm experimentele lui Luisada cu încrucișarea circulației la câini, observând că edemul pulmonar se declanșează numai la acel câine, la care sângele adrenalinizat trece prin circulația cerebrală. Pe lângă aceste fapte pledează pentru originea cerebrală a astmului cardiac și a edemului pulmonar și faptul, că morfina are influență calmantă în aceste cazuri, precum și observațiunea lui Wassermann și Hess, cari prin comprimarea pneumogastricului au obținut în unele cazuri încetarea edemului pulmonar.

In observațiunea noastră patogenia edemului pulmonar nu poate fi interpretată decât prin compresiunea bruscă din partea hematomului intraventricular și bazal asupra centrelor vitale cerebrale, deci și asupra centrului sau trunchiului pneumogastric, pentru care fapt pledează și albuminuria observată și de noi, descrisă de mai mulți autori la rinichi intacți în cazuri de hemoragii intracraniene. Un centru de albuminurie a fost descris chiar de Claude Bernard în imediata vecinătate a centrului de glicosurie clasic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sanatoriul Moroeni-Dâmboviţa
Director: D-r S. Rusu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE HEMOPTIZIE FULGERĂTOARE

de

D-r O. IVANCENCO şi **D-r M. P. BREZEANU**

Hemoptiziile tuberculoase fulgerătoare, în urma studiului lor anatomo-clinic făcut de Rasmüssen [1]), erau explicate prin ruptura anevrismului unei arteriole pulmonare, denudate în procesul de formare şi creştere a cavernei tuberculoase. Cercetările anatomo-patologice recente ale lui Pagel [2]) şi ale lui Auerbach [3]) confirmă constatările lui Rasmüssen.

Ameuille şi Fauvet [4]), descriu cazuri când hemoptizia a urmat unei rupturi arteriale sau venoase în bronşie, fiind provocată de un proces ulcerativ al peretelui bronşic care cuprinsese şi peretele vascular. Ei descriu de asemeni şi anevrisme interstiţiale produse prin ulcerarea unui nodul periarterial.

In unele cazuri însă, moartea fulgerătoare în urma unei hemoptizii nu putea fi explicată prin ruptură vasculară, cele mai minuţioase cercetări neputând să o descopere (Ameuille [5]). De asemeni părea inexplicabile cazurile unde moartea urma în urma unei hemoptizii minime.

Mol. Chirurgie Universitatea Cluj

R. Even [6]) comunică 6 cazuri de hemoptizii minime, însoţite de o paloare lividă, contracţiuni ale feţei şi moarte imediată. La autopsia a 4 din ele, el nu găseşte decât un edem şi o hiperemie a ţesutului pulmonar aparent sănătos.

Un studiu aprofundat al acestor hemoptizii fără ruptură vasculară, a fost făcut de Jacob şi Brocard [7]), care la autopsia a 3 cazuri de hemoptizii fulgerătoare minime, 2 cazuri de hemoptizii fulgerătoare abundente şi 2 cazuri de hemoptizii prelungite mortale, nu găsesc nicio ruptură vasculară. In toate cazurile însă în parenchimul aparent sănătos, ei constată prezenţa unor leziuni focale sau difuze apoplectiforme, şi a unui edem mai mult sau mai puţin hemoragic. In parenchimul cu alteraţiuni cazeoase sau fibro-cazeoase cavitare ei nu găsesc nicio urmă de hemoragie.

Intr'un articol recent, Jacob şi Renault [8]) publică alte 2 cazuri de hemoptizii fulgerătoare, prezentând aceleaşi leziuni anatomo-patologice. Ei au făcut în aceste cazuri injecţia arborelui arterial pulmonar cu gelatină, după metoda lui Ameuille, şi n'au putut descoperi nicio ruptură vasculară.

Comunicăm mai jos un caz asemănător.

Observ. — B. H., 21 jum. ani, se internează la 22 N-brie 1945, cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară fibro-cazeoasă cavitară stângă, nodulară dreaptă, pyo-pneumothorax stâng cu perforaţie pleuro-pulmonară şi

thoracotomie. BK +. Boala începe în Oct. 44, cu pleurezie purulentă stângă. I se face thoracotomie şi se introduce un dren. In Mai 45, i se găsesc pentru prima dată leziuni pulmonare tuberculoase ale vârfului stâng. Bolnavul longviliniu, astenic, tegumente şi mucoase palide, extremităţile reci şi umede, unghii hipocratice. Ganglioni cervicali măriţi, bilateral, elastici, mobili. Orificiul thoracotomiei pe linia axilară posterioară. Voce voalată, la examenul ORL (D-r Dragomirescu), o mică ulceraţie pe coarda vocală stângă. Radioscopic, hemithoracele stâng retractat; 1/2 sa superioară cu desen foarte accentuat trabecular, umbrită neomogen cu mici clarefieri, o imagine cavitară subclaviculară. Pneumothorax bazal extern stâng. In dreapta, infra-hilar, desen accentuat, un grup de mici noduli cu margini estompate. Bolnavul este febril, inapetent, are cefalee şi insomnii. Tuşeşte şi expectorează mult. I se face un drenaj cu sifon şi spălături săptămânale cu chinin-urethan, după care simte gust amar în gură. Către sfârşitul lunei Aprilie, starea lui generală se ameliorează, temperatura se stabilizează, radioscopic în pulmonul drept nu se mai observă decât câţiva noduli bine limitaţi; pulmonul stâng statu quo.

In ziua de 5 Mai 1946, pe un timp frumos cu soare, cca 1/4 oră după ce a ieşit la plimbare, după terminarea curei de dimineaţă, se apleacă spre a ridica un obiect. Indreptându-se, devine subit palid, i se crispează faţa, face câteva mişcări desordonate cu mâinile, are o hemoptizie de cca 200 cc., moare instantaneu.

Autopsie: Pulmonul stâng foarte aderent de thorace, cu pleura mult îngroşată, cu o fibroză densă în ochiurile căreia se găsesc lobuli cazeificaţi, în unele locuri ramoliţi, cu cazeumul evacuat. In partea postero-supero-externă, o mare cavernă neregulată cu pereţi anfractuoşi, membrană pyogenă groasă. Bronşiile, dela cele de gr. II, cu pereţi îngroşaţi, infiltraţii, pe alocuri ulceraţi, acoperiţi cu o magmă pyoidă. Se descoperă un traect fistulos ce leagă punga de pneumothorax cu bronşiile. Punga de pneumothorax cu pleura mult îngroşată, gălbue, lucioasă, acoperită cu un strat subţire purulent. In bronşiile mari, în cavernă şi în pungă, puţin sânge coagulat. După ce se spală pulmonul, se examinează atent fără a se găsi vreo ruptură vasculară. Pulmonul drept aderent în câteva locuri la perete, roşu-violaceu în partea postero-inferioară, cu bosse rozate în partea antero-inferioară şi externă. Lobul superior drept aparent sănătos, în lobul inferior numeroase leziuni acino-nodulare cazeoase, câteva leziuni acino-nodulare în lobul mijlociu. Partea posterioară a lobului inferior este ocupată de un focar difuz apoplectic, partea anterioară şi cea externă, precum şi o mare parte a lobului mijlociu prezintă numeroase focare roşii sau rozate de edem, din care se scurge la presiune un lichid spumos rozat şi care plutesc pe suprafaţa apei. Multe din aceste focare sunt aşezate în parenchim aparent sănătos, altele în jurul leziunilor acino-nodulare. Bronşiile sunt pline cu sânge. Nu se găseşte sânge în stomac.

Ne găsim deci în acest caz, în faţa aceluiaşi tablou anatomo-clinic ca acel descris de Even, Jacob şi Brocard — o hemoptizie mortală minimă, însoţită de semne clinice de shock şi caracterizată anatomo-patologic prin focare apoplectice şi edematoase ale parenchimului sănătos sau puţin atins de procesul tuberculos.

Digitized by Romanian Academy Library, Bucharest

Jacob şi Brocard explică acest sindrom apoplecto-edematiform pulmonar printr'un brusc desechilibru neuro-vegetitiv. Ei se bazează în această explicaţie pe cercetările experimentale ale lui Reilly [9]), care prin iritaţia splanchnicului la animale, cu diferite produse tonice, produce o tumefacţie hemoragică a plăcilor lui Peyer, cât şi pe cercetările lui Delorme, Justin-Bezançon şi Bardin, care prin injecţii intravenoase de substanţe inerte în suspensie, au obţinut infarcte embolice pulmonare, explicate de ei prin iritaţia terminaţiilor neuro-vegetative vasculare. Această iritaţie neuro-vegetativă, ar provoca după Ungar, Grossiord şi Brincourt [10]), o eliberare de histamină la nivelul terminaţiilor vegetative senzitive, cu efect vaso-dilatator urmat de transudat edemato-hemoragic alveolar.

Această explicaţie a fost confirmată în ce priveşte componenţa sa neuro-vegetativă, prin efectul anti-hemoptoic şi anti-edematos al blocajului simpatic prin novocaină. Mediaţia chimică a procesului pare a fi mult mai complexă, afară de histamină intervenind şi alţi metaboliţi şi hormoni celulari.

KIST HIDATIC PRIMITIV AL CORDULUI

Diagnostic de prezumţie

de

D-r V. MUNTEANU şi D-r MARCEL IONESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin evoluţia mijloacelor de investigaţiune clinică şi de laborator, tumorile cardiace au intrat într'o epocă nouă.

Capitolul restrâns al simptomatologiei lor, din tratatele clasice, capătă astăzi o extensiune mai mare, datorită radiologiei şi examenelor de laborator.

Astfel se explică cum, tumorile cardiace, cari aliădată erau descoperiri de autopsie, să fie surprize de radiologie.

Radiologia, preţios adjuvant al clinicei, este singurul mijloc de disecţie pe viu şi descoperitor al misterelor ce se petrec în adâncul organismului, fără zgomot sau vreo manifestaţiune clinică.

Pe marginea acestor reflexiuni, vom reda mai jos cazul unui bolnav cu o tumoră cardiacă pe care l-am urmărit aproape 5 ani,

---

1. Rassuüssen V. — Hospital Tidende 1868.
2. Pagel. — Beitr. z. Klin. der Tbk. 1927.
3. Auerbach O. — Amer. Rev. of. Tub. 1939.
4. Ameuille P. şi Fauvet J. — Soc. méd. des Hôp. de Paris 1941.
5. Ameuille P. — citat după E. Rist: Sympt. de la Tub. Pulm. 1943.
6. Even R. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1936
7. Jacob P., Brocard H. — Rev. de la Tub. 1939.
8. Jacob J. şi Renault. — Rev. de la Tub. 1943.
9. Reilly, Rivalier, Compagnon, Friedmann, Pharn, Buit. Ann de Méd. 1936
10. Ungar, Grossiord şi Brincourt. — Ann. d'Anat. path. 1936.

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/947

PLANŞA I

KIST HIDATIC PRIMITIV AL CORDULUI
(DIAGNOSTIC DE PREZUMŢIE)

de

V. MUNTEANU şi MARCEL IONESCU

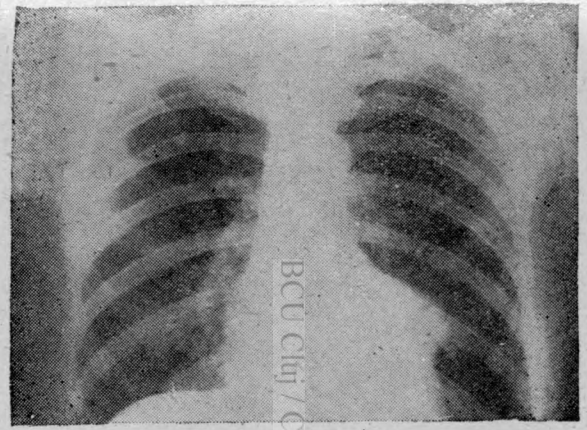

Fig. 1. — 19 Noembrie
Inspiraţie profundă: Se observă deformarea imaginei denotând o aderenţă

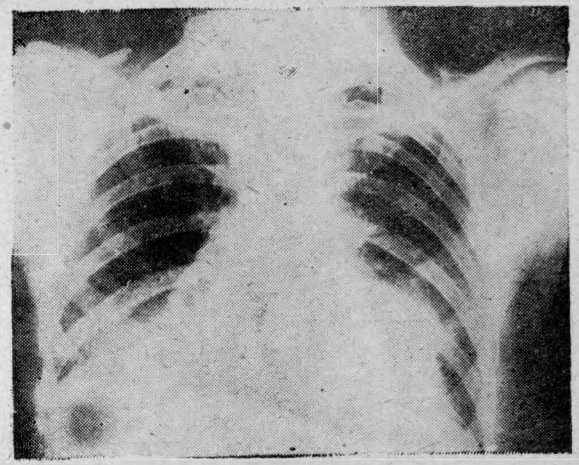

Fig. 2. — 19 Noembrie 1943
Expiraţie profundă

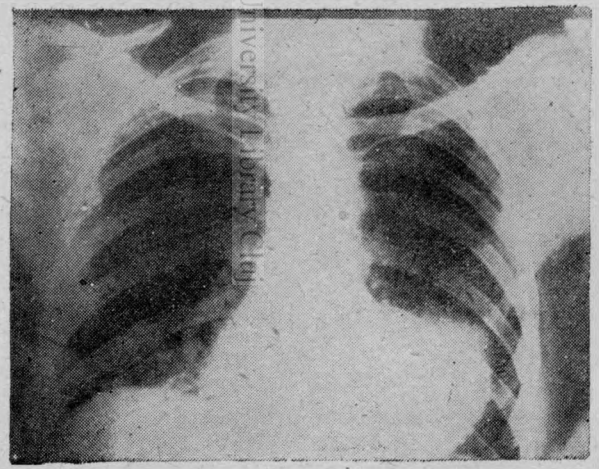

Fig. 3. — 10 Noembrie 1946
apare semnul lui Belot şi Penteuil

Fig. 4. — 10 Noembrie 1946
Radiografie în oblică anterioară stângă evidenţiind şi mai bine rotunzimea tumorei şi semnul lui Belot şi Penteuil

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/947

PLANŞA II

KIST HIDATIC PRIMITIV AL CORDULU
(DIAGNOSTIC DE PREZUMŢIE)

de

V. MUNTEANU şi MARCEL IONESCU

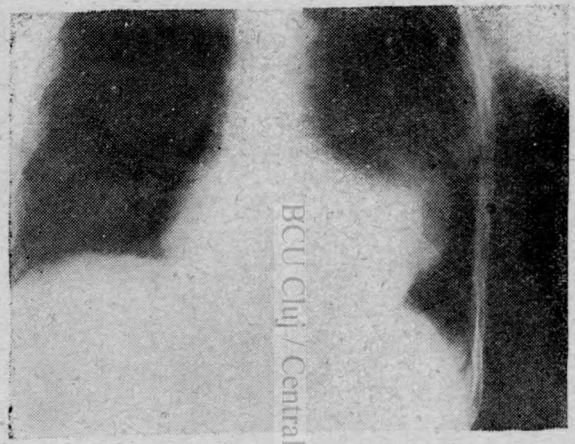

Fig. No. 5. — 6 Febr. 1947
Semnul lui Belot şi Penteuil net vizibil.

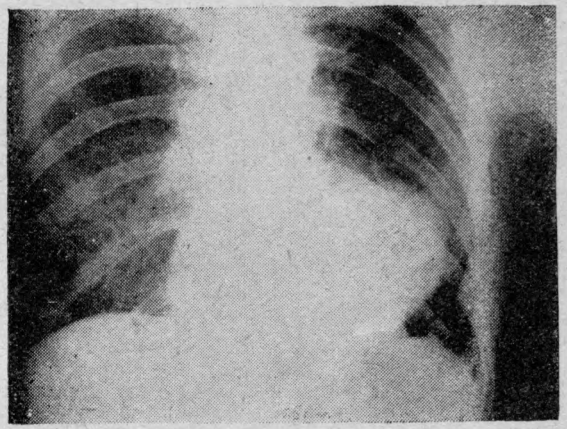

Fig. 6. — 5 Martie 1947
Tumora mult crescută de volum; acelaş aspect.

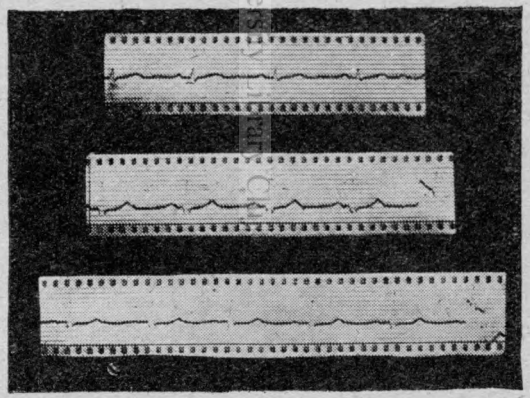

Fig No. 7 — 5 Martie 1947
Electrocardiograma, în repaos, normală

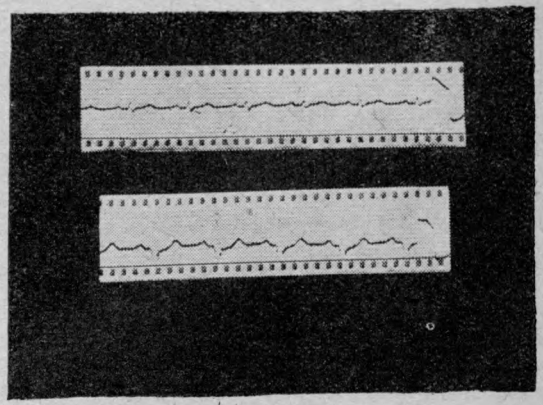

Fig No. 8 — 5 Martie 1947
Electrocardiograma după, efort normală

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în diferite faze de evoluţie, fără ca în acest timp să se fi putut contura un diagnostic precis.

Vom încerca să confruntăm datele clinice cu cele de laborator, discutând valoarea fiecăreia, pentru ca apoi, prin eliminare, să ajungem, în baza argumentării, la un diagnostic de probabilitate.

Intervenţia chirurgicală — sau eventual necropsică — ne va judeca dacă am avut sau nu dreptate.

Observ. — Este vorba de bolnavul D. I., de 52 ani, colonel, care la 6 Febr. 1947, este trimis de Comisia Medico-Militară Mixtă, de război, a unui corp de armată, pentru a i se preciza diagnosticul, susnumitul fiind în situaţia de „revizuibil".

Subiectiv acuză dureri uşoare în spaţiul 8 intercostal stâng — pe linia axilară — cu caracter intermitent, survenind la eforturi sau în mişcările de torsiune ale toracelui.

In antecedentele heredo-colaterale şi personale: colică hepatică acum 7 ani şi o colică renală acum un an. Neagă sifilisul. B. Wassermann în repetate rânduri negativ.

Inceputul boalei are loc în anul 1941/1942, pe când era pe front, în mod brusc, printr'o stare generală de rău, ameţeli, cefalee şi un puseu de urticarie, aproape generalizat, cu predominenţă pe regiunea abdominală inferioară şi pe coapse, care dispare împreună cu starea generală proastă după 2 săptămâni de repaus la o ambulanţă.

Un amănunt, demn de reţinut, este mărturisirea bolnavului că, la popota unde lua masa, numeroşi câini se aglomerau după mâncare.

In Aprilie 1943, întâmplător, la un examen radioscopic, i se descopere o formaţiune tumorală pe cord.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

De atunci este urmărit anual, fiind văzut şi de alţi medici, fără a se putea preciza dacă este un anevrism, tumoră sau kist hidatic al cordului.

Bolnavul se prezintă cu o sănătate, în aparenţă foarte bună. Are 71 kgr. şi nu manifestă niciun semn subiectiv, afară de o jenă dureroasă în spaţiul 8 intercostal stâng — pe linia axilară — în timpul mişcărei de torsiune a toracelui spre stânga.

N'are dispnee. Pulmonar niciun semn clinic subiectiv sau obiectiv.

Vârful cordului bate în spaţiul 5 intercostal stâng, în afara liniei medioclaviculare.

Orificial niciun zgomot supra adăogat. Zgomotul 2 uşor accentuat.

Tensiunea arterială, la Vaquez-Laubry, Mx. 12,5 şi Mn. 8.

Din partea tubului digestiv nimic de semnalat. Sistemul nervos indemn.

Examen de laborator: Examenul urinei normal. Ureea în sânge 0,32. B. Wassermann negativ.

Hemograma (D-r Bârzu): No. globulelor roşii 4.320.000; No. globulelor albe 6650.

Formula leucocitară: Eozinofile 1%, Bazofile 1%, Neuutrofile nesegmentate 3%, Neutrofile segmentate 66%, Limfocite 24%, Monocite 5%.

Sero-reacţia Weinverg-Pârvu (D-r Bârzu), negativă. Intradermo-reacţia Cassoni (D-r Bârzu) negativă.

Examenul radioscopic şi radiografic arată o formaţiune tumorală, cu aspect net rotunjit, bine conturată, contopindu-se în regiunea internă cu opacitatea ventricolului stâng. Tumora se găseşte pe faţa posterioară a ventrico-

lului stâng şi este animată de pulsaţiile sale. Mărimea sa se apreciază la o portocală mare, ajungând aproape de peretele postero-extern stâng al toracelui.

Din 1943 şi până în prezent, acest bolnav a fost urmărit anual.

In acest interval i s'au făcut nenumărate radioscopii şi radiografii, precum şi hemograme.

Din cercetarea acestora desprindem următoarele fapte pline de interes:

1. Electrocardiogramele executate (în 1943, Spit. Colţea, în 1945 şi 1947, Spit. Militar Craiova), în repaos şi după efort, au rămas normale. (Fig. 7 şi 8, Martie 1947, D-r Marcel Ionescu).

2. Radiografiile din faţă şi profil, cât şi radioscopiile ne informează constant asupra unei tumori rotunde ce face corp comun cu inima fiind animată de pulsaţiile acesteia.

La 15 Febr. 1943, Spitalul Militar Craiova o semnalează pentru prima dată. (Fig. 1 şi 2 în inspiraţie şi expiraţie. D-r Marcel Ionescu).

La 19 Mai 1943, Spitalul Militar „R. F." Buc., ajunge la concluzia unei tumori a miocardului sau anevrism.

La 25 Mai 1943, Spitalul Colţea crede a fi o tumoră a pericardului sau un kist hidatic. Radiokimografia (Conf. D-r Lazeanu) arată că la nivelul zonei proeminente se disting mişcări pulsatile sincrone cu contracţiile ventriculare.

La 21 Martie 1944, Spit. Colţea arată că imaginea este uşor crescută. La 1 Dec. 1945, Spit. Militar Buc., crede că este un kist hidatic pulmonar. La 19 Dec. 1945, Spit. Militar Craiova, arată că tumora ajunge la dimensiunile unei mandarine, cu contur extern convex, bine delimitat, situată la nivelul şi înapoia ventricolului stâng, făcând corp cu acesta şi este animată de pulsaţiile acestuia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 10 N-brie 1946, revăzut, se observă că tumora a crescut mult, ajungând la dimensiunile unei portocale mari, fiind animată de pulsaţiile ventricolului stâng. (Fig. 3 şi 4. D-r Marcel Ionescu).

La 6 Febr. şi 5 Martie 1947, se constată acelaşi aspect, tumora având un aspect net kistic şi fiind animată de contracţiile ventriculare. (Fig. 5 şi 6). A crescut mult dela ultimul examen. Se distinge net semnul decolărei al lui Belot şi Penteuil, patognomonic kistelor hidatice cu desvoltare pulmonară.

Din punct de vedere clinic reţinem următoarele fapte:

1. Din anamneză reţinem contactul bolnavului cu câinii, pe front în 1941, şi puseul urticarian în debut.

2. Evoluţia făcută fără vreo simptomatologie alarmantă atât în debut cât şi mai târziu.

3. Lipsa completă a fenomenelor de compresiune pulmonară, vasculară şi mediastinală.

Inarmaţi cu aceste elemente esenţiale de diagnostic s'a procedat la:

1. Eliminarea tumorilor şi afecţiunilor cronice mediastinale, prin lipsa fenomenelor de compresiune a organelor de vecinătate şi prin sediul obişnuit al acestora.

2. Eliminarea tumorilor, afecţiunilor şi kistelor pulmonare, prin lipsa fenomenelor frecvente din partea plămânilor (atelectazie, he-

moptizie, fenomene de compresiune bronşică cu stază şi în general prin sediul obişnuit al acestora sau frecvenţa lor).

3. Discutarea dacă tumora ţine de cord sau de plămân.

S'a ajuns la concluzia că tumora ţine de cord dat fiind:

— sediul ei la nivelul cordului;

— examenul radiologic care a arătat dela început că tumora a făcut corp cu ventricolul stâng urmându-l în mişcările de lateralitate şi respiratorii; tot timpul a fost animată de pulsaţiile cordului.

4. Eliminarea tumorilor primitive ale cordului şi alegerea tumorei cardiace care se poate prezenta cu acest aspect şi cu această simptomatologie.

Din acest punct de vedere s'a discutat anevrismul parietal al cordului şi kistul hidatic primitiv.

Anevrismul s'a eliminat prin: lipsa debutului dramatic — ca în infarctul miocardic —, absenţa permanentă a modificărilor electrocardiografice şi lipsa fenomenelor subiective şi obiective din partea cordului, după 5 ani de evoluţie.

In sprijinul kistului hidatic cardiac am venit cu următoarele date:

a) Debutul insiduos cu fenomene de şoc anafilactic, marcat prin puseul urticarian.

b) Aspectul rotund, net conturat, cu o zonă semilunară mai clară — semnul decolărei lui Belot şi Penteuil — şi contopirea tumorei în zona sa internă cu ventricolul stâng ale cărui contracţii îi imprimă pulsaţii. (Fig. Nr. 4—6).

c) Eozinofilia — de 4% în 1943 la Inst. „D-r Cantacuzino" şi de 7% în 1945 la acelaş laborator.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

d) Intradermo — reacţia Cassoni slab pozitivă — în 1943 la „Instit. D-r Cantacuzino şi în 1945, Noembrie, la Spit. Militar „R. E" Buc.

e) Informaţia bolnavului că, pe front în 1941, se găseau numeroşi câini la popota unde lua masa.

f) Evoluţia tumorei la dimensiuni impresionante, fără a se manifesta clinic printr'o simptomatologie deosebită.

g) Traseele electrocardiografice, în repetate rânduri, normale.

h) Sediul tumorei pe faţa posterioară a ventricolului stâng, localizare de elecţie a kistului hidatic cardiac.

i) Absenţa altor tumori cu aspect kistic, în organism, pledează pentru kistul hidatic cardiac primitiv.

Pe aceste consideraţiuni ne-am întemeiat diagnosticul de kist hidatic cardiac primitiv localizat pe ventricolul stâng.

Evoluţia ulterioară a acestui caz este întunecată.

Moartea pândeşte bolnavul. Aceasta ar putea surveni printr'o asistolie progresivă sau sincopă; ruperea kistului în pericard sau cord cu embolii grave în creer şi plămân sau obliterarea orificiilor cardiace şi a vaselor periferice.

Involuţia — pe care Dévé o dă posibilă în 12% din cazuri — nu poate fi aşteptată în cazul nostru, deoarece kistul are tendinţă continuă la dezvoltare.

Astfel ne-am întemeiat hotărârea de a determina bolnavul să se opereze.

Kistul având o dezvoltare spre pericard, și deci spre plămân, poate fi abordabil.

Intervenția chirurgicală, desigur, va fi temerară, dar cazul lui Opokin și Kolyn — singurul găsit în literatură — care după incizie și drenaj — fără sutură — au salvat bolnavul, ne-a încurajat.

Kistul hidatic cardiac — după cum se știe — este de o extremă raritate. In literatura medicală mondială se găsesc publicate 142 cazuri. Poate că ar fi mai des întâlnit în practica medicală, dar, datorită evoluției sale mute a rămas o descoperire de autopsie în marea majoritate a cazurilor.

Ch. Laubry mărturisește aceasta și arată în tratatul său că l'a întâlnit o singură dată la o necropsie.

Cranwell și Vegas, pe 1384 de cazuri de echinococoză, culese din Argentina și Islanda, citează un singur caz de localizare pe cord.

Dévé pe 177 cazuri, iar Colombani pe 147 cazuri de echinococoză citează fiecare câte două localizări cardiace.

In România s'au publicat 4 cazuri de kiste hidatice cardiace — toate descoperiri de autopsie —. (Alexianu 1884, S. N. Stoenescu 1898, Bacaloglu, Bălan, Baliff și C. Vasilescu 929, Hațieganu și Goia 1936).

In mai toate aceste cazuri moartea s'a produs prin complicații secundare sau sincopă cardiacă.

A. Clerc arată în tratatul său că diagnosticul nu s'a făcut niciodată bolnavul fiind în viață, deși, radioscopia ar fi putut să ne aducă reale servicii.

Kistul hidatic cardiac primitiv având o simptomatologie clinică neevidentă iar pe de altă parte fiind bine suportat de cord — în timpul evoluției sale — îngreunează considerabil depistarea sa.

Revenind la cazul nostru, amintim că, un examen radioscopic întâmplător, a descoperit acest kist aproape de începutul evoluției sale.

Dezvoltarea kistului în afara cordului, spre plămân, și urmărirea evoluției sale ani dearândul a ușurat mult diagnosticul.

Semnul decolărei al lui Belot și Penteuil, semnalat în 1934 de Morquio, Bonaba și Sota în Rev. Sud americană No. 11 din Noemb., ne-a apărut la un moment dat net în zona pulmonară a kistului ce urmăream. (Fig. 4—6).

Kistul și-a păstrat tot timpul pulsațiile ritmice, cu caracter expansiv, sincrone cu bătăile cordului. Datorită acestui fapt s'a discutat dacă nu cumva este vorba de un anevrism cardiac. Traseele electrocardiografice — în repaos și după efort — au exclus această posibilitate deoarece au rămas întotdeauna normale.

Menționăm aderența pericardică care s'a evidențiat chiar dela început — prin radiografii în inspirație și expirație (fig. 1—2) — mai târziu prin durerea pe care o acuza bolnavul la mișcările de torsiune și efort în zona axilară stângă. Aceste aderențe au fost găsite frecvent la autopsiile bolnavilor cari au avut asemenea kiste ale cordului.

Remarcăm rezistența miocardului care a putut să suporte așa

de bine acest kist, devenit în ultimul timp impresionabil prin mărimea sa.

Am publicat acest caz sub rezerva unui diagnostic de prezumţie, rămânând ca intervenţia chirurgicală să-l confirme.

Lucrare făcută în Sanatoriul Moroeni-Dâmboviţa
Director: D-r S. Rusu

ATELECTAZIE PULMONARĂ TOTALĂ, DUPĂ FRENICECTOMIE COMPLIMENTARĂ PNEUMOTORAXULUI TERAPEUTIC

de

D-r CONSTANTIN IONESCU
Medic primar

D-r PETRE ROŞU
Medic primar chirurg

D-r EUGEN STĂNESCU
Intern

D-rd D. UNGUREANU
Intern

Atelectazia pulmonară este considerată ca un sindrom ce se manifestă la nivelul regiunii pulmonare atinse, clinic, prin matitate şi absenţa murmurului vezicular şi radiologic printr'o opacitate marcată şi uniformă, cu limite bine definite, asociată cu semne de retracţie: deviaţia traheei, atracţia mediastinului, ascensiunea scizurilor, deplasări ale reperelor pulmonare, deformări ale diafragmului, retracţia spaţiilor intercostale etc., iar când este vorba de un pneumotorax, constatarea unei exagerări a presiunii negative intrapleurale este un simptom fidel şi constant.

Ea poate interesa pulmonul în întregime, poate fi parţială, sau bilaterală şi totală, după mecanismul ce o produce.

Atelectaziile pulmonare produse prin anumite stări infecţioase sau postoperatorii, au făcut obiectul a numeroase comunicări. S'a observat astfel, atelectazie pasageră consecutivă obstrucţiei bronşiilor prin corpi străini, printr'un chiag de sânge, prin compresiuni lumorale sau broncho-spasm.

Sergent şi Vibert au comunicat cazuri asociate de atelectazie pulmonară şi paralizie a frenicului, a căror origină se explică printr'un proces inflamator de vecinătate, afectând funcţia nervoasă.

Cardis şi Pellissier atrag atenţiunea asupra faptului că mecanismul, clasic acceptat, al atelectaziei pulmonare parţiale sau masive, prin compresiuni, sau obliterare, nu epuizează toate posibilităţile de producere a ei şi trebue avut în vedere şi un al treilea mecanism, acela al atelectaziei prin contracţie pulmonară.

Chadourne spune că, în pneumotorax colapsul pare incapabil, singur, de a produce atelectazie; pentruca sub colaps un pulmon să se atelectazieze, trebue ca permeabilitatea bronşică să fie supri-

mată, fie printr'un factor mecanic, fie printr'un reflex broncho-motor.

Atelectazia diferă de stările pulmonare consecutive suprimării aerației lobulilor, care se cunoaște sub numele de colaps pulmonar. Parenchimul în colaps pare macroscopic transformat într'un țesut contractat de coloraţie gris, gris-verzui însă, fapt dominant este ischemia generală a parenchimului pulmonar. Colapsul este pal, în timp ce atelectazia este roșie-violacee.

In atelectazie, se produce o rezorbţie a cerului conţinut în alveole, ca urmare a obstrucţiei bronşice, pe când în colaps, aerul este expulzat din alveole printr'o presiune exercitată asupra pulmonului prin aderenţe pleurale, tumoră, sau acţiunea unui pneumotorax terapeutic sau spontan.

Colapsul poate conduce la atelectazie, când mecanismul care îl produce se accentuiază. Cei doi termeni, atelectazie şi colaps, traduc un acelaş fenomen, o retracţie alveolară, produsă printr'un mecanism diferit.

Fără a intra mai mult în amănunte asupra fenomenului de atelectazie, atât de desbătut în ultimii ani, redăm mai jos două interesante cazuri de atelectazie pulmonară totală după frenicectomie complimentară pneumotoraxului terapeutic.

Observ. 1-a. — Bolnava B. E., în vârstă de 28 ani, căsătorită, se internează în Sanatoriul Moroieni, la 3 Iunie 1946, pentru tuberculoză fibrocazeoasă bicavitară localizată în 1/2 inferioară a plămânului drept, însoţită de tuse şi expectoraţie muco-purulentă abundentă (200 cmc. în 24 ore) subfebrilitate, baciloscopie intens pozitivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In aceiaşi zi, i se institue pneumotorax artificial drept, obţinându-se o decolare parţială, lobul superior rămânând aderent axilar. Procesul cavitar este parţial influenţat; persistă tusea, expectoraţia în jurul a 200 cmc., 24 ore, şi o stare subfebrilă.

La o lună şi jumătate de la instituirea pneumotoraxului, în urma unei pleuroscopii, se secţionează un sistem de bride lamelare ce ţin prins lobul superior de peretele toracic posterior. Cum sistemul de bride se întinde şi pe peretele toracic anterior, cu parenchim pulmonar în imediată vecinătate, se întrerupe pleuroliza, avându-se în vedere un ulterior timp. După pleuroliză, leziunea, care acum se vede ca fiind net localizată în lobul inferior drept, nefiind decât puţin influenţată, tusea expectoraţia şi baciloscopia pozitivă persistând, ne gândim la complectarea colapsului cu o frenicectomie.

In ziua de 26 August 1946, facem exereza frenicului drept, fără niciun incident operator. A doua zi, controlând bolnava radiologic, constatăm: hemidiafragmul drept ascensionat cu două laturi de deget şi atelectazie totală a pulmonului drept, care este redus la dimensiunile unui pumn, nemaiputând distinge în opacitatea densă şi omogenă, conturul cavitar.

Grupul aderenţial anterior este întins pe o lungime de circa trei laturi de deget. Luând presiunile pleurale găsim 24—16. In zilele ce urmează, fenomenele de mai sus se menţin, bolnava devine afebrilă, tusea şi expectoraţia aproape au dispărut. Colapsul se menţine, neavând nevoie de insuflaţie timp de 18 zile. La trei săptămâni dela frenicectomie, intervenindu-se printr'un al doilea timp de Jacobaeus, se obţine un colaps total.

In zilele următoare, atelectazia începe să dispară, menţinându-se o

umbră densă, omogenă, de mărimea unui măr mic, în locul unde era leziunea.

La 18 Oct. 1946, bolnava părăseşte Sanatoriul.

Observ. 2-a. — Bolnava H. D., în vârstă de 20 ani, necăsătorită, se internează în Sanatoriul Moroeni la 1 August 1946, cu o leziune cavitară în pulmonul stâng, parahilară, având un diametru de circa 5 cm., inclusă într'un bloc pneumonic extins la cele două treimi superioare şi un infiltrat limtiat în 1/3 superioară a plămânului drept. Subfebrilă, uşoară stare toxică, expectoraţie muco-purulentă în jurul a 100 cmc./24 ore, baciloscopia intens pozitivă. La două zile dela internare, se institue pneumotorax artificial stâng, obţinându-se o decolare mediocră, din cauza unui sistem aderenţial, apical şi antero-lateral. Clinic, după instituire, dispare starea toxică, expectoraţia diminuiază puţin, baciloscopia se menţine positivă; radiologic, imaginea cavitară aproape neinfluenţată. La 40 zile dela instituire, se intervine printr'un prim timp de Jacobaeus, rezecându-se o parte din bridele apicale, precum şi o largă aderenţă lamelară laterală. Colapsul se ameliorează, pulmonul rămânând prins apical şi posterior în gutiera vertebrală, dimensiunile cavernei uşor diminuate; tusea şi expectoraţia persistă.

După una lună, se intervine printr'un al doilea timp de Jacobaeus, se reseră bridele apicale şi o parte din brida posterioară din gutiera vertebrală, obţinându-se un colaps aproape total al pulmonului. Caverna este influenţată parţial, rămânând de dimensiunile unei nuci mici. Bolnava este afebrilă, starea generală mult ameliorată, ia 4 kgr. în greutate, tusea aproape dispărută, expectoraţia redusă la câteva spute muco-purulente pe zi, baciloscopia încă pozitivă. Faţă de aceasta, hotărîm complectarea pneumotoraxului cu o frenicectomie stângă, pe care o şi executăm la 3 săptămâni dela al doilea timp de Jacobaeus.

A două zi după frenicectomie, constatăm: hemidiafragmul stâng ascensionat cu circa două laturi de deget, fenomenul Kienböck prezent, atelectazie totală a pulmonului stâng, acesta fiind redus la dimensiunile unei portocale; presiunile pleurale 18—8; în opacitatea densă şi omogenă a pulmonului, numai în poziţie oblică anterioară stângă, se desemnează conturul imaginei cavitare. Inserţia scurtă rămasă în gutiera vertebrală apare alungită. Aceste fenomene persistă în săptămânile următoare, bolnava neavând nevoie de insuflaţie timp de 24 zile. După acest interval, se intervine cu un al treilea timp de Jacobaeus, rezecându-se aderenţa rămasă şi alungită, obţinându-se colaps total.

In săptămânile următoare, pulmonul începe să se reexpansioneze, rămânând o uşoară atelectazie perilezională şi ritmul insuflaţiilor se reia normal.

In rezumat, este vorba de două cazuri similare de atelectazie pulmonară totală şi pasageră după completarea pneumotoraxului, care era parţial eficace, cu frenicectomie.

Ce mecanism de producere poate fi pus în cauză, pentru a explica aceste fenomene?

Am văzut în introducere, diversele cauze ce pot interveni în producerea fenomenului de atelectazie: compresiune bronşică, obliterare bronşică, sau un reflex broncho-motor de constricţie sau contracţie pulmonară.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Să vedem mai întâi, ce modificări poate aduce la nivelul pulmonului suprimarea nervului frenic?

Acestea sunt două: modificări mecanice şi neuro-vegetative.

Mecanice: detentă statică şi dinamică pe axul vertical al pulmonului. Statică, prin ascensiunea hemidiafragmului, datorită pierderii de tonicitate, şi împingerii lui de către presiunea abdominală; dinamică, prin lipsa de contracţie a hemidiafragmului şi deci detentă verticală în timpul mişcărilor respiratorii (Joly).

După cum vedem, este vorba de o acţiune de detentă a pulmonului, care nu poate intra în explicarea mecanismului patogenic al fenomenului de atelectazie.

O a doua modificare, la nivelul plămânului, ce rezultă din suprimarea nervului frenic, este o modificare de tonus neuro-vegetativ.

Lucrările lui Ungar şi Brincourt, Demarez şi Devos, au arătat că, nu numai simpaticul şi pneumogastricul inervează pulmonul ci acesta mai primeşte, în afară de inervaţia de mai sus, fibre vasodilatatorii ce-i parvin prin rădăcinile posterioare ale măduvei, întinzându-se dela C_3 la primele segmente dorsale. Acestea, prin rădăcinile posterioare ale plexului cervical, intră în nervul frenic şi apoi îl părăseşte la intrarea în torace, pentru a merge la ganglionul stelat, de unde-şi continuă calea prin simpaticul toracic şi plexul pulmonar. (Demarez).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este deci logic să ne gândim, că, odată cu smulgerea frenicului, întrerupem şi această cale vaso-dilatatoare. Aceste filete simpatice au în afară de acţiunea vaso-dilatatoare o acţiune similară asupra musculaturei bronşice şi a fibrelor netede din parenchimul pulmonar (Rist), fapt observat şi experimental de Ungar, Grossiord, şi Brincourt.

Bazându-ne pe cele de mai sus, ne putem explica cum, suprimind fibrele vaso-dilatatorii şi broncho-dilatatorii prin smulgerea nervului frenic, a cărui cale o împrumută acestea, am stricat echilibrul neuro-vegetativ al pulmonului în favoarea unui puternic reflex de constricţie broncho-pulmonară, care, producând un colaps masiv cu suprimarea permeabilităţii bronşice (Cardis; Chadourne) a dus la atelectazia pulmonară totală întâlnită în cazurile noastre.

Ni s'a părut interesant a reda aceste două observaţii clinice deoarece în literatură nu am găsit cazuri similare. Din contră, Joly, Margania şi Delli susţin că întreruperea căii frenice provoacă o diminuţie a contractilităţii pulmonare, o distensie parechimatoasă cu vasodilataţie. Paralizia frenicului, după aceşti autori, determinând o distensie emfizematoasă şi nu o retracţie perilezională, ei bănuiesc că suprimarea fibrelor simpatice ale frenicului pune în evidenţă o acţiune vagală de distensie. (?!)..

Sanatoriul „Marila" Oravița-Caraș
Medic primar director: D-r C. Vidrașcu

CONSIDERAȚIUNI TERAPEUTICE ÎN LEGĂTURĂ CU TREI CAZURI DE EMFIZEM MEDIASTINAL ACUT

de

C. VIDRAȘCU și **N. PȘEGALINSCHI**

Dăm mai jos trei observații de emfizem mediastinal acut, după tentative nereușite de pneumotorax, pentru a pune în discuție conduita terapeutică în astfel de cazuri și pentru a stabili câteva norme de tratament.

Intr'adevăr nu există o unitate de păreri în ceeace privește terapia emfizemului mediastinal.

Unii (Schill, Schmidt, Gaillard) în special internîștii, deși consideră emfizemul mediastinal ca o complicație întotdeauna serioasă a pneumotoraxului terapeutic, preconizează un tratament conservativ prin administrarea de opiacee, care prin diminuarea dispneii și suprimarea tusei, pun în repaus fisura pulmonară sau pleurală și creiază astfel

Pentru chirurgi (Ombredann, Rieder, Duval) tratamentul emfi-
diastin și piele.

Pentru chirurgi (Ombredann, Rieder, Duval) tratamentul emfizemului mediastinal este „pur chirurgical" și astfel s'au folosit diferite metode ca: 1. puncții multiple la nivelul emfizemului subcutanat 2. incizii cutanate pentru a drena aerul răspândit sub piele din mediastin 3. pleurotomia cu rezecție de coastă cu drenaj pleural (Bramann) sau 4. toracotomie cu rezecție de 2—3 coaste și închiderea comunicației artificiale (Duval, Marion).

Digitized by Vasile Goldiș University Library Arad

Aceste metode au desavantajul că nu drenează suficient aerul dela sursă (mediastin), dau infecții, sunt socante și nu se poate găsi întotdeauna fisura sau ruptura pentru a institui un tratament cauzal.

Mulți (Gattellier, Rieder, Buzoianu, Gherasim, Stinghe etc.) recomandă mediastinotomia supra sternală ca o intervenție chirurgicală de elecție, care drenează aerul direct din mediastinul anterior și posterior.

Observ. 1-a. — Bărbat de 32 ani, se internează la Sanatoriul Marila, cu diagnosticul de tuberculoză fibrocazeoasă, cu numeroase focare de ramoliție la nivelul lobului superior stâng. BK. în spută prezent, La internare, are spute hemoptoice, este subfebril. I se tratează pneumotoraxul stg., neobținându-se oscilații manomtrice, din cauza simfizei pleurale respective, nu i se poate introduce aer. Readus în salon, are un acces de tuse, după care semnalează durere la baza hemitoracelui stg. Tusea se întețește, devine neliniștit, acuză durere retrosternală, apare dispneea, cianoza, transpirații reci, distonie și disfagie. Puls 124. T. A. 10—6½ (V. L.). La locul punctiei țesuturile nu prezintă nicio modificare. Temperatura 38C.

La examenul radiologic se constată o zonă de hipertransparență, de o parte și de alta a umbrei mediastinale.

Starea bolnavului este alarmantă. Peste 6 ore baza gâtului se tu-

mefiază; la palpare crepită şi bolnavul acuză durere — emfizem subcutanat. Se administrează opiacee, cardiotomice. Pe măsură ce emfizemul cervical subcutanat progresa, cuprinzând şi regiunea toracică superioară, dispneea, durerea şi cianoza dispar, pulsul revine. In decurs de 8 zile aerul se resoarbe şi nu mai prezintă niciun fel de turburare.

Fiind vorba de o tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă recentă, este potrivită pentru pneumotorax. După tentativă eşuată de pneumotorax, bolnavul prezintă un sindrom caracterizat prin: dispnee, durere retrosternală, disfagie, disfonie, tachicardie iar la examenul radioscopic apare o zonă de hipertransparenţă deoparte şi alta a opacităţii mediastinale: emfizem mediastinal. Odată cu apariţia emfizemului cervical şi toracic superior semnele clinice cedează, iar după 8 zile toate fenomenele dispar. Evoluţia acestui caz e benignă, sindromul cedează după administrare de opiacee. Aerul din mediastin găsindu-şi o derivaţie în ţesutul celular subcutanat cervical şi toracic, compresiunea din mediastin se reduce, iar fenomenele subiective şi obiective se atenuiază.

Observ. 2-a. — Bolnava, de 26 ani, se internează pentru tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă stg. infiltrat tbc. apical escavat drept, pneumotorax stg. B. K. pozitiv, tuse şi expectoraţie abundentă.

La încercare de instituire a pneumotoraxului la plămânul drept nu se introduce aer, neobţinându-se oscilaţii manometrice. După vreo 2 ore în timpul efortului de defecare, are un acces de tuse, simte o durere atroce retrosternală, jenă în respiraţie; abia poate ajunge la pat. Dispneea se intensifică, e neliniştită, vocea nazonată, are frison şi sudori reci. T. 38,2, puls 106, T. A. 9 — 6½ (V. L.). La examenul radioscopic i se constată o zonă hipertransparentă de 1 cm. de o parte şi de alta a imaginei mediastinale. Nu se constată nicio modificare a ţesuturilor dela nivelul punciţiei. Se pune diagnosticul de emfizem mediastinal acut, administrându-se pantopon, dilaudid care o calmează, totuşi e obligată să stea în poziţia şezândă. In seara aceleiaşi zile, regiunea latero-cervicală dreaptă se tumefiază, crepită şi e dureroasă la palpare: emfizem subcutanat. A doua zi emfizemul cervical se extinde şi asupra regiunei toracice superioare, dispneea a cedat, încât bolnava poate suporta poziţia culcată. T. 37,3 C. Puls 88, în cinci zile emfizemul dispare şi totul reintră în ordine.

Aici punciţia pentru instituirea pneumotoraxului terapeutic drept e primul factor declanşator la care se adaugă efortul de defecare şi tuse (factorii adjuvanţi) au provocat apariţia emfizemului mediastinal. Evoluţia acestui caz a fost benignă, aerul rezorbindu-se complet în 5 zile, iar simptomele clinice s'au atenuat la apariţia emfizemului cervical subcutanat.

Observ. 3-a. — Bolnav, de 32 ani, internat la sanatoriu pentru tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă escavată a lobului sup. stg. şi infiltrat tbc. subclavicular drept. B. K. pozitiv, hemoptoic, afebril.

La 19 Ian. 1946, tentativă de instituire a pneumotoraxului stâng eşuată.

La 23 Oct. 1946, a doua tentativă de pneumotorax, manometrul ră-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mânând inert, nu se poate introduce aer. După trei ore dela punctie, bolnavul acuză un junghiu la baza hemitoracelui stâng, iar la examenul radioscopic, i se constată o zonă clară hipertransparentă de un cm. pe distanţa de un lat de palmă dela sinusul costo diafragmatic stâng.

Tegumentele şi ţesuturile subiacente dela nivelul punctiei nu prezintă nimic anormal. Această imagine se interpretează drept un „pneumotorax complectat". Către seară durerea cedează, bolnavul fiind liniştit. In cursul nopţii cu toate opiaceele administrate are un acces puternic de tuse, după care acuză o senzaţie de constricţie retrosternală, devine dispneic şi e obligat să stea în poziţie şezândă. In acelaşi timp se observă o tumefiere a regiunei suprasternale şi laterocervicale stg., care e dureroasă şi crepită la presiune. Bolnavul petrece o noapte foarte agitată, deşi i s'au administrat opiacee.

A doua zi — 24 Oct. 1946 — emfizemul subcutanat cervical progresează interesând gâtul, regiunea parotidiană, regiunea pectorală stg., iar senzaţia de constricţie şi dispnee se accentuiază, vocea nazonată, jenă în deglutiţie. Puls 120, T. 38,4 C. La examenul radioscopic i se mai constată o pungă de aer la vârful plămânului stg. până la marginea superioară a coastei a 3-a şi o hipertransparenţă a etajului superior din mediastin. Se pune diagnosticul de emfizem mediastinal. Intrucât semnele obiective se accentuau cu timpul, ne-am propus să facem o aspiraţie endo-pleurală, folosind punga dela baza hemitoracelui stg. Se găsesc presiunile + 6 + 8. Exuflaţia cu aparatul de pneumotorax merge foarte încet, nesemnalându-se nicio ameliorare în starea bolnavului, de asemenea şi cu aparatul de aspiraţie continuă a lui Neumann nu se obţine niciun rezultat pozitiv. Se încearcă punga apicală stg. obţinându-se presiunile + 11 + 12 şi se adaptează aparatul de respiraţie continuă. Aerul s'a drenat vreo jumătate de oră, bolnavul se linişteşte, dispneea cedează, însă lumenul acului obturându-se zădărniceşte drenarea aerului.

Fenomenele subiective au reapărut accentuându-se (puls 140), se decide mediastinotomie suprasternală.

Bolnavul neputând sta culcat, deoarece se sufoca i se face intervenţia în poziţie şezândă. Anestezia locală cu sol. novocaină 1%, 15 cmc., o incizie longitudinală pe linie mediană la un cm. sub cartilagiu tiroid şi 1 cm. deasupra furculiţei sternale. Se inciziază pielea, ţesutul celular subcutanat, fascia cervicală superficială, când apar bule de aer, iar la secţiunea aponevrozei cervicale mijlocii, aerul năvăleşte prin plagă cu un şuerat. In starea generală se produce o ameliorare evidentă: cianoza şi dispneea se reduc, pulsul 102, iar după o uşoară masare a regiunii cervicale, volumul acesteia se reduce aproape la normal. In plagă se introduce un tub de cauciuc, prin care se drenează aerul din mediastinul anterior. Bolnavul petrece o noapte liniştită, aerul drenându-se cu sgomot prin tub.

Spre dimineaţă (25 Oct. a. c.), aerul a încetat de a trece prin tub şi în câteva ore dimensiunile emfizemului depăşesc cu mult volumul iniţial; de data aceasta, sunt interesate membrele superioare, regiunea orbitară stg., bolnavul neputând deschide ochiul stg. Aspectul bolnavului este hidos. Puls 160, T. 40,3 C.

Se procedează la lărgirea plăgii şi abordarea mediastinului posterior prin crearea unui tunel cu o pensă Kocher, dilacerându-se ţesutul lax la stânga

BCU Cluj / Central University Library Cluj

traheei şi esofagului. Aerul ţâşneşte cu putere, dispneea diminuă, se introduce tubul de cauciuc cu orificii laterale pentru drenarea aerului. T. 39 C. Puls 110. Emfizemul se reduce. Drenajul este intermitent, tubul umplându-se

cu serozitate şi chiaguri de sânge, ceea ce ne obligă la schimbarea pansamentului şi curăţirea tubului de patru ori pe zi.

26 Oct. a. c., se crează un tunel şi de partea dreaptă, însă mai puţin profund ca cel din stânga. Se mai aplică două jumătăţi de tuburi, unul sub fascia cervicală mijlocie, iar cealaltă jumătate deasupra fasciei. Puls 98, T. 39 C.

27 Oct. a. c., dispneea a diminuat, permiţând bolnavului să stea culcat. Puls 96, T. 38 C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca manevră ajutătoare, pentru vidarea cât mai rapidă a mediastinului de aer, s'a întrebuinţat o ventuză Bier cu aspiraţia continuă.

Plaga a început să sângereze datorită desprinderii chiagurilor de sânge, care obliterau vasele, apoi buzele plăgii răsfrângându-se în cavitacta de sticlă, s'au edemaţiat datorită vidului creat şi s'au alipit, încât după vreo 15 minute nu s'a mai putut extrage aer. După o oră dela scoaterea ventuzei, aerul se drenează cu intermitenţă prin tub.

28 Oct. a. c., temperatura scade sub 37 C. Pulsul 80, aerul circulă prin tub cu intermitenţă.

I se administrează ser glucozat.

30 Oct. a. c., se scoate tubul de cauciuc, deoaorece aerul nu se drenează prin el. Afebril, emfizmul subcutanat diminuă. Deschide ochiul stâng, iar regiunea cervicală se reduce mult în volum. Nu se administrează opiacee.

Bolnavul părăseşte sanatoriul pe data de 15 N-brie a. c., cu plaga vindecată per primam, emfizemul subcutanat complect dispărut, radiologic nu se observă nicio pungă. I se recomandă intervenţie chirurgicală pentru leziunile dela plămânul stg. In acest interval a slăbit 2 kgr., tuşeşte şi expectorează cu mult mai puţin decât la internare.

Fiind un caz propice pentru colapso-terapie, (T. B. C. fibro-cazeoasă cu o escavaţie recentă a vârfului plămânului stg.), i se încearcă un pneumotorax stg. (în antecedente bolnavul semnalează o pleuresie stg., acum 6 ani) care se complică cu un emfizem mediastinal acut.

In ceea ce privește patogenia, credem că în cazul nostru este vorba de o ruptură a peretelui mediastinal, la nivelul pungii de aer apicale, ruptură determinată prin tracțiunea exercitată de presiune mare a aerului asupra unei zone de sinechie pleuro-mediastinală la un loc de mai mică rezistență a acestui perete; prin soluție de continuitate a peretelui mediastinal, aerul din spațiul pleural a invadat țesutul lax mediastinal.

Ar fi vorba de două fisuri fiecare cu propria ei pungă, cea apicală, dând naștere emfizemului și fiecare cu o evoluție proprie.

Factorii cari ne îndreptățesc să dăm această interpretare sunt:

1. Prezența a două pungi de aer la examenul radiologic: una bazală apărută la câteva ore după punctie, iar cea apicală în cursul nopții.

2. Zonă de hiper transparență la razele X la nivelul mediastinului superior.

3. Evoluție în două faze: a) junghiu la baza hemito-acelui stg. și apariția pungii de aer respective. b) faza de acalmie. c) instalarea emfizemului mediastinal cu tot cortegiul de simptome în urma unui acces de tuse.

4. După apariția emfizemului subcutanat la cel mai mic efort fizic sau tuse dimensiunile acestuia creșteau (origina ruptului foarte aproape).

5. Presiunea manometrică din cele două pungi de aer era deosebită (cea bazală + 6 +8, cea apicală + 11 + 12) și nici nu se evacuau la fel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In evoluția și prognosticul emfizemului mediastinal un factor de bun augur este instalarea emfizemului subcutanat cervical, tensiunea aerului din mediastin diminuă prin migrarea în imensul spațiu al țesutului celular subcutanat, creindu-se astfel o derivație.

In cazul de față în loc să avem o diminuare a fenomenelor subiective, după apariția emfizemului cervical subcutanat ne impresionează prin accentuarea dispneei, cianozei, tachicardiei (puls 140) fapt care ne-a determinat să părăsim atitudinea de expectativă și și să trecem la o intervenție pe cale sângerandă.

Credem că cea mai potrivită, mai puțin riscantă și cu rezultate optime, este mediastinotomia suprasternală totală (anterioară și posterioară) prin incizie verticală (Buzoianu).

Din cele relatate mai sus putem trage următoarea concluzie: dacă după apariția emfizemului subcutanat cervical simptomele clinice nu se atenuiază ci se accentuiază, intervenția chirurgicală se impune.

Tachicardia peste 130, dispneia mare și cianoza sunt semnele care conduc la intervenție.

Se impune administrarea concomitentă de tonicardiace și a opiaceelor, pentru calmarea stării de agitație și dureri a bolnavului, diminuarea dispneei și potolirea tusei. Orice efort cât de mic trebuește evitat peentru a creia condițiile necesare obliterării fisurii și pentru a scoate din cauză factorul propulsor de aer.

PENICILLINOTERAPIA IN CAZUL DE TETANOS ACUT

de

D-r NINA VORNICESCU SCHIOPU

Fără îndoială că penicilina este o armă foarte bună în lupta contra bolilor infecţioase, totuşi cazul publicat de d-nii D-r I. Popescu şi V. Gasnaş, în Acta Medica Română No. 8-9-10 din 1946, sub titlul „Asupra penicilino terapiei într'un caz de tetanos acut", nu este concludent din următoarele motive:

Bolnava avea 11 zile de boală când i s'a aplicat 100.000 U. O. de penicilină. Deşi în tratatul clasic din colecţia Widal, se spune că tetanicul poate muri şi după 10 zile de boală, totuşi autorii mai recenţi sunt de acord că dacă tetanicul trăeşte după 7—8 zile maximum, 10 zile după alţi autori, el nu mai moare de tetanos. Acest lucru l-am urmărit personal şi m'am convins de adevărul celor relatate. De altfel, însăşi remarca din tratatul Widal, că tetanicul poate muri după 10 zile de boală, dovedeşte că acest lucru se întâmplă rar.

Mi-a făcut impresia că autorii articolului în cauză se aşteptau ca ameliorarea bolnavei să se producă rapid (evidentă dela o zi la alta). Cer scuze dacă nu este adevărat. In metoda veche de tratament numai cu seroterapie am observat că atunci bolnavul de tetanos ori murea ori se vindeca în câteva zile. Cu tratamentul mixt, cu anatoxină şi ser ameliorarea nu survine aşa de repede şi este nevoie să fii absolut convins de superioritatea acestui din urmă tratament, ca după prima zi de tratament cu 2 cm. c. anatoxină şi 300.000 unităţi ser anti-tetanic, să rămâi în expectativă 4 zile până la o nouă inoculare cu anatoxină (cu toată starea gravă a bolnavului). Câteodată face impresia că starea generală se agravează şi totuşi nu intervii ca pe urmă să ai satisfacţia să vezi cum bolnavul se ameliorează treptat, foarte încet, dar vindecările sunt mult mai frecvente decât cu simpla sero-terapie masivă.

Inrăutăţirea stării generale a bolnavului se putea datori şi următoarelor fapte. In prima zi dela internare s'a făcut numai vaccinoterapia anti-tetanică cu 2 cm. c. de anatoxină tetanică. Ori vaccinoterapia anti-tetanică, după instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi a recomandării Institutului Cantacuzino, nu se face decât sub protecţia sero-terapiei anti-tetanice (sigur că nu e vina autorilor, că în caz disperat, din lipsă de ser s'au mărginit la anatoxină), administrate concomitent în altă regiune a corpului. Când nu se aplică riguros acest procedeu, atunci ne putem aştepta la surprize neplăcute. Noi personal am observat la un bolnav de tetanos, la care am încercat administrarea anatoxinei la intervale mai scurte. Starea generală a bolnavului agravându-se, am renunţat la încercarea noastră, după care pacientul s'a vindecat. In viitor am renunţat de a devia dela instrucţia Ministerului Sănătăţii, cari în timpurile actuale reprezintă metoda cea mai bună de tratament.

Inrăutăţirea stării generale a bolnavei putea fi datorită şi aplicării serului anti-tetanic în cantitate prea mare. Intr'adevăr în tetanos din cauza excitaţiei mari a centrelor din encefal şi măduva spinării şi a travaliului muscular intens, metabolismul general este mult

crescut. Totuşi cantitatea ureei din urină nu creşte paralel, deci trebue să conchidem, că arderile intense se fac pe seama hidro-carbonatelor şi a grăsimilor. Contracţiile puternice a muşchilor duc la formarea în cantitate mare a acidului lactic, descompunerea grăsimilor, la formarea acidului beta-oxi-butiric, iar din cauza turburărilor respiratorii, în sânge şi ţesături creşte cantitatea bioxidului de carbon reţinut. (Acidoză). Cantitatea acidului lactic în sânge trece peste 0,20 gr. la mie, în loc de 0,014—0,016 gr. la mie.

După alţi autori, acidoza în tetanos s'ar datora şi faptului că mediul acid este mediul cel mai prielnic desvoltării b. Nicolaër. Microbul introdus în organism îşi formează mediul prielnic desvoltării sale, producând acidoză prin fermentare.

Oricare ar fi patogenia, este bine stabilit că în tetanos este acidoză mare. Serul în cantitate mare, prin anafilaxie, produce tot acidoză, care adăugându-se acidozei tetanice, agravează starea generală a bolnavului.

Noi am avut un caz, căruia i s'a administrat aer anti-tetanic în doze mari şi care a murit cu fenomene de anafilaxie. Faptul că trismusul a dispărut aproape complect, cu persistenţa contracţiilor paraxistice, ne dovedeşte că moartea a fost datorită anafilaxiei (bolnava prezenta erupţie serică şi tulburări grave circulatorii). De sigur, d-nii D-r I. Popescu şi V. Gasnaş, au persistat în continuarea seroterapiei, necunoscând eficacitatea serului administrat. Dar chiar un ser vechi cu eficacitate mult scăzută, dăunează bolnavului prin anafilaxia pe care o produce.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu este indiferent pentru organism, cantitatea de ser introdusă, ştiind că fenomenele de anafilaxie (maladie serică) sunt cu atât mai frecvente şi mai grave cu cât este mai mare cantitatea de ser introdusă.

Părerea noastră personală este că bolnava citată în art. în cauză, nu s'a ameliorat şi apoi vindecat din cauza penicilino-terapiei, doza de 200.000 U. O. de penicilină fiind prea mică. Vindecarea s'a datorat probabil faptului că s'a suprimat sero-terapia, dând răgaz bolnavei să se dezintoxice. In sprijinul acestei ipoteze ar fi şi faptul că primele semne de ameliorare s'au observat după un interval de 2 zile. Dacă vindecarea s'ar fi datorat penicilino-terapiei, atunci ameliorarea nu se lăsa aşteptată un timp aşa de lung.

II.

Chirurgie cu specialităţi

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL HEMOPERITONEULUI SPONTAN GENITAL NEGRAVIDIC

de

D-r R. HIMELBRAND
Medic primar şef al serviciului de chirurgie B.
al spitalului Israelit din Iaşi

Se ştie astăzi că sarcina extrauterină nu rezumă toată istoria hemoragiilor intraperitoneale de origină genitală, şi că există printre aceste hemoragii unele care se produc la nivelul ovarului în afară de sarcină. Îndoiala care exista altădată asupra originei ovariene a unei hemoragii intraperitoneale, în afara sarcinei, este îndepărtată azi graţie abundenţei materialului clinic publicat în ultimii 20 ani şi care se apreciază la peste 300 cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţiunea noastră se adaugă la cele deja publicate până acum şi care ne înfăţişează un hemoperitoneu spontan negravidic de origină ovariană, provocat de ruperea unui corp galben.

Foaie de observaţie: Bolnava Estera I., în etate de 25 ani, este internată de urgenţă în serviciul nostru, în noaptea de 26 Febr. 1945, pentru dureri în fosa iliacă dreaptă, epigastru, greţuri şi vărsături.

Antec. her. col. fără importanţă.

Antec. personale: neagă maladiile infecto-contagioase. Menstruată la vârsta de 13 ani, acestea nu sunt regulate, durează 2—3 zile şi sunt extrem de dureroase. Ultima menstruaţie a avut-o pe ziua de 4 Febr. 1945, care a fost extrem de redusă.

Istoric: în seara zilei de 26 Febr. 1945, bolnava simte o durere atroce în fosa iliacă dreaptă, însoţită de greţuri şi vărsături. De notat că bolnava susţine că a mai avut asemenea dureri care au cedat în urma aplicării unei comprese reci pe abdomen. Deoarece durerea erea violentă, este adusă de familie la spital.

Starea prezentă: bolnava bine desvoltată, are tegumentele şi mucoasa normal colorate. Aparatul respirator: 23 respiraţii pe minut. Aparatul cardiovascular: puls 108, bine bătut. Examenul local: la palpaţia fosei iliace drepte, bolnava acuză dureri vii şi se simte contractură şi apărare musculară,

a peretelui abdominal. Examenul genital ne arată un fund de sac posterior şi lateral drept, uşor sensibil. Uterul în anteversiune.

Diagnostic clinic: apendicită acută.

In dimineaţa zilei de 27 Febr. 1945, se intervine de urgenţă (operator D-r R. Himelbrand, asistent D-r S. Elise). Rachianestezie. Incizie Mc. Burney. La deschiderea peritoneului se găseşte sânge liber în cavitatea peritoneală circa 500 gr. Se pune un ecartor Gosset mare, se prelungeşte incizia; bolnava se aşeză în Trendelenburg uşor. Apendicele şi cecul normale. Se examinează ambele trompe ce se găsesc intacte. Se găseşte ovarul drept hemoragic şi pe faţa lui superioară o mică cavitate de culoare cafenie, de mărimea unei cireşe, care sângeră. Se încearcă sutura ovarului dar nu reuşeşte. Facem ovariectomie dreaptă. Ovarul din stânga normal. Se închide peritoneul şi se drenează.

Diagnostic operator: hemoperitoneu spontan genital negravidic prin ruptura corpului galben.

Ex. **anatomo-patologic** ne arată următoarele: ovarul extirpat este uşor mărit de volum şi prezintă o cavitate cu pereţii violacei şi cu o ruptură de aproximativ 1 cm. diam. La presiune se evacuiză din cavitatea de mărimea unei cireşe, fragmente de chiag sanguin. Secţiunile microscopice confirmă că ruptura s'a produs într'un corp galben, din care se mai recunosc celulele bogate în lipoizi şi cari constituc peretele cavităţii rupte.

Hemoperitoneul spontan genital negravidic poate fi produs de: I) Uter, II) trompă, III) ovar.

I) **Hemoragiile de origină uterină** pot fi produse de:

1. **Refluxul utero-tubo-peritoneo-catamenial:** sângele menstrual nu poate ieşi din cavitatea uterină, deoarece există un **obstacol** fie vaginal, fie himen neperforat, fie stenoza canalului cervical. Uneori hemoragiile prin reflux nu sunt provocate de un obstacol mecanic ca mai sus, ci sunt datorite unei **anomalii în poziţia uterului** — retroversie uterină.

2. **Fibroame uterine subseroase,** a căror vase se pot rupe din cauze mecanice sau infecţioase. Alteori, hemoragia produsă e datorită torsiunii fibromului pediculat. Aceste hemoragii sunt abundente, trebue intervenit imediat; se face miomectomie sau histerectomie subtotală.

II) **Hemoragiile de origină tubară** pot fi produse de:

1. **Cauză mecanică** — torsiunea trompei, care dă naştere unei hemoragii a vaselor capilare a pliurilor tubare şi astfel sângele pătrunde în cavitatea peritoneală. Ca tratament facem salpingectomie.

2. **Reflux tubo-peritoneo-catamenial.** In timpul menstruaţiei trompa normală se congestionează, dar dacă este alterată se pot produce hemoragii în lumenul ei şi sângele să reflueze în cavitatea peritoneală.

3. **Diferite forme de salpingite** ca: salpingite tuberculoase, ulceroase, perforante, salpingite sifilitice, acute hemoragice.

De asemenea salpingite cronice (pachisalpingita hemoragică a lui Bazy) poate da sau un hematosalpinx când sângele rămâne în trompă, sau un hemoperitoneu când sângele pătrunde în cavitatea peritoneală. Ca tratament se face salpingectomie.

III) **Hemoragii de origină ovariană** sunt cele mai frecvente. Ele sunt de două feluri:

1. **Hemoragii datorite tumorilor de ovar** care pot fi:

a) **Maligne** ca: adenocarcinom, sarcom; în acest caz hemoragiile sunt produse prin ruptura capsulei tumorei sau prin torsiunea ei.

b) **Benigne** ca: tumorile solide care dau foarte rar hemoragii; tumorile chistice dau mai frecvent hemoragii: tumorile chistice mucoide ori dermoide şi chistii endometriali.

2. **Hemoragii ovariene propriu zise** se întâlnesc de obiceiu în timpul celei mai intense activităţi sexuale. Din punct de vedere anatomo-patologic, aceste hemoragii pot fi produse de: **stroma ovariană, ruperea folicului lui de Graff, şi hemoragia corpului galben.** Aceste hemoragii pot fi cauzate de: discrasie sanguină (hemofilie-leucemie), intoxicaţie (fosfor), hiperfuncţiunea hipofizei anterioare, injecţii cu doze mari de foliculină, infecţii ale organelor învecinate (Bode din Hamburg publică în Zentr. f. Chir. 1934, un hemoperitoneu datorit rupturii corpului galben, produs la 3 zile după ce bolnava a fost operată de apendicită gangrenoasă), traumatismul (Pederzoli citează cazul unei femei de 26 ani care după un coit violent este apucată de dureri violente abdominale şi fiind operată, s'a găsit un hemoperitoneu prin ruperea corpului galben).

Din punct de vedere al simptomatologiei putem spune că hemoperitoneul spontan de natură ovariană nu are simptome proprii acestei maladii. De cele mai multe ori se confundă cu accesul de apendicită acută, sau cu o sarcină ectopică ruptă. Când cantitatea de sânge din peritoneu este mică, putem avea simptome fruste şi trecătoare. Unii autori descriu că acea **durere intermediară** pe care o resimt unele femei în mijlocul perioadei intermenstruale şi care sunt datorite ruperei folicului de Graff, nu ar fi decât semnalul producerii unui mic hemoperitoneu care se vindecă de cele mai multe ori spontan. Marcello Perez din Roma publică în Il Policlinico, 1939, un studiu asupra 29 de cazuri inedite şi ajunge la următoarele concluziuni: frecvenţa hemoperitoneului de origină ovariană este cu mult superioară după cum se crede azi. Dacă sunt descrise puţine cazuri, cauza este că nu le recunoaştem. De obiceiu, se pune diagnosticul de apendicită (cum a fost şi în cazul descris de noi) şi de multe ori chiar în cursul operaţiei, deoarece nu se vede hemoragia discretă, chirurgul ignorează cauza reală a sindromului şi astfel bolnava se pierde de multe ori datorită agravării hematocelului. Această afecţiune se întâlneşte mai mult la virigine, apoi la nulipare şi sunt produse cel mai frecvent de ruptura corpului galben chistic, care ar avea o vascularizaţie mai abundentă decât folicului lui de Graff. A. M. Weill publică în American Journal of Obstetrics and Gynecologye 1939, o lucrare asupra 30 cazuri de hemoperitoneu de origină ovariană şi care au fost toate operate cu diagnosticul de apendicită sau de sarcină ectopică ruptă. F. M. Bustos şi alţii cu ocazia unui hemoperitoneu de origină ovariană publicat în „La semana Medica" 1937, ajunge la concluzia că hemoragia produsă între ziua 6-a — 15 din perioada intermenstruală este de origină foliculară; când e produsă

Digitized by Central University Library, Cluj

între ziua 14—26 este de origină a corpului galben. Aceasta din urmă, spune autorul, este cel mai des întâlnită.

Tratamentul hemoragiilor ovariene propriu zise nu poate fi decât cel chirurgical. Totuşi putem spune că un foarte mare număr de hemoragii cu o cantitate de sânge mai mică în peritoneu se vindecă şi spontan. Când în cursul laparotomiei am descoperit că originea hemoragiei este ovarul, acesta se poate trata diferit. Unii autori fac ignipunctura locului de sângerare; alţii suturează locul de sângerare dar ovarul fiind friabil, sutura nu ţine (aşa am încercat şi noi). Alţi chirurgi, în dorinţa de a păstra neapărat ovarul, fac o rezecţie cuneiformă a locului de sângerare. Noi am făcut în cazul nostru o ovariectomie aşa precum preconizează cei mai mulţi chirurgi. Dintre chirurgii români, Plătăreanu şi Trocmaier, fac o ovariectomie cuneiformă pentru un hemoperitoneu datorit rupturii unui corp galben. De asemenea, publică cazuri de hemoperitoneu de natură ovariană, Săvescu şi Steopoe, la care s'a intervenit cu diagnosticul preoperator de apendicită.

In concluzie putem spune că: orice bolnavă între 18 şi 40 ani care se prezintă la consultaţie cu dureri violente survenite brusc în etajul inferior al abdomenului şi care la interogatoriul nostru ne spune că aceste dureri s'au mai repetat în antecedente, dar mai puţin violente, şi sunt situate cam la mijlocul sau la sfârşitul perioadei intermenstruale, trebue să ne facă să ne gândim că putem avea de aface cu un hemoperitoneu de origină ovariană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Journal de Chirurgie, tome: 45, 46, 50, 53, 54, 55. — Hemoperitoneul spontan la bărbat şi femeie negravidă. Teză Cauşanschi, Iaşi, 1940. — Propedeutică obstetrico-ginecologică, de D-r Hellmuth Winkler.

Spitalul Asigurărilor Sociale din Craiova

SATURNISM ACUT PRIN TERAPEUTICĂ EMPIRICĂ CU ALICE

— intervenţie chirurgicală; vindecare. —

de

D-r MARCEL IONESCU şi D-r GH. GRAMA

Intoxicaţia saturnină acută, mult mai rară ca cea cronică, se produce, în mod obişnuit, accidental, deci, involuntar.

Calea de pătrundere a plumbului în organism poate fi digestivă, respiratorie sau cutanată, sau pe căi multiple.

Pe cale digestivă, intoxicaţia se produce prin apă sau alimentele cari au venit în contact cu plumbul sau sărurile sale şi prin medicamentele ce conţin impurităţi de săruri de plumb.

Pe cale respiratorie se face prin inspiraţia prafului cu săruri de plumb întrebuinţate în pictură.

Pe cale cutanată se poate face cu plumb-tetra ethilat, lichid antidetonant, ce se întrebuinţează la motoarele cu explozie (W. Machle, Duvoir şi Coste).

Pe căi multiple se face în ateliere de tipografie.

Cazul ce publicăm ese din cadrul comun al etiologiei obişnuite deoarece aici nu poate fi vorba nici de o intoxicaţie accidentală şi cu atât mai mult involuntară.

Pentru a fi mai lămuriţi vom reda observaţiunea noastră:

Observ. — Este vorba de bolnavul M. N., de 38 ani, comerciant, care ne consultă în ziua de 27 Ian. 1947, pentru cefalee intensă, greţuri, halenă fetidă, oboseală, dureri musculare, anorexie şi constipaţie opiniatră.

Acum două luni şi-a tratat o blenoragie cu penicilină.

Uzează moderat de alcool. In rest nimic de semnalat.

Istoricul începe cu o constipaţie care se instalează după o gripă şi durează mai multe zile. Sugerându-i-se ideea că ar putea fi o ocluzie intestinală, după sfatul unui prieten, ingeră la 19 Oct. 1947, 11 alice mici de plumb — pentru vânatul iepurilor — cu gândul de a-şi restabili tranzitul intestinal.

A doua zi, văzând că scaunul atât de mult aşteptat nu-şi face apariţia, de data aceasta din proprie iniţiativă, mai ingeră 6 alice de plumb, de un calibru mai mare, pentru vânatul lupilor.

Cu toată ingerarea celor 17 alice, scaunul nu are loc.

La 21 Ian. a. c., face o clismă evacuatoare ineficace.

In zilele următoare, bolnavul se simte prost; nu-şi mai poate vedea de ocupaţiuni, este obosit, apetitul scade pe zi ce trece, acuză cefalee, iar în nopţile de 24 şi 26 Ian. a. c., are colici mari abdominale de 3—5 ore, cari de altfel îl determină să vie la consultaţie la 8 zile dela ingerarea alicelor.

OCR © http://Central University Library Cluj

Starea prezentă: Ne găsim în faţa unui bolnav palid, afebril, cu ochii traşi, privirea strălucitoare şi nasul subţiat.

O halenă fetidă şi o gură cu senzaţie de cocleală supără pe bolnav. Setea este vie, are o senzaţie de greutate epigastrică şi anorexie. Senzaţie de greaţă şi mai rar vărsături. Limba este saburală. Forţa musculară este scăzută şi acuză o stare de oboseală generală care, totuşi, se traduce prin insomnie.

Pe marginea liberă a gingiei inferioare se observă un lizereu violaceu-cenuşiu. Mucoasa gingivală este tatuată cu pete de aceiaşi nuanţă cari se întind pe toată suprafaţa gingivală.

Abdomenul este sensibil, la palpare profundă, în regiunea fosei iliace drepte.

Uşor subicter conjunctival cu un ficat în limite normale, dar sensibil la palpare. In urină urme de urobilină.

Pulsul 82 pe minut. Tensiunea arterială Mx. 12 1/4 cu Mn. 8, la Vaquez-Laubry. Loji renale libere, n'are edeme, iar examenul sumar de urină nu arată nimic deosebit. Afară de dureri musculare şi oboseală, sistemul nervos este indemn.

Restul examenului somatic este normal.

La 27 Ian. a. c., se face o radioscopie abdominală — urmată de o radiografie — care arată în fosa iliacă dreaptă 17 corpuri străine metalice,

de două mărimi — unele mai mici şi altele mai mari — rotunde, ca boabele de neghină şi de mazăre. Una, mică se găseşte la nivelul hipocondrului drept. (Fig. No. 1).

Examenul hemogramei arată: Hematii cu uşoară anizocitoză şi granulaţii bazofile din loc în loc. Numărul globulelor roşii de 3.800.000 pe mmc. Hemoglobina 72. Globulele albe 6500 pe mmc. Formula leucocitară neutrofile 64%, bazofile 1%, eozinofile monocite 8% şi limfocite 27%.

In faţa acestui tablou clinic, caracterizat prin colici abdominale vio-

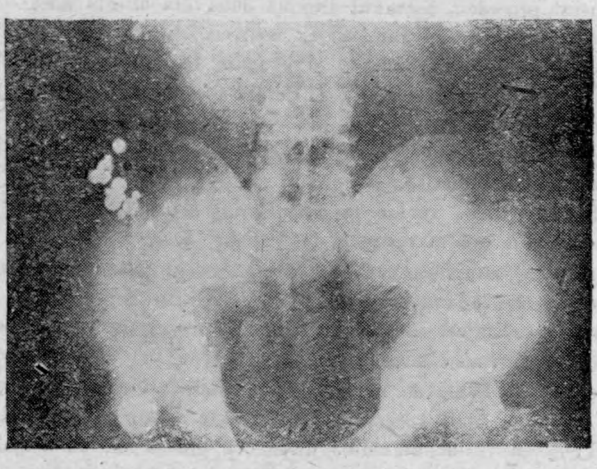

Fig. 1 — Alicele îngrămădite în fosa iliacă dreaptă. Una mică în hipocendrul drept.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

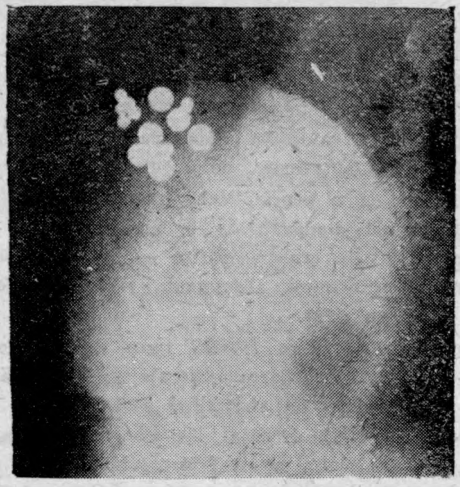

Fig. 2.— După încercarea eliminării prin clisme, alicele se găsesc la acelaş nivel, mai conglomerate.

lenţe, constipaţie opiniatră, vărsături, lizereu (semnul lui Burton), pete cenuşii-violacei pe gingia inferioară, anorexie, halenă fetidă, dureri musculare, oboseală, cefalee, granulaţii bazofile în hematii, anemie, subicter cu urme de uro-

bilină în urină și în sfârșit prezența alicelor de plumb în intestin — verificată radiologic — ajungem la concluzia unei **intoxicații acute saturnine prin ingerare de alice de plumb.**

Ca **terapeutică** hotărîm să eliminăm alicele pe cale mecanică.

Astfel preconizăm să se facă clisme largi de 2 litri de apă, să ingere zilnic 3—4 linguri de oleu de parafină asociate cu pilule laxative și să stea în poziție declivă, în decubitus dorsal, cu capul în jos, timp de 4—5 ore, după care să se așeze în decubitul lateral stâng și orizontal.

Cu acest procedeu, bolnavul elimină două din alicele mici.

O radiografie la 30 Ian. a. c., confirmă aceasta, arătând restul alicelor, în număr de 15, îngrămădite și grupate la același nivel. (Fig. No. 2).

Starea bolnavului este mai rea. Cefaleea mai intensă, oboseala și starea de slăbiciune g-rală mai accentuată, gura coclită, iar petele gingivale mai intense.

Totuși, încurajați de eliminarea celor două alice, sfătuim bolnavul să continue terapeutica prescrisă.

La 2 Febr. a. c., revine la consultație, alarmat de o nouă colică abdominală pe care o are în noaptea de 1 Febr. a. c.

De data aceasta, bolnavul nu poate merge decât susținut, iar examenul urinei arată prezența albuminei.

Văzând gravitatea cazului, sfătuim bolnavul să se opereze. Acesta acceptă bucuros invitația noastră.

Astfel, la 3 Febr. a. c., îl găsim internat la Spitalul Asigurărilor Sociale din Craiova, unde reexaminat se găsește tensiunea arterială mai scăzută. Mn. 11½ cu 7, iar albumina dispărută din urină, cu o stare generală la fel cu cea anterioară.

La 5 Febr. a. c., este operat de D-r Gh. Grama.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Redăm mai jos **protocolul operatoriu:**

După laparotomie, prin incizia lui Roux, se extrariorizează cecul cu greutate, fiind scurt.

Prin transparența cecală se observă alicele conglomerate într'un fel de diverticol care s'a format pe fundul cecului.

După ce se izolează cavitatea abdominală prin câmpuri, se deschide cecul la nivelul bandeletei anterioare, pe o întindere de 3 cm.

Se extrag alicele cu o pensă Péan, una câte una, putându-se scoate toate cele 6 mari, cu un diametru de 6 mm. și 5 din cele mici cu un diametru de 2,5 mm. Alicele erau acoperite cu un strat subțire de materii fecale. Se lasă drenaj cu o meșă abdominală și se închide peretele cecului și al abdomenului strat cu strat.

Evoluția postoperatorie este febrilă timp de 3 zile. Colicile abdominale se repetă mai slab, iar starea generală se alterează mai mult, bolnavul prezentând și un meteorism abdominal accentuat.

In ziua 4-a se suprimă drenajul, deoarece temperatura este normală, iar plaga merge spre vindecare, ne mai prezentând decât o ușoară secreție superficială.

In zilele următoare, abdomenul și-a recăpătat volumul obișnuit, iar scaunul s'a normalizat.

Colicile nu s'au mai repetat. Petele gingivale și lizereul mai puțin intense.

La 7 Febr. 1947, este dat jos din pat recăpătându-şi apetitul, buna dispoziţie şi vioiciunea de mai înainte. Tranzitul intestinal s'a restabilit complet. Bolnavul este supus la un regim lacto-făinos.

Revăzut la 7 Martie 1947, după o lună, i se face un control clinic şi de laborator.

Afară de o uşoară creştere a tensiunei (Mx. 14½ cu 10) nu găsim nimic deosebit.

Examenul urinei (D-r Bârzu): urme de albumină şi urobilină uşor crescută.

Ureea (D-r Bârzu): 0,28 ctg. la mie.

Hemograma (D-r Bârzu): No. globulelor roşii 4.000.000; No. globulelor albe 11.540 pe mmc. Hemoglobina 80%. Formula leucocitară: neutrofile segmentate 65%, nesegmentate 4%, eozinofilie 1%, bazofile 1%, limfocite 28%, monocite 1%.

Hematiile cu uşoară anizocitoză, fără granulaţii bazofile.

Radiografia abdominală, de control, arată că nu se mai găsesc alice în abdomen.

Rezumând observaţiunea noastră vedem că a fost vorba de o intoxicaţiune saturnină acută prin ingerarea a 17 alice de plumb, în greutate de 26,70 grame. Această ingerare a fost determinată de un tratament empiric al unei constipaţii de care suferea bolnavul.

Intoxicaţiunea s'a manifestat la un interval de 5 zile, dela ingerarea alicelor, prin colica abdominală.

Restul simptomatologiei s'a instalat în zilele următoare fiind marcat de anorexie, insomnie, dureri musculare, oboseală, sete vie, urme de albumină şi urobilină în urină, şi granulaţiuni bazofile în hematii.

Toate încercările de a elimina alicele pe cale medicală au rămas zadarnice. Intervenţia chirurgicală a fost indicată deoarece viaţa bolnavului era în joc. Alicele se găsesc conglomerate într'un diverticol ce şi-l creiaseră din peretele cecal.

Bolnavul îşi revine după 6 zile la normal, dar intoxicaţia saturnină a lăsat urme uşoare asupra rinichiului şi ficatului evidenţiate de laborator.

Patogenia acestei intoxicaţii ne-am explicat-o prin absorbţia directă a plumbului în organism.

Pentru a evidenţia aceasta am cântărit 11 alice de epure şi 6 alice de lup — din cele ce poseda bolnavul şi luate în mărime mijlocie — constatând o greutate de 26,70 grame (8,10 grame pentru cele mici şi 18,60 grame pentru cele mari).

Am determinat greutatea alicelor eliminate, găsind 17,28 grame pentru cele mari şi 5,42 grame pentru cele mici. (pentru calculul greutăţii alicelor mici s'a raportat greutatea celor 6 alice, ce nu le-am avut, la greutatea celor 5 extrase din cec).

Comparând greutatea globală a alicelor ingerate cu aceea a celor scoase din cec observăm o diferenţă de 4 grame (1,32 gr. pentru cele mari şi 2,68 gr. pentru cele mici). Această greutate de 4 grame reprezintă plumbul rezorbit în organismul bolnavului.

Este de observat că alicele mici au pierdut mai mult plumb (2,68 grame) faţă de cele mari (1,32 grame). Aceasta nu este de

mirare deoarece se cunoaşte din chimie că plumbul brut, metalic, este cu atât mai uşor atacar de diferitele substanţe chimice cu cât este mai divizat.

Pierderea acestui plumb ne-am explicat-o foarte uşor. In stomac acidul clorhidric diluat a putut transforma oxidul de plumb — dela suprafaţa alicelor — în biclorur de plumb. In cec, a activat bioxidul de carbon, amoniacul — chiar urme — apa, acidul acetic, aerul şi acizii organici. Substanţe ce se găsesc în mod fiziologic în această regiune.

Sub formă de săruri, plumbul a putut fi absorbit de intestin şi dus în torentul circulator.

Din raportul celor 4 grame rezorbite şi greutatea bolnavului de 66 kg. reese o repartiţie de 0,06 ctgr., plumb pe kilogram corp.

In literatură nu am găsit un caz asemănător.

Pasteur Valery-Radot, în 1936, citează un caz de intoxicaţie acută saturnină, tot prin tratament empiric — cu scop abortiv. Era vorba de o femee însărcinată care a ingerat extract de Saturn (acetat de plumb).

Evoluţia a fost gravă, cu nefrită şi hepatită. Bolnava a fost salvată, dar a rămas cu nefrită cronică.

Interesul cazului nostru reese din originalitatea modului de producere a intoxicaţiei prin alice de plumb, întrebuinţate empiric la combaterea unei constipaţii.

Simptomatologia alarmantă şi examenele de laborator au putut arăta cât de toxic poate fi plumbul metalic ingerat în stare pură, fiind atacat destul de energic, în intestinul gros, de bioxid de carbon, amoniac, acidul acetic, apă şi acizii organici.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Rezorbţia plumbului făcându-se într'un ritm accelerat, iar pe de altă parte imposibilitatea evacuărei alicelor, au dus la epilogul, destul de neplăcut, al unei intervenţii chirurgicale mari.

Analize

I.

CARŢI — MONOGRAFII — TEZE — REVISTE

Chirurgie

V. Prodescu: *Un caz de luxaţie a coccisului în timpul unei intoxicaţiuni cu strichnină.* Spitalul, 1-2 947.

In timpul unei intoxicaţii masive voluntare cu strichnină, s'a produs o luxare a coccisului sub influenţa contracturilor bruşte şi puternice ale muschilor ischiococigieni şi ridicătorul anal. Osul a fost pus la loc a doua zi, pacientul fiind salvat, printr'un tratament ortopedic sub rachianestezie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gh. Podeanu, M. Cucu şi R. Djuvara: *Injecţiile în trasternale.* Spitalul, 1-2 | 1947.

Autorii arată tecnica şi indicaţiile acestei metode mult mai comode ca injecţia intravenoasă pentru efectuarea transfuziilor sanguine, a perfuziilor cu seruri isotonice şi pentru introducerea de alte medicamente şi substanţe anestezice, în mod încet goutte-à-goutte, prelungit şi repetat.

Rusu S., Ionescu C. şi Roşu C.: *Pneumotoraxul extrapleural chirurgical de urgenţă şi hemoptiziile cavitare.* Spit. 1-2 | 1947.

Constitue uneori unicul tratament, în extremis şi salvator. Autorii prezintă 2 asemenea cazuri cu rezultat favorabil.

M. C.

I. Fuchs şi E. Schwartz: *O metodă simplă pentru diagnosticul intraoperator de perforaţie gastro-duodenală.* Spit. 1-2 | 1947.

Cu 20-30 minute înainte de intervenţie se dă bolnavului suspectat ds perforaţie să bea 100-150 gr. apă intens colorată cu albastru de metilen. Autorii se sprijină pe 8 cazuri personale.

I. Dumitrescu şi G. Iliescu: *Sensibilizarea la Catgut. Depistarea cu intradermoreacţie.* Medicină română, No. 8 | 1947.

Autorii relatează fenomenul sensibilizării la catgut, care conţine nu numai elementele sale constitutive cu calităţi antigenice cunoscute, dar corpi microbiani mai mult sau mai puţin omorâţi prin sterilizare. La aceste date făcute cunoscute de lucrările lui Gilson şi Gratin din 1935, autorii aduc cercetarea acestei sensibilităţi prin proba intradermoreacţiei practicate cu o suspensie sterilă de catgut în ser fiziologic. Cercetările au fost făcute pe 40 bolnavi. Autorii propun introducerea acestei probe ca test de investigaţie preoperatorie, mai cu seamă la reoperaţi.

M. C.

Gn. Obs.

LE FIBRO-MYOME UTERIN

par

I. DUCUING

Masson et C-ie, éditeurs, Paris, 1946. Preţul 735 franci.

Această remarcabilă lucrare de 357 pagini, ilustrată cu 80 de figuri şi 75 microfotografii, aduce cea mai bogată şi modernă contribuţie la studiul fibromului uterin.

In opera sa de observaţie personală bazată pe 1300 cazuri, ilustrul chirurg şi director al centrului anti-canceros din Toulouse, pune o mulţime de noui probleme de patologie şi terapeutică de cel mai actual interes, din care o bună parte vor fi desigur discutate şi reconsiderate de autori.

Respectând modul de diviziune clasic al cuprinsului (etiologie, fizio-patologie, anatomo-patologie, clinică, terapeutică). Lucrarea Prof. J. Ducuing, concepută după un plan original, în care fiece capitol cuprinde două părţi: *o statistică* precisă urmată de *critici şi comentarii* asupra fiecărei chestiuni discutate, se prezintă sub o formă excepţională.

Scrisă în meditaţia izolării — într'un moment dificil din viaţa publică a eminentului profesor — această lucrare, prin stilul ei concis şi cugetat, prin o precisă documentare şi prin unitatea sa caracteristică cărţei clasice franceze — constitue o revelaţie în literatura chirurgicală.

Este prima lucrare în genul său, fără echivalent în publicaţiunile ginecologice, care nu seamănă întru nimic cu lucrările scrise până în prezent în tratatele de chirurgie sau de ginecologie asupra fibro-myomului uterin, a cărei originalitate apare atât în expunerea materiilor cât şi în argumentarea lor, precum şi în ideile emise asupra fiecărui subiect tratat şi mai ales prin desvoltarea dată unor chestiuni puţin studiate în cărţile clasice, ca rolul ovarului în fibrom şi în patogenia hemoragiilor fibromatoaselor.

Cuprinsul lucrării este împărţit în 12 capitole cu următoarele titluri:

1. Etatea bolnavilor. 2. Etatea apariţiei menstruaţiei. 3. Fibrom şi sarcină. 4. Fibrom şi menopauză spontanată. 5. Clasificarea anatomo-patologică a fibromului. 6. Noţiuni de anatomie şi fiziologie normală şi patologică a uterului, fibromului, ovarului şi vaselor lor, cu deducţiuni concernând mecanismul hemoragiilor şi patogenia fibromului. 7. Precizări asupra câtorva semne, complicaţiuni, asociaţiuni patologice şi câteva forme clinice ale fibromului. 8. Erorile de diagnostic şi mijloacele de remediat. 9. Indicaţiuni şi technică în tratamentul fibromului. 10. Rezultatele terapeuticei fibromului. 11. Câteva consideraţiuni anatomo-patologice asupra bazinului, fibromului, uterului, ovarelor iradiate. Fiziologia ovarului iradiat.

Ar fi imposibil să fac rezumatul acestor capitole, care nu pot fi înţelese decât după lectura lor in extenso.

Mă mulţumesc a insista asupra capit. X, cel mai de actualitate, concernând tratamentul fibromului, care ocupă jumătate din lucrare.

Este, cum zice Prof. Ducuing, din punct de vedere al indicaţiunilor, capitolul cel mai subversiv pentru ideile ce le apără, cari par o înapoiere asupra ideilor zilei, prin aceia că indicaţiile terapeutice active au fost complect răsturnate, mărind radioterapia în detrimentul chirurgiei.

Conduita terapeutică ţine socoteala de numeroşi factori clinici, anatomo-patologici, familiali, sociali. Ea se rezumă în: tratamentul medical, radioterapia, chirurgia.

Voi releva mai întâi statistica, care prezintă un deosebit interes.

1. **Statistica:** Raportându-ne la statistică, constatăm că din 1300 fibroame, Prof. Ducuing a operat numai 391. Pe măsura experienţei sale, în manipularea radioterapiei, D-sa crede că agenţii fizici sunt metoda de alegere. Restricţiunea chirurgicală s'a accentuat din 1919 la 1929, când a operat 60% din cazuri; iar din 1934 la 1942 a operat numai 17%.

E posibil, zice autorul, ca hormono-terapia să dea radioterapiei lovitura pe care aceasta a dat-o chirurgiei.

Proporţia cazurilor de fibrom uterin tratate prin diferite mijloace: 10,5% tratate medical. 15,2% tratate chirurgical. 74,2% tratate prin iradiaţiuni.

Proporţia între cazurile tratate medical şi cele supuse unui tratament activ (raze sau operaţia).

Autorul stabileşte o distincţiune între fibroamele simple (hepatologice), care se tratează medical sau prin abstenţiune, şi cazurile serioase (complicate), cari perturbă sau pun viaţa în pericol şi, necesită un tratament activ pentru accidente acute (hemoragice, mecanice, septice). Sunt supuse operaţiei asociaţiunile patologice (cancer, chist ovarian); polipii intrauterini sau fibroamele pediculate subperitoniale; cazurile de nesiguranţa diagnosticului.

10,51% fibroame simple cari comportă un tratament medical. 90% fibroame serioase (complicate) cari se tratează activ.

Proporţia cazurilor iradiate şi operate: 17,05% operate. 82,9% iradiate.

2. **Tratament medical:** Ordinar sau hormonal (de preferinţă hormonoterapia antagonistă) se aplică în fibroamele simple necomplicate (10%). Posibilitatea de a opri hemoragiile fibroamelor prin hormonoterapia aduce o lovitură operaţiunilor conservatrice, vizând conservarea menstruaţiei sau a secreţiei interne a chirurgiei radicale sau a radioterapiei fibroamelor.

Digitized by Romanian Academy Library and Archives

In caz de insucces se recurge la radioterapie care răstoarnă indicațiile tratamentului fibromului.

3. **Radioterapia:** După marele chirurg, radioterapia este indicația de principiu, indicația majoră în tratamentul fibromului 80% din fibroamele complicate pot fi supuse radioterapiei.

Radioterapia determină o castrație definitivă, care nu e totală și permite o reechilibrare endocrină spontanată.

Avantajele iradiațiunei sunt că dă vindecări fără mortalitate, cu o morbiditate ușoară.

Vindecarea: a) Integrală (clinică și anatomo-patologică): în 30%. Regresiunea începe după câteva luni și urmează mai mulți ani. E complectă și posibilă chiar în fibroamele gigante. Menstruația revine de 2—3 ori după începutul iradiațiunii pentru a dispare definitiv.

b) Clinică în 65%, cu regresiunea incomplectă.

Rezultate: Mortalitate: 0. — Morbiditatea; nu suprimă secreția extrogenă, care e numai diminuată. Ovarul iradiat nu e un ovar pierdut pentru funcțiunile sale subovulare, căci hormonii estrogeni diminuați, secretați de formațiunile tecale sunt introduși în circulație. Castrația uscată echivalează cu o sterilizare temporară sau definitivă.

Turburările neuro-vegetative sunt atenuate, fiindcă funcțiunea glandulară persistă.

In fine, radioterapia nu dă insuccese, dacă indicația e bine pusă și tehnica corectă; insuccesele sunt datorite erorilor de diagnostic și greșelilor de tehnică (radioterapie incomplectă).

4. **Chirurgie:** Făcând o serioasă revizuire a indicațiilor terapeutice — unele discutabile, altele indiscutabile — autorul conchide că complicațiile prezente sau eventuale intervin pentru a fixa conduita de ținut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In general, în fibroamele complicate și în asociațiunile fibromului, niciodată radioterapia.

Chirurgia poate trata toate fibroamele, dar cu o morbiditate mai mare și oarecare mortalitate. Pe când radioterapia își alege cazuri mai simple.

Chirurgia nu se face fără riscuri, fără accidente. Există o mortalitate chiar în cazurile simple și o morbiditate, chirurgia fiind sursă de insuficiență ovariană.

Operația se impune în 20% din fibroamele complicate.

1. Fibroamele intra-uterine și pediculate sub-peritoniale; 2. fibroamele calcificate, gigante, inclavate în bazin; 3. complicațiunile septice (supurațiune, necrobioză, gangrenă); 4. fibroamele tip toxi-infecțios (sub mucoase sfacelate sau septicemie subacută cu punct de plecare uterin); 5. asociațiunile fibromului cu leziuni anexiale; 6. degenerescența fibromului (sarcomatoză, asociația cu cancer uterin); 7. fibroame cu „formă anemică": a) anemie acută prin metroragii profuze între menstruații; b) cronică gravă post-hemoragică; 8. fibrom cu rea stare generală (renale, cardiace, pulmonare); 9. fibroamele care au rezistat radioterapiei; 10. nesiguranța diagnosticului (23%): cancerul corpului, uterin, sarcom uterin, asociația fibromului cu cancerul corpului, chist ovarian, afecțiuni anexiale, tubreculoase sau tumorale.

Rezultate: Mortalitatea operatorie este de 2—3%. Morbiditatea constă în flebite și embolii, pneumonie, eventrațiuni tardive, turburări hormonale urmate de turburări neurovegetative 88,5—90%).

Terminând, semnalez ultimul şi interesantul capitol consacrat constatărilor anatomo-patologice asupra fibromului, uterului, ovarelor iradiate şi a fiziologiei ovarelor iradiate.

In menopauza radioterapică, fibromul prezintă modificări identice cu cele constatate după menopauza naturală. De unde rezultă că iradiaţia vindecă fibromul mai mult prin simpla diminuare a funcţiunilor ovariene, decât prin acţiune directă asupra ţesuturilor fibromului.

In afară de marile capitole de patogenie, clinică şi terapeutică, nici una din problemele fibromului uterin — între cari şi jurisprudenţa în erorile de diagnostic între fibrom şi sarcină — nu scapă maestrului chirurgiei franceze, a cărui lucrare rămâne fundamentală pentru cunoaşterea fibromului uterin; iar în circumstanţele actuale se prezintă ca o capodoperă de editură şi se impune nu numai clinicianului, chirurgului, ginecologului şi radioterapeutului, având deja o mare experienţă în materie, dar şi anatomo-patologistului şi experimentatorului.

Fibromul uterin, publicat de Prof. Ducuing, nu se poate nici rezuma, nici analiza; ca să fie înţeles trebue citit şi studiat în întregime.

Prof. C. Daniel

*

Infecto-Contagioase

M. Franche, M. Wassermann, A. Chipail şi T. Gobureac: *Modificările leucocitare în febra recurentă.* R. med. chir. Iaşi, No. 1-2 947.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In primul acces, 9000-12.000 leucocite pe mm. c., adică o leucocitoză moderată; — în perioada de apirexie, 4000-6000 leucocite pe mm. c. deci o uşoară leucopenie care dispare cu 12-15 ore înainte de acces; — în timpul celui de-al 2 acces, 8.500-10.000 leucocite, adică puseu leucocitar în descreştere.

*

M. Franche, A. Cahan, A. Chipail, E. Trufin, G. Vartolomei, D. Cahan şi A. Vâţă: *Explorarea funcţională hepatică în febra recurentă.* R. med. chir. Iaşi, 1-2/947.

Concluziile bazate pe explorarea funcţională a 45 bolnavi de febră recurentă fără simptome hepatice evidente, indică o insuficienţă hepatică tradusă prin; 1) Bilirubina crescută în sânge şi prezentă în urină; 2) Reţenţie anormală de roz-Bengal; 3) Concentraţii galactozurice ridicate; 4) hipoprotidemie cu inversarea raportului serină-globulină; valori ridicate ale reacţiei xantoproteice; creşterea valorii coeficientului amoniacal şi Goiffon.

M. C.

*

V. Buşilă, R. Holban şi M. Duca: *Consideraţiuni asupra insuficienţei circulatorii în tifosul exantematic.* R. med. chir. Iaşi, 1-2 947.

Pe 35 cazuri autorii au constatat în perioada febrilă şi câteva zile dupe defervescenţă un paralelism între hipotensiunea arterială şi cea

venoasă. Hipotensiunea aceasta arterio-venoasă poate fi datorită unor lesiuni anatomice ale capilarelor cu desechilibru funcţional al barierii vasculo-tisulare, care poate constitui o reacţie de apărare a organismului pentru favorizarea trecerei continue a plasmei către ţesuturi. Hormonul cortico-suprarenal, împreună cu hidratare masivă prin ser fiziologic isotonic sau hipertonic constitue tratamentul cel mai indicat.

*

Med. veterinară.

Revista de cultură bio-medicală, „Chirurgia", care apare în cadrul Catedrei de Patologie şi Clinică Chirurgicală dela Facultatea de Medicină Veterinară din Bucureşti, de sub conducerea D-lui Prof. E. Apostoleanu, după 3 ani îşi face reapariţia. Fondată de D-l Prof Eug. Apostoleanu, care la calităţile unui adevărat om de ştiinţă, adaogă pe acelea ale unei personalităţi de întinsă cultură generală, No. 1-2 din Aprilie 1947 al revistei începe cu un *omagiu adus* cu ocazia împlinirii a 70 ani, de către unul din conducătorii actuali ai revistei, D-l Prof. O. Vlăduţiu, *Profesorului Edouard Bourdelle* — continuatorul la catedra de la Muzeul de istorie Naţională de la Paris a lui Geoffray de Saint-Hilaire şi Milne-Edward — care a pus bazele învăţământului anatomiei aplicate. Între alte articole de strictă specialitate semnalăm conferinţa şi referatul prezentate în cadrul Seminarului sus menţionatei catedre de către d-nii studenţi C. Mihăilescu şi C. Vişan pe subiectele respective: *Medicul Veterinar* (de azi, la noi) *ca intelectual* şi *Pleduarie pentru medicina veterinară* (din trecut şi de totdeauna). Precum şi *„Insemnările răslete"*, tot atâtea adevăruri primare ale desigur d-lui Prof. Apostoleanu, în felul celor din trecut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

*

Neurologie

C. Arseni, I. Ionescu, E. Crieghel, N. Marcovici şi V. Miclauş: *Importanţa herniilor posterioare de disc intervertebral în etiologia şi patologia sciaticilor şi lombalgiilor rebele.* Medicina română, No. 5 | 1947.

Autorii atrag atenţia acestui prea puţin cunoscut factor de determinare a unor sciatice şi lombalgii rebele, cari reprezintă un tablou clinic aparte.

*

Pediatrie

A. Fruchter: *Cercetări personale cu privire la un nou tratament al tusei convulsive.* Medicina română, No. 8 | 1947.

O injecţie de vitamina D forte. Vindecare sau ameliorare evidentă. dupe 4-7 zile. Au fost urmăriţi de aproape 46 cazuri din 60 copii între 10 luni şi 7½ ani. 3 obs, recente ilustrează eficacitatea noului tratament.

Terapeutică

A. Rusescu, Fr. Feldioreanu şi G. Vasiliu: *Contribuţiuni la manifestările toxice ale atebrinei.* R. de Pediatrie, 4 | 1945.

Cu ocazia relatării a 2 obs. clinice, una de paludism şi alta de lamblia duodenalis în care atebrina exercită o acţiune quasi specifică, autorii expun manifestările de ordin toxic ale trat. cu atebrină (care trebue luată dupe masă şi cu lichide multe): Coloraţia galbenă a pielei care poate deveni uneori sensibilă la razele solare; fen. de insuficienţă renală sau hepatică; dureri de cap; turburări gastro-intestinale cu dureri, turburări psichice cu fen. de excitaţie, insomnie, logoree exagerată, delirium tremens, plânsete, melancolie.

*

A. Rusescu, G. Vasiliu şi Fr. Feldioreanu. *Rolul lambliazei în sindromele abdominale dureroase şi cronice la copil.* R. de Pediatrie, No. 4 | 1945.

Autorii expun rolul lambliazei ca agent provocator de sindrome abdominale dureroase la copil, sprijinindu-se pe un material de 30 cazuri din 50 copii cercetaţi: prezentarea parazitului; modul de infestare: desvoltarea parazitului în organismul uman; vârstea de predilecţie între 2 şi 10 ani, cercetarea prin sondajul duodenal; mecanismul patogenic; frequenţa şi formele manifestărilor clinice; tabloul clinic obişnuit (forma intestinală pură sau diareică, enterohepatică, (formele cronice şi toxice); tratamentul cu atebrină (5 zile câte 1 tabletă zilnic de 0.10 ctg. sub 5 ani;—2 tablete la copii între 5 şi 8 ani;—3 tablete zilnic peste 8 ani dupe masă, cu lichide multe).

M. C.

Digitized by Central University Library Cluj

*

Urologie

O. Franche, I. Niculescu, A. Tucherman şi Z. Covăsneanu: *Phenol—sulfon—phtaleina (P. S. P.) probă superioară Constantei lui Ambard în nefrectomii.* R. v. de Urologie, No. 1-2 947.

Autorii expun 5 obs. clinice (4 de t. renală, i. de uronefroză calculoasă), vârstele între 14 şi 36 ani, la cari Ambard şi proba P. S. P. făcute simultan, azotemia cuprinsă între 0.45 şi 0.60 ctgr., iar Ambard între 0.134 şi 0.200, contraindicam operaţia care totuşi a fost practicată cu succes dupe proba cu P. S. P. care indica cifre superioare lui 44 p. 100. Conchid că această probă informează mai precis asupra capacităţii şi rezervei funcţionale a rinichilor,

*

M. Popescu-Buzeu: *Constanta Ambard (K) şi proba Phenol—sulfon—phtaleinei (P.S.P.) în chirurgia urinară.* R. v. de urologie, 1-2/947.

O expunere de ansamblu a chestiunei, asupra căreia autorul are publicaţii anterioare; trece în revistă lucrările româneşti şi cele străine de seamă; conclude: Ambard este din ce în ce mai puţin folosită; proba cu P. S. P. se menţine; această probă să fie practicată în acelaş timp cu azotemia şi asociată în unele cazuri cu rezerva alcalină şi cu proba lui Volhard; la nevoe, cu urografia, cromocistoscopia şi în ultimă instanţă cu cateterismul ureteral asociat cu proba P. S. P.

M. C

CĂRŢI PRIMITE LA REDACŢIE

Prof. G. BUZOIANU: Lecţiuni clinice Oto-Rino-Laringologice (precedate de o schiţă auto-biografică). Biblioteca Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice. Cluj, 1947.

TR. MARINESCU: Noţiuni elementare de stomatologie. Scrisul Românesc, Craiova, 1945.

C. I. PARHON et COPELMAN: Traumatisme du lobe frontal du cerveau avec déviation conjuguée des globes oculaires et de la tête. Extr. Bull. Sec. sc. de l'Academie roumaine, Tome XXIX, No. 2, 1946.

C. I. PARHON, L. CAMPEANU et L. COPELMAN: Contrib. à l'étude des greffes endocriniennes et de leur action thérap. dans l'insuf. thy. et le mongolisme. Extr. Bull. Sect. sc. Académie Roumaine, Tome XXVIII, No. 3/1945.

C. I. PARHON, AL. CRAINICEANU, ST. MILCO et L. COPELMAN: Un cas d' acromegalie avec la participation de plusieurs hormones organotropes antero-hypophysaires. Extr. Bull. et Mém. Soc. Endocrin. No. 1/1939.

IONESCU-SISEŞTI et L. COPELMAN: Les applications du réflexe psychogalranique en endocrinologie. Extr. des Traveaux du Premier Congrés d'Endocrinologie, Bucarest, Iunie, 1939.

C. I. PARHON et L. COPELMAN: La gynecomastie, Medicina Română, No. 6/1946.

Prof. N. BLATT: Consideraţiuni asupra concursului de medici secundari. Impr. Naţională, Bucureşti, 1947.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIN JURNALUL DELA IAŞI *)

de

FRANCISC I. RAINER

II.

Marţi, 7 Aprilie 1915.

In astă-seară, pentru întâia oară de multe luni încoace, am privit constelaţiile, fiind singur; fără să fiu doborît de sentimentul de groază pe care de mai multe luni nu l-am putut înlătura.

Mercuri, 8 Aprilie 1915.

M'am deşteptat la 6 fără 7'. Dar m'am lenit şi am mai stat în pat aproape 1/2 oră. Ie foarte rău Ceci vin gîndurile rele, deprimante, fără rost. Trebuie să te scoli cum deschizi ochii, să beneficiezi de starea acea de sănătate primitivă pe care o ai în acel moment, ca să te arunci într'o preocupare rodnică.

Reproduc aici cîteva note făcute după revenirea mea din Bucureşti (care s'a întâmplat la 2 Aprilie, Joi seara).

Intorcîndu-mă la sihăstria mea am avut sensaţia cea mai delicioasă pe care ţi-o poate da destăşurarea primăverii. Copacii din grădiniţă înfloriţi; in ploaie de raze. Perspectivă frumoasă de dealuri în faţă. Şirul de copaci de pe unul din iele o viziune neinrecut de netă, dar cu totul fugitivă, din Catalonia. Mi-am împodobit căsuţa cu crengi înflorite de prun. Parfumul lor mi-adie din cînd în cînd (fereastra ie deschisă).— Toţi oamenii şi tot mi-e drag. Dar nu vroi nimic dela *nimeni*. Aşi vrea ca toţi să fie fericiţi, ca să-mi placă să-i privesc.—

Cărţile nu-mi mai dau nici o sensaţie de opresiune prin mulţimea faptelor ce coprind. Simt adînc armonia şi unitatea a tot.

Raportul just, singurul care-ţi poate da o fericire adîncă în viaţă, până la capăt ie scesta: *Inteligenţa, sluga neobosită şi neîntrecut de conştiincioasă a Fantaziei.* Trebuie să străbaţi întîi faza laborioasă a acumulării de fapte, precize, cîntărite scrupulos, şi a relaţiunilor dintre fapte. *Iele* nu mint. Privirea limpede, judecata sănătoasă, îţi vor lămuri rostul lor. Şi nu 40 de mizerabile veacuri vorbesc dintr'însele, ci mii şi zeci de mii. Cum să nu fii cinstit, cum să nu-ţi refaci fără preget munca de cunoaştere a lor, ca să poţi avea dreptul de a da mărturie despre dînsele?

Preocupările personale încetul cu încetul sînt eclipsate; fără să vrei, în adîncul tău te diferenţiezi de ceilalţi.— Insă „*om important*" nu mai poţi fi.

In faza aceasta, cred că rămîn cei mai mulţi savanţi.— Fac cu totul abstracţie de numărul covîrşitor de „cercetători", cari n'ar lucra de n'ar fi speranţa unei recompense materiale, de satisfacere a vanităţii. — Dar fericireà cea adîncă n'o poţi cîştiga decît trecînd mai sus. Ce păcat că cei Mari nu se destăinuiesc, ori se destăinuiesc incomplect! Sînt convins, că aceasta ie în sufletul lor. Şi în procesul de *umanizare* din lumea animală, aceasta e treapta cea mai înaltă care ne ie accesibilă azi.

O asemenea adîncire a simţirii şi a gîndirii nu ie cu putinţă decît prin suferinţe mari. Şi în starea aceasta de reînoire, par'că, a fiinţei mele întregi, îmi dau seama mai bine (ştersătură) cît de rănit mi-a fost sufletul.— Ie bună starea de acum.

Ştiu că ea nu poate dăinui, neschimbată Vor veni ncă multe ore şi zile mohorîte Dar din zilele *bune*, atunci cînd vin, scot din ce în ce mai multă putere. Simt ca un val de speranţă, că'mi voi putea trăi viaţa ca în mijlocul unei

---

*) „Revista Fundaţiilor Regale" No.. din Decembrie 1945.

zări veşnic deschise. Pînă acum, par'că am mers între două ziduri înalte. înalte,— la capătul drumului moartea; din timp în timp, vre-o spărtura m'a lăsat să prind cîte o privelişte frumoasă, care mi-a înteţit dorul de mai mult, pînă ce a ajuns un chin. Aşa l-am resimţit în săptămînile din urmă.

Aşi vrea să pătrund, în cât mai scurt timp, atît de adînc, încât să pot cuprinde sufletul şi gândirea celor cîţiva bărbaţi din toate vremurile, cari rezumă tot ce a fost omenirea. Platon —Dante.—Michelangelo.—Lionardo— — —. Şi aşi vrea să retrăiesc cele cîteva mişcări mari care au trecut printr'însa. Şi, aşa sîntem făcuţi noi, încerc din timp în timp nivelul puterilor mele, — — — şi anticipez cite ceva din nemulţumirile viitoare.—

Şi în astă seară am privit stelele, fără să simt nici urmă de groază.

Sâmbătă, 11 Aprilie 1915.

Trupeşte sînt bine, dar simt o întristare adîncă, o abatere, o dorinţă de a trăi ineft la soare.—De fapt, (ştersătură) impulsul de a mă ocupa ie atît de imperios încât nu pot sta un sfert de oră în repaos. Dar munca ie fărămiţată; ca şi viaţa mea, ea ie lipsită de orice trăsătură de măreţie. Aceasta-i pricina tristeţei mele.—

„*Was strömte droben u. in der Tiefen durch seiner Kunst*"?

Din ocupaţiile mele ştiinţifice n'a ieşit nimic discordant cu acesta.

Acum, mi se pare că ie nevoie urgentă de o schimbare. Altminteri nu ştiu să continuu existenţa.—

Dacă aşi putea să consacru cîteva săptămîni meditaţiunii, poate m'aşi linişti. Neastîmpărul meu de-acum mă chinuieşte. Trebuie o stare permanentă de *euforie*: sensaţia neîntreruptă de elasticitate, însemnată, intelectuală şi fizică. Izvoarele acestei stări; *Influenţa covîrşitoare a factorului psihic, dynamogenic. Cum îţi creiezi un izvor nesecat de dynamogenie?*

Orice sentiment de rezignare ie răufăcător, căci ne ia din acest bine suprem. Ce nu-i realizabil, trebuie să fie ca şi cum n'ar exista. Dar găseşte-i vieţii un rost etern.

Duminică, 12 Aprilie 1915.

Somn insuficient. Am citit de dimineaţă în Faust.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M-me Voinov a murit azi noapte.

Pela 7 seara o privelişte (ştersătură) frumoasă: La răsărit un nour mare, masiv, plumburiu, de ploaie, ici colo luminat de razele soarelui care apune. Incolo albăstreala cerului se vede mai peste tot. Stau cu faţa la răsărit. Deodată, (două cuvinte şterse) o hătaie bruscă de vînt ridică în aier un stol de petale albe dintr'un cireş înflorit, înalt şi strîmt pe care-l am în faţa mea, subt norul negru — le răcoare şi plăcut.— Nu ştiu dece mă simt mai bine. O bună parte din după amiaza am petrecut-o cîntîndu-mi versurile, pe care Eminescu le iubea atît de mult: „Mai turnaţi-mi în pahar".

Luni, 13 Aprilie 1915.

Azi de dimineaţă am sosit la Bucureşti. Pela 11½ m'am dus la Voinov. Lume multă. M a îmbrăţişat plîngînd şi îndelung. După masă la 2 înmormîntarea.— Pentru întîia dată am ridicat un cosciug. A pus mîna şi Voinov.— In momentul scoborîrii în groapă a îneeput să tremure şi a plecat. — S'a oprit nu departe de ieşire şi a mulţumit pe rând tuturor care s'au prezentat, sărutînd mîinile, — unora de mai multe ori — doamnelor, îmbrăţişînd bărbaţii.

Marţi, 14 Aprilie 1915.

După masă înmormântarea lui Vranalici.— Am observat la cimitir (Belu) un trunchiu de castan care prezenta gradul cel mai înalt de torsiune pe care l-am văzut pînă acum, precum şi canelurile cele mai pronunţate: să nu fie oare aici inspiraţia pentru stîlpii canelaţi şi răsuciţi?

Dimineaţa, am fost la Voinov: plecase. Seara pela 8½ am fost din nou: se culcase, în odaia cemună de culcare Noaptea preeedentă, în odaia băiatului.—

Miercuri, 15 Aprilie 1915.

In astă-seară m'am întors la Iaşi.— Continuu să privesc constelaţiile fără nici o frică, nici o desnădejde.

Joi, 16 Aprilie 1915.

Azi coloquiu. De interes mediocru.

Vineri, 17 Aprilie 1915.

Curs corect făcut, fără avînt. Articulaţia ireproşabilă, deşi ieram *foarte* obosit.— Lecţie de scrimă.

Sâmbătă, 18 Aprilie 1915.

De dimineaţa am lucrat acasă. Pe urmă la Institut (căţeii acondroplazici), cu Parhon. Exemplarul cu uranoshini avea timusul prea mic.

Preocuparea de ideia infinitului mi-a dispărut——— pentru cât timp ?——— de Duminică. De atunci mă simt tot mai bine.

Duminică, 19 Aprilie 1915.

Aseară m'am culcat după 12.

M'am deşteptat de vreme, dar rău dispus şi m'am sculat târziu. Pe urmă am stat cîteva ore,— pînă la 1— jnţr'un „dolce far niente", trîntit în iarbă, în grădiniţa mea subt nişte meri înfloriţi, plini de albine, subt cerul albastru şi aierul plin de lumină. In depărtafe crestele dealurilor dinspre Bârnova— In asemenea ore (ştersătură) se pregăteşte înlăturarea din suflet a multor lucruri inutile şi par'că se consolidează fiinţa ta intimă.

Mi se pare că aşi face o cură de sanatoriu.

Poate nici plimbările zilnice, departe, să nu fie necesare. Folosul fizic l-aşi înlocui prin exerciţiile musculare diferîte, făcute acasă, şi prin scrimă; iar celalt, psihic, mi-l dă priveliştea cerului albastru şi a dealurilor din depărtare, cînd sînt culcat în iarbă, în locuşorul pe care l-am găsit bun azi.

De-aşi putea să suprim preocupările transcedentale pînă ce trupeşte şi sufleteşte voi fi consolidat! Socotesc necesar un timp de vre-o 2 ani pentru aceasta. Aşi reuşi să înlătur aceste preocupări, traind izolat, cît mai străin de meschinăriile zilei şi având *în jurul meu multă lumină,* şi *cîte puţină căldură*.

Luni, 20 Aprilie 1915.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am stat acasă. pînă aproape de ora cursului; adică tot culcat în iarbă şi citind. Am obosit, dar m'am simţit bine. Şi cursul l-am făcut destul de bine. Pe urmă scrima.

Joi, 23IV.1915.

Privesc cerul cu mulţumire, fie ziua fie noaptea. Dar am suprimat *întrebarea cea mare* şi odată cu dînsa s'au dus multe suferinţi. Acum trăiesc cu preocupările zilei, cu programul meu de înaintare tehnică. De s'ar putea să trăieşti viaţa ca în vis— cu toate bunurile şi relele iei. Dar ie posibil una ca asta ? Va reveni şi pentru mine (ştersătură) vremea preocupării celei mari. Fie aceasta cât mai târziu. Acum mi se pare că string puteri, că-mi aşez viaţa pe o temelie mai sigură, pe care o edific cărămidă cu cărămidă, în munca mea consequentă, din fiecare zi. N'am pierdut gândul la viitor, dar acum nu mai ie aprig. Toate cele ale primăverii strîng căldură şi lumină in sufletul meu, dar n'am nici o urmă de gînd de exteriorizare, acum ori pentru viitor; astfel, mulţumirea mea ie curată.

Una din nevoile mele cele mai adînci ie aceia de *stimulul pe care ţi-l dă o altă fiinţă.* Asi vrea ca în cursul călătoriilor, pe care le voi face în anii care vin, să pot contracta *legături de prietenie, cu bărbaţi de seamă — de ştiinţă şi de artă—cu care să pot fi în corespondenţă.* Ie unul din cele mai bune mijloace pentru desfăşurarea a tot ce-i nedesluşit în noi. Ne înlezneşte şi altminteri ieşirea din atmosfera de banalitate.— Speranţa aceasta îmi dă de cîteva timp un imbold la muncă. Trebuie să am ce *da*, când va veni timpul.

Iar am studiat pe Taine; şi am mult de scos dintr'ânsul.

Sâmbătă, 25.IV.1915.

Dimineaţă, înainte de a mă scula, am citit cîteva pagini din Faguet, „Propos littéraires". Nu mi-e simpatic, mi se pare comun.

După ce m'am sculat, pînă să-mi pregătesc baia şi pe urmă, mi-am recitat şi pe urmă mi-am cîntat versuriie lui *Lynceus* din partea a 2 a lui Faust, spre sfîrşit: urmează versurile.

Mi le-am cîntat mult timp, în toate felurile şi într'o stare de mulţumire adîncă şi plin de speranţă în viitor. Speranţa că nu voi avea suferinţe distrugătoare şi că voi avea mulţumiri curate şi senine date de fiecare oră şi aproape de fiecare clipă

Sînt curioase aceste stări de mulţumire, pe care le am, mi se pare, tot mai deseori. Dimineaţa. Mă simt odihnit, mintea destul de limpede, liberă de ori ce fel de preocupare, par'că n'ar mai fi nimic în lume, decît lumină şi frumuseţe. Imi vine în minte ceva frumos, — ca versurile de mai sus ale octogenarului Goethe — îmi spun versurile celea, mă bucur de dînsele în acelaşi timp ca şi de lumina de afară; sentimentul acesta se intensifică, tot mereu; încep să mi le cînt, în diferite modulaţii şi, în fine ştersătură) sensaţia de voioşie mă stăpîneşte într'atîta, încât joc în ritmul lor şi cînt „à tue-tête". Mi se pare introducere bună la munca zilei. — Numai de s'ar putea ca aceasta (ştersătură) să devie nota, fundamentală a fiinţei mele!

Mai sînt şi alte foloase. Pătrunzi poezia într'un chip neîntrecut. Ie ca şi cum ai fi tu autorul iei. Sensibilitatea pentru valorile fiecărui termen, fiecărei combinaţiuni de termeni se ascute. Şi mai ales, tu adînceşti în tine. Sînt momente de o adîncă intimitate cu tine însuţi, de întărire a fiinţei tale sufleteşti. Ca urmare o conştiinţă mai sigură a personalităţii tale, a eului tău; şi atunci o judecată mai limpede asupra raporturilor tale cu ceilalţi.

Dapa masă, *şedinţă de referat*. Totdeauna se învaţă ceva în această şedinţă. Pentru mine, folosul ie mai mare, căci ieu fac comentariile şi atunci timp de aproape 4 ore am spiritul într'o tensiune utilă, cînd ascultînd, cînd formulînd critice, ori interpretări, ori reflecţii de altă ordine, nu rareori digresive, sugerate de subiectele discutate.

Duminică, 26.IV.1915,

Am ramas acasă toată ziua, lucrînd pentru lecţia de mîine. N'am lucrat mult, dar bine (ştersătură). Aproape toată ziua am stat culcat în iarbă *Pregătirea unei lecţiuni, în ce constă pentru mine?* Intîi trebuie să (ştersătură) revăd faptele descriptive necesare, ideile legate de dînsele, legăturile cu practica. Materialul grafic de documentaţie, de pregătit ori numai de complectat, după chestiunea tratată. Toate aceste lucruri trebuie să le torn în fraze simple, clare, care să curgă uşor, să meargă dacă se poate, deadreptul în mintea înţelegătoare. Aici o dificultate tehnică mare *Fraza ştiinţifică, aşa cum o înţeleg ieu n'a fost cultivată la noi, în mediul nostru;* n'am avut deci, putinţa să mă formez pe nesimţite în această privinţă. Trebuie să mi-o alcătuiesc ieu. Aceasta cere o continuă activitate de cumpănire, o muncă neîncetată pentru dobîndirea unui capital cât mai mare de termeni, de combinaţii, de nuanţe, perfect judecate toate şi stăpînite oricînd. Se mai adaogă *neîncetată muncă de înmlădiere a organelor vorbirii.* — Aceasta-i pricina, pentru care, deşi citesc multe ore, nu citesc *mult* Dar se va sfîrşi odată perioada aceasta de *muncă tehnică predominantă.* Ce urmăresc, ie foarte greu: O vorbire *foarte* simplă, clară, care să nu obosească de loc nici mintea nici urechea, şi care să aibă distincţia toată, pe care pot s'o concep ieu. Văd bine, că în cursul anului ce vine voi face progrese tot mai simţitoare. Acum străbat perioada dificultăţilor mari dela început, cînd progresele nu se fac decît printr'un şir de sforţări mai mult ori mai puţin încordate — Pe urmă, înaintarea ie relativ liniştită, *sigură* înainte de toate. Ea atîrnă mult şi de starea fizică, care se ameliorează mereu şi — mai e nevoie de spus? — de factorii psihici în primul rînd ie (ştersătură) reliefarea personalităţii din toate punctele de vedere.—

Un lucru care îmi face rău ie impulsul ambulator pe care-l simt *îndată* ce vreau să gîndesc. Nu mă ajută la gîndire, tocmai dimp trivă; şi mă obosesţe fizicesţe.

Ie $11^1/_4$

Joi, 30.IV.1915.

Zi de sărbătoare. Am stat acasă toată ziua, culcat, în iarbă ori pe chaise-longue, şi lucrînd. Mi-e mult mai plăcut să lucrez in acest fel din cauza economiei de energie fizică.

Merg toi mai bine. Singurătatea îmi face un bine nespus. Stau şi cu poarta încuiată, aşa încît n'am nici o aprehenziune de a fi turburat.

Nu simt nevoia de plimbare, dar fac exerciţii fizice destul de multe şi privesc mult cerul şi zarea cu dealuri.

Duminică, 3 Mai 1915.

Priveliştea cerului îmi face plăcere şi săptămîna (ştersătură) trecută, cu nopţile fără (ştersătură) lună şi senine, mi-a lăsat din această pricină, o impresie înălţătoare. *Singurătatea îmi face un bine nespus.* Nu-mi displac oamenii acum, dar nu simt cîtu-şi de puţin dorul ne a-i vedea; vreau să spun un dor spontaneu, nemijlocit de nimic.

Marţi, 5 Mai 1915.

De cînd am amorţit *cugetarea dominantă*, n'am mai avut nici un minut de întristare. Cu toate acestea n'am nici o tendinţă la trivializare, poate dimporivă. — Am vrut să am o măsură *absolută* pentru valoarea tuturor lucrurilor din ume, de aceea am menţinut-o mereu vie. Puterile mele însă, sînt încă prea slabe.

Miercuri, 6 Mai 1915.

Citesc cîte puţin din corespondenţa lui Flaubert. Acum vre-o 13 ori 14 ani, cînd am citit-o pentru întîia oară, am găsit într'însa toate tendinţele mele. Am citit-o mult pe atunci şi m'a întărit în direcţia mea. Şi acum, toate cîte le revăd, îmi sînt simpatice. Dar acum cttesc cu greutate, căci traduc toate în „realitate", în realitatea mea. — Vreau ca fiecare pagină de literatură să-mi desvolte personalitatea, să-mi stabilizeze ţinuta faţă de lumea din afară. De aceea nu mai *pot* citi repede. Mi-e imposibil aeum, să citesc un volum din scoarţă în scoarţă. Sper, că ie o perioadă de tranziţie. Cer fiecărei cugetări să fie o simţire, fiecărei simţiri să se imprime — nu să se *materializeze* — în fiinţa mea. Totul, spre cea mai adîncă şi gravă mulţumire viitoare.

Aseară şi în astă-seară am cărat apă multă ca să stropesc iarba din grădină (şiersătură). Niciodată, după nici un fel de exerciţii fizice, nu m'am simţit atît de reconfortat.

Joi, 28 Mai 1915.

O mare parte din zi am stat culcaf, pe divan ori în grădină. După dejun am dormit 2 ore şi mi-a făcut bine. — De multe ori am întrerupt lucrul ca să fac exercitii fizice. — Am citit fiziologie (Bunge), despre teoria histomerelor (Heidenhain); din corespondenţa lui Byron. — M'am simţit bine şi cred că aceasta a provenit din:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. *Singurătatea mea.* Niei n'am ieşit de acasă azi. Simt dorinţa de a putea sta astfel cîteva luni (mergînd şi la laborator dar fără să văd pe cineva).

2. *Din mediul plăcut în care mă aflu:* Grădina cu copaci şi plină de iarbă şi de tot felul de plante crescute în voie. Casa cu caracterul cela de intimitate; faţada iei dinspre grădină acoperită cu viţă. Atmosfe-a caldă şi cu un miros discret şi plăcut.

3. Din sensaţia că *acum* dispun de o cantitate oarecare de energie fizică.

4. Din credinţa că pînă la iarnă îmi voi clarifica noţiunile de anatomie teoretică pînă într'atîta, încît să am *vederea de ansamblu*, care acum îmi lipseşte. In consecinţă, voi face un curs mai bun şi în genere mă voi înfăţişa mai stăpîn pe mine. — Mă bucur cu anticipaţie de o *personalitate cu relief*, — acum, parcă aş fi bi-dimensional.

Trebuie să iau deprinderea de a redacta cât mai mult în scris rezultatul meditaţiilor mele. le un lucru de care aproape că m'am ferit pînă acum.—

Trebuie să reprimi impulsiunile motoare pe care le simt îndată ce încep să cuget: nevoia de a umbla; ori, dacă sînt culcat, de a contracta anumite grupe musculare ale extremităţii superioare. Acestea sunt snrogate ale unei cugetări pe care ieu mi-o doresc progresivă şi viguroasă, — şi care întîrzie de a veni. — Mulţi afirmă totuşi că (ştersătură) preumblarea îi ajută să cugete. — Pe mine, numai preumblarea în natură liberă.

„Represiune" nu ie cuvîntul nimerit. Mai bine: să „comut" pe o cale utilă, energia nervoasă îndreptată fără rost spre calea efectoare,—Umblatul într'un spaţiu răstrîns mă oboseşte şi mă ameţeşte. — Inchiderea bruscă şi energică a mîinii, am observat că se face (ştersătură) ca să umple *hiatul*, atunci cînd cugetarea, putînd să înainteze, rămîne în suspensie.

Cugetarea mea ie veşnic aruncată din calea iei de te miri ce. Ea merge spre ţinta iei în zigzaguri ca de mişcare browniană.

SATIRA CA FACTOR DE ESTETICĂ ȘI ETICĂ SOCIALĂ

de

Dr. S IRIMESCU

Societățile omenești sunt departe de a fi ajuns la acel echilibru de armonie în relațiile dintre diferitele categorii sociale, pe care ideologii îl întrevăd realizabil în visările lor.

Oamenii rămân răi și haini. Interese potrivnice îi separă și îi situează pe planuri opuse de aprige dușmănii. Deasupra acestui tumult, voci se aud ca să netezească asperități pentru a le șterge și a le împăca. Deși răsună de cele mai multe ori în pustiu, ecourile lor au totuși accente înviorătoare ca să întrețină nădejdi în viitor. Optimismul persistă încă robust la cei căliți de vicistitudinele prin care au trecut; știind să le înfrunte, ei vor isbuti, luptând mai departe ca aspirațiile lor să fie împlinite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest scop, neajunsurile așezărilor omenești de multe ori de așa de strigătoare incoerențe e nevoe să fie energic combătute.

E rolul pe care și l-au luat gânditorii, când le-au denunțat sub forma unor satire a căror faimă a traversat secolele și se menține intactă și astăzi. Satira îmbracă forme diverse. Tonul ei parcurge toate gamele. Dela ieșiri cu trăsnete și fulgere până la modulații, în care ironia nu se descoperă decât de cei ce cu sagacitate știu să citească printre rânduri, variantele ei sunt infinite.

Aristofan, în piesele lui de teatru înțeapă fin, dar știe să muște și mai adânc, când este **nevoe. Erasm**, acest Voltaire al veacului al 16-lea, cum i se spune, creea curente de opinie publică în întreaga Europă, din Olanda lui atât de mică, dar și așa de mare prin renumele pe care i-l crease. Autenticul **Voltaire** dicta dela Ferney de pe marginele lacului Leman, unde trăia ca un patriarh al gândirei europene, cu hidosul lui surâs, cum îl califica **Alfred de Musset**, de ucigător sarcasm, sentințe de înțelepciune; cu limba lui, care destila venin. Prin Enciclopedia, biblia marei revoluții franceze, **Diderot, d'Alembert** și ceilalți colaboratori ai lor au contribuit să sape temeliile lumei vechi ca să le pregătească prăbușirea.

Fiecare dintre categoriile sociale își are racile și scăderi prin felul comportării ei.

Satiricii au știut să le zugrăvească, relevându-le ridicolele. Me-

dicii au avut prilejul — şi este o favoare de care nu s'au bucurat, de oarece erau atacaţi, — să ocupe un loc de frunte ca temă a lor.

Dacă au destulă înţelepciune, ca să recunoască că satira poate să fie îndreptăţită când loveşte pe cei ce le degradează breasla, ea nu are de ce să-i supere, ci din contra le satisface cerinţe de înaltă etică.

O parte însă din ei, care dându-şi seama că sunt vizaţi deoarece nu se află în regulă cu conştiinţa lor, au motive să reacţioneze. Apărarea şi-o susţin sub masca sentimentelor de milă şi bunătate pe care breasla medicală le înfăţişează şi le afişează ostentativ ca o emblemă cu care, dacă e sinceră, au de ce să se făleasca. Cei ce se îndepărtează însă dela ea pentru interese proprii, nu au căderea să apară cu aere de cavalerism, deoarece sunt ipocrite şi false şi înfierarea lor este pe deplin meritată.

Intr'o carte care la epoca apariţiei ei, acum vre'o cincisprezece ani, a făcut vâlvă, un chirurg reputat dela Dantzig, Lick, a ştiut cu curaj să ia atitudine de independenţă, fiind socotit deaceea că a trecut de partea defăimătorilor breslei medicale.

De fapt însă îi apăra demnitatea şi onoarea ridicându-se contra celor ce nu ştiu să-şi respecte angajamente morale, pe care nu se jenează fără niciun scrupul, dacă interesele le sunt în joc, să le calce.

Lick face o distincţie între diferitele categorii de medici. Unii, având pe lângă diplome şi suflet îşi înţeleg menirea sub aspectul bunătăţii, aşa cum le cerea Nothnagel să o aibă, socotind-o ca un atribut esenţial pentru toţi medicii.

Alţii, ignorând sentimentele de omenire cred că bolnavii sunt subiecte de dizertaţii cu pretenţii de a fi savante, cazuri uneori senzaţionale sau şi mai prozaic obiecte de folos şi pentru gloria lor şi pentru interese de pur mercantilism.

Distincţia aceasta nu e subtilă, ci perfect reală, pentru toate timpurile şi toaate ţările.

Dacă se cercetează cum caricatura a folosit lacunele medicilor nu numai cu intenţii distractive dar şi moralizatoare, se constată ce câmp larg a avut de explorat şi exploatat.

Medicina la începuturile ei a fost sacerdotală. In sanctuarii, pontifii artei doftoriceşti, după punerea în scenă ca preambul a unor puternice sugestii printr'un ritual perfect organizat, pronunţau solemn formule şi sentinţe şi miracolul se îndeplinea. Afecţiuni fără substrat organic se vindecau uneori şi succesul obţinut era proclamat cu mare pompă. Preoţii templului camuflaţi în discipoli ai lui Esculap apăreau în calitate de reprezentanţi ai divinităţilor aureolaţi de nimburi care le ridicau prestigiul şi importanţa.

Caricaturiştii timpurilor vechi, cuprinşi şi ei de acelaşi fior, sacru, nu îndrăzneau să se atingă de lecuitori şi aceştia dominau situaţiile. Ei ridiculizau numai pe bolnavi, prezintându-le metehnele în aşa fel ca să apară groteşti.

Au venit apoi epoce mai sceptice. Medicii au fost scoborâţi de pe piedestalele unde tronau. Hogarth, Rowlandson, Daumier, acest Rembrandt al caricaturii, şi atâţia alţii au notat drastic scăderile medicilor, denunţându-i ca imposturi şi şarlatani.

Digitized by Gheorghe Marinescu Library, Cluj

Capitolul acesta, cum materialul e foarte bogat, ar comporta ample desvoltări. L-am schiţat numai sumar, sub impresia unei piese de teatru pe care un pamfletar cu reputaţie de mare vervă a dat-o la Teatrul naţional.

Sarja lui nu şi-a ajuns scopul, pe care-l urmărea. Piesa începe cu un act în care licăriri de vervă promiteau o desfăşurare de satiră reuşită. Actul II abundă însă în dizertaţii fără să aibă nerv şi acţiune pe un ton de trivialităţi alunecând până la obscenităţi.

De trivialităţi autorul se putea dispensa, de oarece prin însăşi fondul ei piesa evoluează într'un cadru de vulgarităţi. Nu crede oare chiar autorul, literat de seamă, că printr'un vocabular de ultimă suburbie — culeg un singur pasagiu ca perla de stil, „fată care merge să fete în străinătate" joc de cuvinte deplorabil — se deformează gustul publicului, ori cât ar fi amator de vorbe tari? Actul III încheie piesa care râvnea să fie o satiră virulentă — titlul ei „Seringa" e semnificativ că prin ea se injectează venin — într'o dulceagă melodramă.

Vajnicul polemist, când a voit să fie şi om de teatru, a decepţionat pe cei ce se aşteptau să-l vadă triumfând şi în această fază a activităţii sale literare.

Tipurile din piesă, aşa cum sunt prezintate, apar confuze. Arivistul, în jurul căruí se desfăşoară teza, nu are nicio consistenţă. El şovăe în atitudinele pe care le ia. Canalia, aşa cum l-a apostrofat moralizatorul prin contrast în primul act, ezita să se afirme ca să-şi valorifice epitetul.

Biblioteca Universitară Cluj

Moralistul, când se căsătoreşte în actul III cu victima sedusă de canalie, primeşte drept răsplată un automobil din partea fetei bogătaşului. Ea voeşte astfel să-şi expieze vina că şi-a cumpărat soţul sustras iubitei lui, deşi acesta primise târgul.

Moralistul nu va mai avea astfel motive, fiind complect mulţumit, să izbucnească în strigăte de revoltă contra nedreptăţilor de care se lovise la începutul carierii lui. „Totul e bine, când sfârşeşte bine" pot să spună spectatorii, satisfăcuţi că morala triumfă în tonul celei mai clasice melodrame.

In piesă un compère, după terminologia vocabularului întrebuinţat în revistele de varieteuri, cu rolul de conferenţiar de etică profesională conduce spectacolul.

Acesta uzează şi abuzează în discursuri interminabile de argumente uneori contondente. La un consult ameninţă că va pălmui pe un profesor demascat ca şarlatan „pe gura lui murdară".

La consulturi, ori cât ar fi de urcat diapazonul controverselor, tonul scoborât la un astfel de nivel se va recunoaşte că este excesiv, cu atât mai mult că dintre profesorii vizaţi prin aluzii transparente unul cel puţin dintre ei, acum decedat, dovedise o mare valoare morală şi profesională.

Censorul moravurilor medicale, consilierul technic al piesei, e recompensat de autor care îi acordă virtuţi şi puteri providenţiale. El vindecă instantaneu pe bogătaşul căutat de 43 medici, toţi neghiobi şi netrebnici. Intoxicat de morfina, pe care aceştia i-o ad-

ministrau, şi abrutizat până în pragul demenţei apare la finalul actului, deşteptat numai după câteva clipe, brusc, din letargia în care zăcea, ca să reclame o friptură pentru a-şi astâmpăra un apetit feroce.

In parodii este permis ca realităţile să fie forţate, dar atunci ele devin farse. Oprobriul aruncat asupra medicilor prin felul cum se desfăşoară piesa, nu este obţinut. Acţiunea piesei, atât cât există, este deslânată şi din invective generalizate medicii ies teferi.

Sarja aceasta, în care răutatea nu reuşeşte să fie îmbrăcată decât într'o formă literară inferioară, este nedreaptă până a deveni odioasă. Piesa se mai reprezintă încă, deşi critica a fost cu totul defavorabilă, deoarece prin scandalul provocat de ea suscită curiozitatea publicului.

Medicii puşi toţi pe aceiaşi linie de stigmatizare — moralistul şi conferenţiarul cu rolul de compère de revistă nu sunt nici ei exceptaţi prin contrazicerile care-i inferiorizează — pot să opună autorului o galerie întreagă de oameni de reală competenţă care prin zelul şi devotamentul lor infirmă invectivele scoborâte până la trivialităţi.

Autorul, poet de reputaţie consacrată, având resentimente personale pentru felul cum susţine că a fost tratat într'o afecţiune gravă, are explozii de indignare la adresa tuturor medicilor. L-a trădat temperamentul său tumultuos.

Ar fi fost potrivit, pentruca acţiunea să apară verosimilă, ca pe lângă execuţii ori cât de violente, ce ar fi putut să fie motivate, din atâtea turpitudini să licărească şi zări de lumină prin prezentarea şi de oameni de inimă şi de gândire, deoarece sunt destui printre medici.

In loc de o piesă de teatru care ar fi putut să însemne odată pentru epurarea moravurilor medicale, a ieşit una care oscilează între farsă şi melodramă.

Satira în felul acesta a degenerat şi e regretabil şi pentru faima autorului şi pentru educaţia astfel viciată a publicului.

---

o

NE SCRIE D-l MEDIC GENERAL D-r N. IGNA DE LA ALBA-IULIA:

Urmărind ziarele maghiare din străinătate — într'un număr special al ziarului „Népszava" (Vocea poporului), organul oficial al partidului guvernamental social-democrat din Ungaria — au apărut o serie de articole — desbătând problema „generaţiei haotice" din aceea ţară. Intre aceste articole mi-a apărut ca interesant articolul care se ocupă de situaţia la studenţii în medicină dela Budapesta. Crezând că v'ar putea interesa şi pe D-voastră — aflând din sursă sigură şi oficială starea învăţământului superior medical — care se zbate şi acolo cu mari greutăţi, mi-am permis a-l traduce şi a vi-l trimite alăturat. Poate veţi putea folosi din el — anumite părţi pentru a le semnala în mult preţuită D-voastră „Cronica Medicală" a revistei. Cu această ocazie s'ar putea vedea — că în comparaţie parcă am sta mai bine noi — cu tot temperamentul mai latin al tineretului nostru. Ca nu cumva cenzura să creadă că ar fi vorba de o exagerare sau rea voinţă din partea noastră — arătând adevărul — mi-am permis a vă alătura spre mărturie şi filele originale din ziarul mai sus amintit unde a apărut articolul cu pricina.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O generaţie haotică. Situaţia la studenţii în medicină din Ungaria *).

Care ar fi datoria unui student universitar? Să se prepare conştiincios pentru cariera de profesor, judecător, medic, inginer, etc. Totalitatea şcolilor este templul ştiinţei; între ele, universitatea e sanctuarul ştiinţei.

Aceasta ar trebui să fie situaţia teoretică, dar realitatea e cu totul alta. Fiindcă dacă am întreba studenţii noştri, pentru ce motiv s'au înscris la Universitate, atunci se află că din zece doi s'au înscris ca să nu fie obligaţi la muncă obşteasca; doi, fiindcă şi tatăl a absolvit o universitate, adică vor să se menţină în aceiaşi clasă socială; trei, fiindcă au apucat să aibă banii necesari pentru plata taxelor şcolare şi, după bacalaureat, neştiind de ce să se apuce, au devenit cetăţeni universitari, unul, fiindcă a căutat să aibă societate şi, eventual, un soţ; unul, fiindcă ar dori să devină savant şi al zecelea nu poate da niciun răspuns.

Aşa pleacă spre cariere ştiinţifice tineretul nostru.

Ca să nu angajăm mult şi să prindem puţin, de aceea ne vom ocupa, înainte de toate, de **facultatea de medicină**, ca, prin ea, să arătăm stările universitare, în ceea ce priveşte studenţimea.

---

1) Traducere făcută şi certificată de Medic General D-r N. IGNA. Alba-Iulia, Articol apărut în ziarul „NEPZAVA" (Glasul Poporului) organul oficial al partidului guvernamental social democrat din Ungaria No. 89 din 20 Apr. 1947, Budapesta, semnat cu iniţiale. Szb. I., pag. 6-a.

In primul semestru al anului universitar 1945/46, s'au înscris la medicină peste o mie de studenţi. Este un număr foarte mare. Că din ei cine erau acei care s'au apucat la muncă cu intenţie serioasă de studiat şi acei care au privit universitatea ca un timp pierdut, acest lucru s'a limpezit relativ repede, în parte la cursuri, în parte la examene. Pe această bază ar trebui îndepărtaţi din universitate 3/4 din auditori. Această triere ar trebui făcută nu numai pentru a curăţi de gunoi universitatea, ci şi de aceea ca să nu turbure pe acei ce sunt doritori de învăţătură.

Să vedem numai câteva exemple, ca să ştim cum se comportă cetăţenii universitari: De loc nu e un fenomen rar, că în timpul orelor de curs ei fumează, fac curte sau vorbesc tare. Din această cauză, adesea nu se poate auzi niciun cuvânt din cursul profesorului. Nu odată, s'a întâmplat că făceau din hârtie avioane-săgeţi pe care le aruncau unul altuia. Nici nu trebue spus că unul sau altul din avioane — vezi bine din întâmplare — a sburat şi a atins şi profesorul. Caracteristic pentru profesor că n'a făcut din acest fapt un scandal mai deosebit. Din astfel de întâmplări, se provoca un hohot de râs, anarhia, scăderea definitivă a disciplinei, asupra consecinţei cărora ar fi de folos să ne gândim o clipă. Un profesor de medicină, care e de statură foarte mică, a fost primit de către studenţi la începerea cursului cu aplauze, apoi prin strigăte de „un scăunel sub el, un scăunel sub el". In cursul unei prelegeri a altui profesor, băieţii şi fetele, plictisiţi de convorbirile lor, au început să aplaude fără rost. Nu odată, nu de două ori, ci în repetate rânduri. Că n'a devenit sistem această manifestare, e numai din cauză că s'au plictisit de ea.

Nimic nu e sfânt în faţa generaţiei tinere. Au făcut şi isprava aceea într'un Institut de medicină, că au spart cu picioarele sticlele dela dulapurile cu cărţi şi uşa unei săli. Probabil au înfăptuit acest lucru din motivul că le supără simţurile, faptul că mai există în Ungaria o uşă întreagă, un geam întreg.

La formarea unei astfel de situaţii, contribue, fără îndoială, şi faptul că e foarte mare numărul ascultătorilor. Sala de curs este umplută până la refuz de fiecare dată. Loc de şezut apucă numai acela care vine cu o oră şi jumătate înaintea începerii cursului; din această cauză studentul este obligat a pierde alte 1-2 ore de curs.

Dela cursurile devenite din ce în ce mai insuportabile, încep a lipsi cu încetul tocmai acei cari ar voi să înveţe ceva dela profesor. Ei preferă deci să nu mai frecventeze cursurile, nevoind să-şi distrugă îmbrăcămintea în scenele zilnice de tumult. Au ajuns să prefere sistemul de a învăţa şi a se pregăti numai din cărţi, ceea ce e cam greu, mai ales pentru începători. Situaţia era mai grea la lucrările practice. Deşi au luat parte în grupe la lucrări, şi o astfel de grupă e compusă din 300—360 persoane. Intr'o astfel de mulţime, este imposibilă disecţia şi lucrările practice, şi aşa mai departe. Pe vremuri, studenţii în medicină făceau disecţii de obiceiu în zece ore săptămânale, iar lucrări practice de fiziologie în 15 ore. In prezent, studenţii ajung la câte o disecţie cel mult în 8—10 rânduri, dar nu într'o săptămână, ci în total, în intervalul de timp prevăzut pentru studiul materiei respective.

După cele expuse, ne vom putea închipui ce fel de medici ne vor vindece după zece ani! **(Szb. J.)**

Tot din aceleaşi surse vă pot informa asupra unor probleme şi campanii sanitare care au loc în ţara vecină.

1. Recent a început o vastă **campanie antivenerică** — adică mai mult **antigonococică** — organizată pe tot teritoriul ţării — cu ajutorul unor cantităţi enorme de penicilină adusă din America. S'au fixat în acest scop zile fixe — una pe săptămână — la toate spitalele şi ambulatoriile din ţară, unde se fac absolut gratuit — tuturora celor cu afecţiuni gonococice — un tratament ambulator cu penicilină. Pentru acordarea gratuităţii nu se cere nicio justificare a stării materiale

2. Tot recent, Crucea Roşie daneză — care activează de aproape doi ani în Ungaria — a iniţiat o **campanie antituberculoasă** pe tot teritoriul Ungariei. Campania aceasta condusă de căpitanul doctor Arne Buush Hansen, este bazată pe sistemul autocaravanelor sanitare — compuse din laboratorii şi alte instalaţiuni necesare identificării boalei şi mai ales a selecţiunii — prin personalul ştiinţific danez, a persoanelor — copii şi adulţi — cari reacţionează sau nu la tuberculină. Persoanele cu reacţii negative sunt vaccinate cu noul vaccin danez, de tipul B. C. G-ului. Materialul vaccinant este adus cu avionul din Dania, din 14—14 zile. Graţie acestor inoculări s'ar fi obţinut imunizări în 80% din cazuri. Autoritătile sanitare ungare speră că într'un timp de 2 ani, vor fi vaccinăte prin această metodă peste 2.400.000 de locuitori. Fără a putea anticipa asupra valorii acestei campanii — totuşi trebue recunoscut că ea va constitui o experienţă largă — **a vaccinării în masă** — care va da roade ştiinţifice.

Terminând cu informaţiile străine pot adăuga câteva informaţiuni naţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi revista „Clujul Medical" o duce greu. A hotărît să nu mai publice gratuit în condiţiunile fixate — limitate — decât articolele personalului dela Facult. de Medicină Cluj, obligând restul medicilor să plătească costul integral al tiparului şi hârtiei, sumă care pentru un articol de circa 3 pagini mari, va reveni la circa 4.500.000 lei. Dar, din această cauză, veţi avea de sigur în curând o avalanşă de cereri de publicări de articole în revista d-voastră.

Cred că Ministerul Sănătăţii — în aceste grele timpuri economice — ar trebui să intervină cu **ajutoare masive în favoarea celor câteva reviste medicale**, care şi-au dovedit viabilitatea.

Iar în ceea ce priveşte corpul medical, luptă cu **fiscalitatea excesivă**. Sunt numeroşi medici cari plătesc în Alba-Iulia, ca avans 20—140 milioane lei, socotindu-se de 20 ori impozitele deja mult exagerate, din anul trecut. Faţă de acest ultim atac fiscal, onorariile maxime s'au urcat la 300.000 lei o consultaţie, cu 50% reducere pentru funcţionari.

Sanatoriile şi spitalele duc o vieaţă grea din cauza **problemei alimentare şi a lipsei de medicamente şi seruri**, care au ajuns la preţuri aproape inaccesibile, în ultimul timp s'a mai adăugat **ineficacitatea multor medicamente prescrise**, din cauza falşificării sau a învechirii (ex. t-ra jalapa, pulv. digitală, strophantina pusă în vânzare în fiolaje de diferite societăţi, etc.). Greutăţi peste tot, la care se adaugă lipsa susţineri organelor superioare.

* * *

VIAŢA CULTURALĂ ŞI ŞTIINŢIFICĂ IN ITALIA

de

D-r G. BUNGEŢIANU
Instit. „C. Forlanini", Roma.

Ne propunem ca într'o scurtă serie de note să înfăţişem trăsături caracteristice din viaţa medicală, organizaţia sanitară şi învăţământul superior medical din Italia de azi, aşa cum ne-a apărut personal sau din informaţii culese la faţa locului.

Cum însă medicina nu trebue să fie numai o meserie, iar medicul un simplu tehnician şi cum medicul ideal din toate timpurile a fost un umanist care, spre cinstea lui, s'a interesat de probleme culturale generale, am socotit util să începem această serie de note cu câteva consideraţiuni care depăşesc cadrul profesional şi se referă la viaţa culturală în genere. Şi anume, în mod mai particular, la partea cea mai nobilă şi mai interesantă a vieţii ştiinţifico-culturale a unui stat: **schimburi culturale cu străinătatea.**

Socotim să abordăm această faţă a problemei, pentrucă la pătura gânditoare a Italiei de astăzi se observă o vie dorinţă de a stabili contacte pe plan mondial şi de a favoriza interpenetraţia între naţiuni a elementelor animate de curiozitate faţă de produsele altor civilizaţii.

Această dorinţă, susţinută de un efort naţional şi ajutată de anumite contingenţe internaţionale, a început să dea naştere pe teritoriul Italiei unor fructuoase mareę intelectuale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe plan internaţional, această dorinţă a Italiei a fost favorizată de dorinţa similară a celorlalte ţări, făcută acută de restricţia impusă de perioada de război. Astfel, voci din cele mai reprezentative ale elitelor intelectuale din toate părţile lumii recomandă, ca cel mai eficace mijloc de a consolida pacea, schimbul cât mai masiv dintre ţări şi favorizarea cunoaşterii reciproce.

Dar în afară de această condiţie absolut generală, Italia prezintă şi condiţii speciale favorabile pentru schimburile culturale cu străinătatea.

Aceste condiţii sunt pe de o parte de ordin extern şi anume:

a) Statele-Unite ale Americei au aprobat ca datoriile de răboi ale Italiei faţă de acestea să fie cheltuite pe loc sub formă de burse de studii pentru studenţii americani. O primă serie de 50 studenţi e deja aşteptată.

b) Faţă de imposibilitatea şcolilor superioare engleze de a satisface numeroasele cereri de înscriere (venite mai ales din partea tinerilor demobilizaţi), locurile lor fiind strict limitate de regulamente, în prezent se studiază în mod oficial posibilitatea unui aranjament între guvernul britanic şi italian pentru primirea la Universităţile italiene a unui număr de studenţi englezi.

Pe de altă parte însă există şi factori de ordin intern, care au creat conjunctura favorabilă de care vorbim, şi al căror merit se resfrânge exclusiv asupra poporului italian.

c) Tradiţia învăţământului superior, care pentru unele din Universităţile italiene începe odată cu începutul şcolilor superioare în lume, şi care a

putut determina interesul şi bunăvoinţa marilor puteri victorioase. Frumos exemplu de ajutorul pe care instituţii, ce pot părea uneori Politicului drept sarcini economice oneroase şi improductive, îl pot aduce acestuia, care abia atunci îşi dă seama cât de fructuoase sunt investiţiile în instituţii culturale aparent aşa de infructuoase.

Evident, că pe lângă factorul pur ştiinţific a intervenit şi tezaurul de artă şi de vestigii istorice, al căror depozitar e Italia, şi care a atras totdeauna mulţimea iubitorilor de frumos. Aşa se explică succesul pe care l-au avut în trecut cursurile organizate pentru streini în Italia. Aşa se explică faptul că majoritatea statelor civilizate şi-au asumat sarcina de a întreţine în Italia instituţii proprii de cultură superioară.

d) Existenţa unui institut pentru relaţiile culturale cu străinătatea, organ foarte activ, care în momentul de faţă a cerut şi aşteaptă acceptarea în U. N. E. S. C. O. Personal socotim acest factor drept cel mai important în determinarea climatului favorabil al traficului intelectual care stăpâneşte Italia de azi, căci reprezintă intervenţia activă, raţională, care a dirijat, a canalizat, a pus în valoare şi a speculat ceilalţi factori enumeraţi.

Din respect pentru obiectivitate trebue însă să examinăm şi reversul medaliei. Libertatea şi înscrierea în număr nelimitat în Universitate, are avantagii politiico-economice, dar are mari dezavantagii din punct de vedere al pregătirii ştiinţifice. Anul acesta au fost **„regulat înscrişi“** la Universitatea din Roma 180.000 studenţi şi alţi 60.000 care au cerut înscrierea în cursul anului sau fac parte din alte categorii decât cei „regulat înscrişi“. Numai la **Fac. de Medicină** s'au numărat **peste 30.000 studenţi.** S'a constatat în mod acut neajunsul unei atari aglomerări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue remarcat că această situaţie există într'o ţară unde e puternică tradiţia Universităţilor răspândite în mici centre provinciale. Căci în Italia ne-a surprins într'adevăr mulţimea micilor oraşe universitare, care uneori îşi datoresc întreaga viaţă tocmai existenţei acestor Universităţi. Am ţinut să amintim acest amănunt pentru că e susceptibil de comparat cu obiectivul luptei de atâta vreme susţinută de revista „Acta Medica Romana". Iar dovadă că exemplul acesta e apreciat şi în alte ţări este faptul, pe care l-am putut constata la colegi cehoslovaci, al interesului acestora faţă de organizarea micilor Universităţi italiene. Căci Cehoslovacia, căreia i s'a interzis în cei 4 ani de ocupaţie germană orice instituţie de cultură superioară, în faţa necesităţii de a compensa carenţa de intelectuali rezultată, nu s'a oprit la eronata soluţie de a mări numărul locurilor în Universităţile deja existente, ci se îndreaptă spre soluţia Universităţilor provinciale, mai puţin populate, dar în care de multe ori climatul intelectual favorabil lucrărilor ştiinţifice e mai bine realizat. Astfel micile Universităţi italiene au fiecare nume de savanţi cu renume mondial care le-au ilustrat. Astfel Universitatea micului orăşel Pavia (cu o populaţie mai puţin din 1/3 cât a Craiovei) a fost leagănul lucrărilor celebrului anatomist Golgi ca şi a maestrului ftiziologiei moderne, Farlanini. Şi asemenea exemple se pot da despre toate Universităţile micilor oraşe ale Italiei.

Roma, Mai 1947

Cronică ritmată

ZILELE MEDICALE
Braşov din 18—20 April 47.
CRITICA „Ad Hoc" în versuri.

de

D-r MIRCEA SUCIU SIBIANU
Medic primar al secţiei de ochi, nas, gât şi urechi a Amb. Policl. de Stat Braşov

(Citită la Serata dela „Coroana" în 20. IV. 1947).

1. Noi, cei mici şi mulţi, iubiţi Maeştri, mânaţi de un spirit de dreptate
Că aţi părăsit bolnavi, soţie, casă, masă, tihnă, studenţi şi facultate,
Voind s'aprindeţi şi'n urbea noastră flacăra sciinţei sfinte,
V-aducem drept modest omagiu aceste sincere cuvinte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Ziua mare a inaugurării ne-a fost la toţi o încântare,
Ca şi şedinţele prezidate de-o scumpă şi'ngerească arătare,
Odraslă dragă a Reginei în veci nemuritoare şi-a unui rege,
ce va trăi mereu,
Cât timp în Român o inimă va bate: şi'n ea dragostea de ţară
şi credinţa'n DUMNEZEU

3. Cine nu o întrevede? Este o minunată sinfonie de mamă sfântă,
zel şi graţie nespusă,
Intruchiparea aievea a unui triunghi albastru: vis superb de tânără prinţesă,
O latură: sănătatea şi mişcarea, alta mintea şi cultura, alta sufletul de.
virtuţi plin:
Arhiducesa Ileana, Domnul din ceruri să-i acorde ajutoriul său divin

4. De granulii de tot felul, tbc. colaps, drenaje şi grave toracoplastii,
Demonstrând metodic totul pe splendide radiografii,
Ne-a vorbit Profesorul Daniello cu precizie şi neasemuit elan,
Dar mă'ntrebam: *Nu-i de preferat moartea vieţii, ce nu mai plăteşte un ban?*

5. Grav, majestos, convingător vorbeşte cald maestrul nost Grigorie,*)
De factorul Rh, grup sângvin, Macacus Rhezus, cu o fenomenală memorie,
A sacrificat 600 de câini în experienţa capului izolat,
Dar n'a pus puntul pe i: *N-ar putea trăi şi omul fără hrană, numai cu*
sânge transfuzat?

---

*) Profesorul de fiziologie de la Cluj: Grigorie Benetato.

6. Stâlpul vechi al Facultăţii, vecinic tânărul Haţeganu, celebrul savant mizericord,
Vindecă cu al său prestigiu toate bolile de intestin, rinichi, pulmon sau cord,
Insă m'aşteptam dela dânsul să deslege probleme chiar mult mai grave. Bunăoară
Cari sunt cele mai bune metode de a vindeca o întreagă ţară?

7. Cu o rutină de vechi maestru, vioi, fluent, clar, convingător,
Ne vorbeşte Viorel, elev demn de maestru; tânăr mult promiţător,
De armonia dintre cord şi endocrine, Herzhormon şi om deplin,
Dar armonia între preţuri şi salarii? N-or fi poate dirijorii deficienţi endocrini?

8. Ce aşi putea spune oare de minunata precizare a lui Ionescu-Siseşti,
Vorbind de geneză, atavism, cromozome, încrucişări andaluze şi alte secrete Dumnezeeşti,
El neagă educaţiunei puterea de a schimba pe om şi multiplele lui ticuri,
Dar atunci, întreb: De ce educaţiunea engleză ne dă cele mai perfecte tipuri?

9. De sugari şi alimente ne-a vorbit clar, cald, atrăgător şi simplu,
Profesorul Alfred Rusescu. L-aşi întreba cu glas sinistru,
Dacă turburările digestiei provin din abuzul alimentelor,
Cum le tratezi atunci când ele vin nu din abuz, ci din lipsa totală a lor?

10. N-am mai avut timp suficient să mai cuprind astfel în câte un stihiu,
Pe profesorii Teodorescu, Băltăceanu, nume aşa de sonore, o voi face mai târziu,
Totuşi un cuvânt de un prieten drag: Câmpeanu, celebrul Chirurg, supra om şi om aparte.
Voind să smulgă flacăra din cer-Mi-e frică puţin. N-o fi mergând prea departe?

11. Şi'n sfârşit un ultim vers, pentru cei ce au dat acest prilej, pentru organizatori,
Stinghe, Cărpinişan, Bologa, Gros. Nu se vor face prin asta e drept şi ei nemuritori,
Dar au toţ dreptul să-i cuprindem şi pe ei în salutul nostru cald şi cel mai ales,
Când strigăm din răsputeri, cu căldură şi elan:

Vivat Academia, vivant Profesores.

BCU Cluj / Central University Library Cluj