ANUL XX-lea, No. 8-9-10. August-Octombrie 1947

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECȚIE ȘTIINȚIFICĂ:

C. ANGELESCU
Președinte al Academiei de Medicină și al Academiei de Științe din România

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

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

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

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

IONESCU-MIHĂEȘTI
Director Inst. „I. Cantacuzino", Membru al Acad. Române și 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 și al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Bacalaureatul. —Examenul de admitere la fac. de medicină. — Programul de studii al anilor I și II la medicină. — Stagiul de spital. — Varia. — Energia atomică naturală și Apele minerale din România. — Propaganda și educația sanitară. — Competența de bolnav și Estetica patologicului** . . . . . 471 — 484 — 623—628

REVISTA GENERALA

Prof. D-r CONST. MICHĂILESCU: **Ce este metapsihica** . 485

LUCRĂRI ORIGINALE

Prof. D-r DIMITRIE NEGRU; **Energia atomică în medicină** . 502

D-r VICTOR GOMOIU și D-r VIORICA GOMOIU: **A propos de tratamentul syndactiliei** 511

D-r CAIUS V. ANTONESCU: **Sincopa cardiaca prin asocierea extractului hepatic cu clorura de carbaminoilcholina** . . . 512

D-r BEJAN IOAN: **Tratamentul chirurgical al herniilor inquinale, printr'un nou procedeu al metodei Bassini** 516

Prof. D-r N. I. IOANID și D-r G. D. BORȘ: **Otrăvirile cu amoniac** 519

Prof. D-r D. MORITZ: **Recherchez sur la pathogénié de la réaction méningée tuberculotoxico-allergique chez l'enfant** . . 526

(Urmare pag. 2 cop.)

11390 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

D-r MARIA PUŞCARIU: **Eliminarea sulfului administrat prin piele** 532

I. RADVAN: **Paludisme et metabolisme protidique** . . 538

D-r I. G. RUSSU şi D-r V. V. PAPILIAN: **Reflexul cardio-periferic** 541

M. CĂNCIULESCU: **Contribuţiune la cunoaşterea efectelor nocive ale amoniacului gazos** 551

CAZURI ANATOMO-CLINICE

DATE STATISTICE — NOTE

Chirurgicale

D-r ALDEŞIU IOAN-Arad: **Contribuţiuni la tratamentul varicelor prin sclerozare cu biiodura de mercur.** 555

D-r CORNELIU DUMITRESCU: **Tratamentul emboliei pulmonare.** 559

Medicale

Conf. Dr. STATE DRĂGĂNESCU şi Dr. BOGDAN VASILESCU: **Penicilina în tratamentul sifilisului nevraxial. —** 567

D-r VASILE GASNAŞ: **Achiziţiune recentă de tratament în „enureza nocturnă"** 573

D-r CONSTANTIN IONESCU şi D-r PETRE ROŞU: **Balonizare cavitară după pneumotorax extrapleural chirurgical redusă prin novocaină intravenos** 578

D-r ION MARTIN: **Sifilis primar endo-uretral la bărbat** . 581

D-r A. MARINESCU şi D-r V. MOTELICĂ: **Contribuţiuni la tratamentul septicemiilor stafilococice acute** 583

A. PAUNESCU-PODEANU, TH. THEODOREANU şi Inst. LUŢESCU **Sulfamidele în tratamentul zonei zoster.** . . . 588

D-r I. ROSENSTEIN: **Despre patogenia şi tratamenul enuresis-ului** 593

D-r MAX SCHNABEL: **Asupra enteritelor acute nespecifice.** 598

CORESPONDENŢA

D-r MARIA CĂNCIULESCU-BUNGEŢIANU şi D-r GH. BUNGEŢIANU: **Câteva însemnări pe marginea tratamentului cu streptomycina** 601

ISTORIA MEDICINEI

D-r V. M. PLĂTĂREANU: **Origina cuvântului medicina** . 604

CRONICA LITERARĂ

D-r I. IRIMESCU: **Din dramele vieţei şi ale bolelor** . . 610

Cărţi — Monografii — Reviste

Activitatea de spital . . . pag. 613. — **Digestiv** . . . pag. 614, — **Endocrino-logie** . . . pag. 617. — **Medicină socială** . . . pag. 617, — **Neurologie** . . . pag. 618. — **Oftalmologie** . . . pag. 619, — **Rinichi** . . . pag. 620. — **Aspecte medicale din U. R. S. S.** . . . pag. 621

■

Colaboratorii . . . pag. 469. — **Din sumarele viitoare** . . . pag. 470 şi cop. III. — **Cărţi primite la redacţie** . . . pag. 603. — **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. 8-10/1947

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINA 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. S. IAGNOV (Bucureşti), 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 (Cluj), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti), Doc. L. CAMPEANU (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 *)

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

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

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

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.

N. ZAHARIA (Fălticeni): Sifilide purpurice.

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.

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

C. V. ANTONESCU: Clasificarea sincopelor cardiace pe baze noi.

K. HIMELBRAND: Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale periferice prin rezecţia primului ganglion simpatic cervical.

A. PĂUNESCU-PODEANU, I. TURAI, I. COTĂESCU: O formă particulară de edem al membrelor inferioare. — Odemul decliv ortostatic prin insuficienţă venoasă.

A. PĂUNESCU-PODEANU: Fenomenul allergiei în patologia hepatică.

S. IRIMESCU: Tragedia intelectualilor. — Orizonturi turbure şi zări luminoase.

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

C. MIHĂILESCU: Infecţiunea tuberc. în mediul civil şi militar.

M. CÂNCIULESCU 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.

A. BOJIŢA, P. PAUL şi L. BEJAN: Un caz de diverticul al lui Meckel în sacul unei hernii.

I. GLĂVAN, A. IICA şi V. MOROŞAN: Penicilina în oftalmologie.

GH. VÂJA: Studiu asupra calcifierilor intratoracice la vârsta şcolarităţii.

---

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

(Urmare cop. III)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA MEDICALĂ

Ca de obiceiu, o cronică medicală de actualităţi, pe ştiri şi articole variate şi amestecate cari merită a fi menţionate şi comentate; înşirate pe acelaş fir medical cu ramificaţii multiple. Vine, fiecare, dela specialişti sau numai persoane pe care i-a preocupat o problemă. Dela unul singur, dar dela mulţi; şi toată lumea este mai informată decât unul, chiar dacă acela se chema pe vremuri Voltaire iar azi poartă multe nume. Exprimă, cea mai mare parte, păreri personale şi puncte de vedere originale. Sunt expuse în esenţă, lipsite de acea morgă dogmatică distantă şi coaje groasă de generalităţi cari măresc dimensiunile articolelor ştiinţifice dar nu şi valoarea. Nu le grupăm, căci fiecare se referă la capitole multiple. Rezervăm oare-care schematizare şi grupare numai pentru învăţământ, pentru organizarea sanitară, viaţa profesională şi — pentru tuberculoză, flagelul nostru intrat în patrimoniul naţional care nu va înceta decât prin epuizare de combatanţi sau atunci când populaţia rămasă se va fi imunizat cu timpul, ca odinioară locuitorii din câmpiile Lombardiei prin endemia palustră. In cea de faţă va mai intra „Competinţa de bolnav", care se aşează de la sine dupe competinţa medicului, amândouă chemate să se ajute şi la nevoe să se complecteze. In „Varia", toate cele rămase.

© Colecţia Muzeului Universităţii din Iaşi

INVAŢAMANT MEDICAL

BACALAUREATUL

Bacalaureat 1925, Bacalaureat 1947. D-nul Profesor univ. Al. Dima, dela Univ. din Iaşi, care a făcut parte din numeroase comisiuni de bacalaureat, dela 1925 când l-a trecut şi D-sa, până la cel din 1947 pe care l-a prezidat, într'un articol publicat într'un cotidian din 31 Iulie a. c., constată: Nimic deosebit nu s'a produs în ceea ce priveşte concepţia asupra examenului de bacalaureat, rezultatele

reale nu s'au schimbat deloc; informaţia a rămas la fel de bogată, elevul cunoaşte multe şi disparate noţiuni, dar le redă descriptiv fără a inzista asupra condiţiilor care le-au generat — încât ignorează condiţionarea faptelor; dă dovadă de aceiaşi lipsă a capacităţii de sinteză, care trebue exercitată în mod permanent, în fiecare oră şi la fie-care obiect — introducerea „sintezelor" dela sfârşitul anului sau a repetiţiilor sistematice nefiind în stare să supleeze; caracterul şcoalei secundare a rămas abstract şi intelectualist, pasiv şi contemplativ — adică teoretic nu practic; însfârşit, şcoala secundară nu depune interes pentru manifestările prezentului, continuă a se pasiona pentru trecut — adică paseism şi sfiiciune faţă de fenomenul actual, „elevii nu cunosc marile reviste ce apar sub ochii lor, nu au auzit de titlurile celor mai de seamă cărţi contemporane, cunosc mai îndată veacul al 14-lea decât evenimentele de după 1918 sau 1940, deşi le-au trăit". Autorul propune înfiinţarea unei clase speciale de bacalaureat în locul actualei clase a VIII-a, în care să se predea numai obiectele acestui examen, de către „profesori selecţionaţi, crescuţi şi verificaţi ca spirite de sinteză, cu atitudini activiste şi cu o permanentă aptitudine de valorificare în realitate a abstracţiunilor îngheţate".

— Am sub ochi **chestionarele întocmite de facultăţile noastre de medicină pentru trecerea examenului de admitere.** Sunt întocmite, toate, pe noţiuni elementare şi pe definiţiuni; vor aştepta răspunsuri la fel, — de memorie. Sunt pe calapodul a ceea ce au învăţat elevii, dacă au reţinut; dacă nu, le vor învăţa şi „scuipa" (erte-mi-se expresia) acum. Clasa de sinteze propusă, tot va fi mai de folos decât actuala clasă a VIII-a; va funcţiona, apoi se va desfiinţa, până când elevii vor fi făcut sintezele şi tras concluziile în timpul şi la sfârşitul fie-cărui an. Atunci vor intra şi la medicină studenţi bine pregătiţi, nu improvizaţi; incumbând apoi facultăţii să-i introducă cu încetul în materia disciplinelor medicale şi a viitoarei lor profesiuni, prezentându-le perspectivele largi şi deschizându-le orizonturile întinse pe cari sunt chemaţi să le cuprindă. Cu Baedeckerul în mână se pleacă într'o ţară sau oraş străin; vizitarea chiar dacă se face în care de turişti, dar ai realizat ceva, pe „déjà vu", rămânând ca în reveniri cu popasuri să aprofundezi pe „su". Este materia acelei **discipline fundamentale,** care se sprijină pe multe discipline fundamentale şi complimentare, de **Introducere în medicină,** pe care o propunem pentru primii 2 ani de medicină. Pe lângă noţiunile de ansamblu ce va prezenta studenţilor începători, le va permite să simtă tot timpul ce se află dincolo de ochelarii laterali pe cari numeroasele discipline medicale li le pun pe ochi — ca să vadă şi pe lături nu numai înainte, în suprafaţă nu numai în adâncime. Il va introduce în spiritul universitar; în pedagogia învăţăturii medicale (cu un savoir lire şi savoir apprendre al său particular); în esenţa disciplinei medicale şi în etica vieţei profesionale — cari nu se predau nicăeri şi se învaţă prea târziu. Acest **Studiu introductiv în medicină,** de ordin general, este altceva decât noţiunile de Propedeutică specială cu care începe fie-care materie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

medicală. El se sprijină pe toate, le are în vedere pe fiecare; în primul rând pe Biologie, pe Higienă, pe Istoria medicinei, pe Pedagogie, pe Psichologie, pe Sociologie, pe Deontologie.

EXAMENUL DE ADMITERE LA FAC. DE MEDICINĂ

Examenul de admitere la Facultăţile noastre de Medicină se face dupe un chestionar uniformizat. Subiectele poartă asupra materiei de fizică, chimie şi zoologie, predată în şcoalele secundare.

Prezentăm anexatul Prospect pentru examenul de admitere la Fac. de Medicină din Bucureşti, pentru anul 1947—948.

Examenul are loc la 13 Oct. Inscrierile se fac între 1—10 Oct. Trei probe scrise; Media 6; 150 locuri. Acte: Extract de naştere, act de cetăţenie, diplomă de bacalaureat, certificat după cazierul judiciar, consimţământul părinţilor pentru minori. Chestionarul se face din:

Anatomia şi Fiziologia omului: 1) Epitelii — structură şi funcţie. 2) Pârghiile din organism. 3) Oasele craniului. 4) Oasele feţei. 5) Scheletul membrului superior. 6) Scheletul membrului inferior. 7) Scheletul trunchiului. 8) Pielea — structură şi funcţiune. 9) Generalităţi asupra articulaţiilor. 10) Muşchii — structură şi însuşiri. 11) Nervii rahidieni. (cu schemă). 13) Nervii cranieni (enumerare). 14) Măduva spinării — anatomie şi structură. 15) Măduva spinării — Fiziologie (organ conducător). 16) Reflexele. Măduva spinării ca centru reflex (cu schemă). 17) Centrii motori din scoarţă. 18) Centrii senzoriali din scoarţă. 19) Corpusculii de tact şi simţul pipăitului. 20) Limba şi simţul gustativ. 21) Simţul mirosului. 22) Globul ocular — secţiune (cu schemă). 23) Mediile transparente ale ochiului şi formarea imaginei în ochi (cu schemă). 24) Acomodaţia ochiului (la distanţă şi la lumină). 25) Retina — structură şi funcţiune. 26) Anexele ochiului şi rolul lor. 27) Canalele semicirculare şi funcţia lor. 28) Melcul — secţiune — schemă şi simţul auzului. 29) Dinţii — formula dentară. (30) Aparatul digestiv, schemă. 31) Despre alimente. 32) Digestia bucală. 33) Digestia gastrică. 34) Lobul hepatic. Bila (compoziţia şi rolul ei. 35) Sucurile care se varsă în intestinul subţire şi digestia intestinală. 36) Funcţiile ficatului. 37) Absorbţia intestinală şi căile de absorbţie (cu schemă). 38) Muşchii respiratori şi mecanica respiratorie. 39) Ventilaţia pulmonară. 40) Chimismul respiraţiei pulmonare. 41) Globulele sângelui şi însuşirile lor. 42) Inima — schemă. Circulaţia sângelui în cavităţile inimei. 43) Circulaţia în artere — presiune şi puls. 44) Arterele — schemă. 45. Aparatul şi circulaţia limfatică. 46) Substanţele de desasimilare şi căile lor de excreţiune. 47) Tubul urinifer (schemă şi compoziţia urinii). 48) Glandele cu secreţie internă şi rolul fiecăreia. 49) Căldura animală şi termoregularea. 50) Raţia de întreţinere şi de muncă.

Fizico-Chimice. Fizica: 1) Principiile mecanicei: principiul inerţiei, principiul acţiunei şi reacţiunei. 2) Maşini simple: pârghii şi scripeţi. 3) Studiul balanţei. 4) Principiul lui Pascal şi al lui Archimede. 5) Determinarea densităţii. 6) Presiunea atmosferică şi măsurarea ei. 7) Determinarea presiunii gazelor. Legea Boyle —. Mariotte. 8) Pompe în vid. 9) Măsurarea temperaturei. 10) Schimbarea stărilor de agregare, topire, solidificare, vaporizare,

evaporare, fierbere. Aplicaţii. 11) Lichefierea gazelor. 12) Echivalentul mecanic al caloriei. 13) Studiul mişcării vibratorii. Producerea sunetului. 14) Calităţile sunetului: înălţime, intensitate, timbru. 15) Propagarea sunetului: vibraţii longitudinale şi transversale. 16) Interferenţa şi unde staţionare. 17) Rezonatori şi analiza sunetului. 18) Studiul reflexiei pe oglinzi plane şi sferice. 19) Refracţia luminii şi legile ei. 20) Studiul prismei. 21) Spectroscopie. 22) Studiul lentilelor. 23) Instrumente optice: Lupa, microscopul, aparatul de fotografiat. 24) Producerea electricităţii statice: prin frecare, contact, influenţă. 25) Condensarea electricităţii. 26) Maşina Wimghurst. 27) Caracteristicele curentului electric: Legea lui Ohm şi unităţi de măsură. 28) Electroliza, disociaţia electrolitică şi legile lui Faraday. 29) Elementele galvanice şi acumulatori. 30) Acţiunea curenţilor asupra magneţilor. 31) Galvanometre, ampermetre şi voltmetre. 32) Acţiunea curenţilor asupra curenţilor — solenoizi. 33) Electro-magneţii şi aplicaţiile lor. 34) Efectul calorific al curentului — Legea lui Joule. 35) Producerea curenţilor de inducţie — Legea lui Lenz. 36) Transformatori. Bobina de inducţie. 37) Raze catodice. 38) Raze Roentgen. 39) Radioactivitatea. 40) Oscilaţii electrice. Curenţi de înaltă frecvenţă.

Chimia: 1) Legile chimiei: Legea conservării materiei, legea proporţiilor definite, legea proporţiilor multiple, Legea lui Anogardo. 2) Hidrogenul. 3) Oxigenul şi Ozonul. 4) Halogenii şi acizii lor. 5) Sulful şi compuşii lui cu H. şi O. 6) Azotul şi compuşii lui cu H. şi O. 7) Fosforul şi compuşii lui cu H. şi O. 8) Arsenicul şi compuşii lui cu H. şi O. 9) Carbonul şi stările lui alotropice, compuşii cu H. şi O. 10) Sodiul şi compuşii lui. 11) Potasiul şi compuşii lui. 12) Calciul şi compuşii lui. 13) Magneziul şi compuşii lui. 14) Zincul şi compuşii lui. 15) Mercurul şi compuşii lui. 16) Cuprul, Argintul şi Aurul. 17) Aluminiul şi compuşii lui. 18) Plumbul şi compuşii lui. 19) Fierul şi compuşii lui. 20) Metanul şi compuşii de substituţie. 21) Etanul şi Acetilena. 22) Benzenul şi Toluenul. 23) Alcooli (metilic, etilic şi glicerin), clasificarea lor cu exemple. 24) Fenolul, Acidul picric, Cresoli şi Polifenoli. 25) Proprietăţile generale ale aldehidelor. Aldehida formica. 26) Proprietăţile generale ale cetonelor (Acetona şi Chinone). 27) Glucoza şi Chinone). 27) Glucoza şi Fructoza. 28) Zaharoza şi Lactoza. 29) Amidonul şi Celuloza. 30) Acidul formic-acetic şi oxalic. 31) Acidul lactic, tartaric şi citric. 32) Acidul salicilic, galic şi tanic. 33) Eterul etilic. 34) Eteri. Esenţe de parfumuri. 35) Grăsimi şi Saponificare. 36) Amine (clasificare), Anilina. 37) Amide, Ureea. 38) Nitriti. Acidul cianhidric. 39) Substanţe albuminoide. 40) Fermentaţiuni: alcoolică, lactică, butirică şi acetică.

Zoologie: 1) Caracterele generale ale protozoarelor şi împărţirea lor în clase. 2) Ameba şi paramoecium (morfologie, fiziologie, înmulţire). 3) Protozoarele, parazite. 4) Caracterele generale ale spongierilor. 5) Car. generale ale celenteratelor. 6) Car. gen. ale echinodermelor. 7) Car. gen. ale viermilor laţi (platelminţi). 8) Tenia şi distomum hepaticum. 9) Car. gen. ale viermilor cilindrici (nemathelminţi). 10) Nemathelminţii paraziţi ai omului. 11) Lipitoarea (Hirudo medicinalis. 12) Car. gen. ale viermilor anelizi. 13) Consideraţiuni asupra organizaţiei viermilor. Perfecţionări şi regresiuni în organizaţie la diverse grupe ale acestei încrengături. 14) Car. gen. ale moluştelor şi împărţirea lor în clase. Caracterizarea acestor clase. 15) Caracterele artropodelor. Perfecţionări în organizaţii faţă de anelide. 16) Care sunt clasele în

care se împarte încrengătura artropodelor şi cum se caracterizează aceste clase. 17) Enumerarea şi caracterizarea ordinelor în care se împarte clasa insectelor cu câte 2 exemple din fiecare ordin. 18) Metamorfoza la insecte, exemple. 19) Ce tipuri de aparate bucale cunoaşteţi la insecte şi cum sunt alcătuite? 20) Musca domestică şi ţânţarul. 21) Purecele, ploşniţa şi păduchele. 22) Caracterele miriapodelor şi împărţirea lor în ordine. 23) Car. gen. ale crustaceelor. 24) Car. gen. ale protocordatelor, asemănări şi deosebiri faţă de vertebrate şi nevertebrate. 25) Car. gen. ale peştilor şi împărţirea lor în ordine. Caracterizarea acestor ordine. 26) Car. gen. ale batracienelor. Comparaţie între batraciene şi reptile. 27) Caracterizarea ordinelor în care se împarte clasa reptilelor. 28) Caracterele generale ale păsărilor. 29) Car. gen. ale mamiferelor. 30) Impărţirea clasei mamiferelor în ordine. 31) Tegumentul (şi producţiunile sale) la mamifere. 32) Aparatul digestiv la mamifere. 33) Inmulţirea la mamifere. 34) Car. gen. ale vertebratelor, deosebiri de nevertebrate. 35) Inpărţirea vertebratelor în clase. 36) Ochiul şi urechea la vertebrate. 37) Aparatul circulator la diversele grupe ale seriei animale. 39) Aparatul respirator la diversele grupe ale seriei animale. 40) Maturaţia ovulului. Fecundaţia. 41) Diviziunea oului. Primele faze de desvoltare ale unui metazoar. 42) Partenogeneza. Exemple. 43) Repetarea filogeniei de către ontogenie. Exemple. 44) Organe rudimentare. 45) Legea corelaţiei între organe. 46) Mediul ca factor în evoluţia formelor animale. 47) Teoria lui Lamarck. 48) Selecţiunea artificială şi selecţiunea naturală. 49) Teoria generaţiunii spontane. 30) Influenţa parazitismului asupra organizaţiei şi evoluţiei animalelor cu exemple din încrengătura viermilor şi a atropodelor.

— Examenul este dictat de nevoia unei selecţionări, fiind dat numărul mare de candidaţi şi locurile reduse din cauza insuficienţei mijloacelor de instruire ale facultăţilor de medicină existente. Acest examen este odios, antidemocrat, nepractic. Nicio oprelişte pentru instruire, şcolile trebue să rămână deschise tuturor şi puse la îndemână; nici taxe să existe, statul adică colectivitatea suportând cheltuelile studenţilor lipsiţi de mijloace li se vor face toate înlesnirile punându-li-se la dispoziţie în mod gratuit cărţile, masa, locuinţa; vor plăti numai cei cu mijloace şi aceştia proporţional cu posibilităţile materiale ale fie-căruia. Este nepractic, sau practic cât să reţină numărul fixat; dar ca orice examen nu poate constitui o unitate de măsură exactă; şansa joacă mare rol; nu toţi cei reuşiţi erau cei mai buni dintre candidaţi şi dintre ei nu toţi vor constitui medicii cei mai buni; dintre cei respinşi unii ar fi dat, poate, medici excelenţi, chiar excepţionali. Deocamdată, acest examen este necesar, dar corectivul îl poate constitui luarea în considerare pentru clasificare a notelor din cursul superior (media globală şi notele anumitor materii) şi media dela bacalaureat. Chestionarul nu poate fi întocmit altfel decât cel prezentat, cam acelaş la toate facultăţile de medicină. Poate că prea noţional; bazat pe generalităţi, ar fi sondat mai de grabă capacitatea de sinteză şi coeficientul de asimilare al candidatului. Astfel cum este, trebue însă stabilit definitiv şi făcuţ cunoscut la timp; pentru-ca elevii să-l înveţe din vreme, să-l aibă sub ochi încă din anii şcolarităţii. Apropriându-şi cunoştiinţele necesare şi lăsându-le să se sedimenteze, P.

Brukenthal Contemporan Digital Library Cluj

C. N.-ul integral — pe care încă îl practică unele facultăţi de medicină, cu care ocupă peste refuz orele studenţilor din anul I de medicină (încât cu greu mai pot fi introduse anumite materii fundamentale şi complimentare, cu cari studentul în medicină trebue să ia contact dela început) şi le răcesc entuziasmul pentru medicină (abătându-le atenţia) — şi-ar perde din importanţă. Această dragoste trebue întreţinută, cultivată. Apropiând de anul I şi II unele materii şi concentrându-le pe celelalte, vom avea dreptul să luăm în considerare reducerea anilor de studii dela 6 la 5 (vraciul cu 4 ani, doctor comprimat, şi surogatul medical rural cu 3 ani — nu vor favoriza şi promova asistenţa medicală la sate; nu vor avea prestigiul necesar; nu vor putea învinge autoritatea tradiţionalului nostru agent sanitar şi puterea erezurilor; se vor bagatelizа curând, caşi posesorii „diplomelor bune pentru Orient" de altă dată; vor necesita alte cheltuieli ca să-i înlocuim). Ne vom fi grăbit încet.

PROGRAMUL DE STUDII AL ANILOR I ŞI II LA MEDICINĂ

Aceşti primi 2 ani constituesc I Bieniu al Facultăţilor de Medicină din Italia. In iei studentul ia contact cu omul sănătos. In aceşti 2 ani el se pregăteşte a intra în medicină. Materiile de bază erau, odinioară la noi şi la mai toate Facultăţile de Medicină din lume, în Anul I: Botanica, Chimia, Fizica şi Zoologia; în Anul II: Anatomia, Fisiologia, Istologia. La Facultatea de Medicina din Paris, luată ca prototip, materiile I an sunt precedate de P. C. N. integral care se predă în cadrul Facultăţii de Ştiinţe [1]). La noi predarea acestor materii a fost concepută numai în legătură cu medicina, caracter medical care a devenit pe măsură mai pronunţat [2]). Cu timpul unele din materiile anului II au fost împinse înainte; astfel, la unele facultăţi de medicină dela noi găsim în prezent în Anul I — înafară de Anatomia umană cu Embriologia, Chimia generală medicală şi Fizica medicală, cari se predau în toate — Fiziologia la Fac. de medicină din Bucureşti, Cluj, Iaşi şi Timişoara (afară de Fac. de Med. din Tg.-Mureş, în care se predă din anul I Histologia); în schimb Zoologia medicală şi Parazitologia au fost împinse îndărăt, astfel, în anul II la Bucureşti, în anul III la Iaşi, Timişoara şi Tg.-Mureş (cu Bacteriologia şi studiul Virusurilor), şi scoasă de tot din program la Cluj (afară numai dacă nu se predă în cadrul altei materii). Pe de altă parte au fost introduse în primii 2 ani materii nuoi, precum: Biologia (în anul I la Cluj, şi Tg.-Mureş; în anul II la Timişoara), care în schimb nu se predă deloc la Bucureşti şi Iaşi; şi Introducerea în Igienă (numai la Cluj, în anul I). La unele facultăţi se predau 2 materii de acelaş profesor (Fiziologia şi Fizica medicală la Iaşi) — concentrare dictată de sigur de lipsă de profesori; sau o catedră, care

1) Diploma de P. C. N. dispensează de Examenul de admitere dela noi.

2) Numai Botanica, predată de răp. Prof. I. Vlădescu a rămas generală, de n'am tras niciun folos. Azi o **Botanică**, nici chiar **medicală**, nu se predă la nicio Facultate de Medicină, la noi.

ar trebui să predea o materie integrală, se divide pentru a preda, de ex., Chimia g-rală medicală la București în Anul I și Chimia biologică în Anul II ș. a.; sau se trivide, pentru a preda, de ex., Microbiologia în cadrul a 2 și 3 catedre — nevoe dictată de sigur de pletoră de profesori de aceeași specialitate. Mai sunt și alte ciudățenii, cari își găsesc până la un punct o explicare, dar contrazic caracterul unitar pe care pe cât posibil trebue să-l păstreze peste tot Invățământul medical. Pentru personalitățile excepționale, ca și pentru materiile complimentare cari trebue să intre în Invățământ, se va face întotdeauna excepție creiându-se Catedre sau Cursuri adhoc, în cadrul diferitelor facultăți — se va creia, astfel, o scoatere utilă din uniformitate, o recunoaștere a meritelor, o posibilitate dată studenților de complectare a studiilor, o specializare.

Se accentuiază în prezent tendința de a pune înainte materii cari se predau în ani ulteriori și de a promova discipline socotite complimentare. Astfel, la Facultatea de medicină din Roma, Biologia și Zoologia generală, cari se predau în Anul I, cuprind Genetica și Biologia raselor; iar în Anul II figurează Patologia generală partea I. La noi, Facultatea de medicină din Cluj, care a mers în multe privințe cu progresul medical, predă în Anul I Biologia și Introducerea în Igienă; — iar de curând în „Adnotări la problema reformei învățământului medical" D-l Prof. I. Hațieganu propune pentru Anul I Istologia (care merge atât de natural cu Anatomia), Biologia umană, Igiena (un Curs de introducere) și Demografia; iar în Anul II Bacteriologia, Introducerea în medicină, Sociologia și Psihologia, Ingrijirea bolnavului (cu stagiu de spital).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La lumina acestor fapte, socotim că pentru Anul I și II se potrivește Anatomia umană (cu Embriologia, Noțiuni de Antropologie, Anatomie topografică); Histologia normală; Chimia medicală g-rală (și biologică); Fizica medicală; Zoologia medicală cu Parazitologia; Fiziologia normală; Biologia g-rală (cu Genetica și Biologia raselor) împreună cu Introducerea în Medicină și în Igienă (cu noțiuni adequate din Istoria medicinei, de Demografie, de Sociologie, de Psichologie, de Pedagogie — cari merg împreună și cu toate fac. materia Introducerei în Medicină și în Igienă). In anul II se va așeza Ingrijirea bolnavului (în stagiu de spital, cu luarea de contact cu un bolnav, cu primele îngrijiri de Chirurgie mică, de Medicină mică, de Medicină de urgență ș. a. de dat unui bolnav). Am lăsa pentru mai târziu, și în cadrul unei materii unice de Microbologie, Bacteriologia și Virusurile. Botanica se va preda în cadrul Farmacologiei.

Nu sunt mai multe discipline decât în prezent la Facultățile noastre de medicină în primii 2 ani, dar sunt întregite cu materiile care le aparțin. Avem tot numai Anatomia, Chimia, Fizica, Zoologia, Fiziologia, Histologia și Biologia cu Introducerea în Medicină — dar li se atașează discipline socotite complimentare. **Introducerea în medicină**, care atrage dupe ea atâtea discipline complimentare, **va merge împreună cu Biologia** care îi servește de temelie și **cu Ingrijirea bolnavului** — încât nu se creiază o catedră nouă, ci se complectează titulatura celei vechi care se va numi **Catedra de Biologie g-rală** și de **Introducere în Medicină**.

ORGANIZARE SANITARĂ

20 de mii de lei pe zi. Articolul d-lui D-r. G. Millian, vechi azi ca şi leii la care se referă, spunea că cu 20.000 de lei pentru bolnavii din spitalele de medicină internă, chirurgie şi din spitalele mixte; cu 25.000 de lei pentru bolnavii din spitalele de boli sociale; cu 35.000 de lei pentru bolnavii din spitalele de tuberculoşi; cu sumele alocate pentru copii la fel ca pentru adulţi, alocaţie nu raţie, şi în bani nu în natură, — „bolnavii din spitale mor de foame", cu ei personalul de serviciu şi internii de spitale a căror hrănire substanţială nu „suplimentele" sunt în stare să asigure. Articolul mai subliniază neegalitatea de tratament între bolnavii din spitalele M-sterului Sănătăţii cari primesc alocaţiile de mai sus; bolnavii din spitalele Eforiei la care, asigură primul ei Efor, D-l Prof. D-r N. Lupu, că „ar fi mai bine"; bolnavii din spitalele Asigurărilor Sociale pentru cari alocaţia de hrană merge dela 60—160 mii de lei — neegalitate nedreaptă şi jicnitoare pentru bolnavii Onor. Minister.

— Azi, în lei stabilizaţi, se plăteşte pentru clasa I 180 lei; pentru clasa II 120 lei; pentru clasa III 60 lei; C. F. R. pentru bolnavii internaţi prin convenţie 300 lei, pe zi; alocaţia M-sterului pentru hrană este 12 lei, la ceeaşi pentru toate clasele. **Alocaţie pentru o raţie tot de subnutriţie.** Pentru pauperi vor plăţi, când vor putea, instituţiile şi comunităţile, de cari depind, aceleaşi sume. Remarcăm disproporţia între ce plăteşte şi ce primeşte un bolnav. Or cât ar merge şi la alte cheltueli, se rezervă prea puţin pentru hrană. Mai cu seamă în prezent şi pentru o bună vreme în viitor, cât timp vor lipsi banii la casă şi spitalele vor lucra mai mult în debit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Copii, viitorul neamului este titlul unui articol în care D-l d-r. G. Millian publică în „Semnalul" din 1 August crt. o scrisoare semnată Liane Roland Pollinger. Scrisoarea pe care la rândul său D. Dr. Millian o îndreaptă către D-na D-r Bagdasar, Ministrul Sănătăţii Publice, se ocupă de situaţia jalnică a celor 300 „desmoşteniţi ai soartei" internaţi în Institutul de Puericultură de lângă Arcul de Triumf de la Şoseaua din Bucureşti. Intre alte consideraţiuni, ce face, autoarea descrie astfel un dormitor de copii din această instituţie de Ocrotire a Copiilor:

Deschizând uşa te izbeşte **o duhoare de nedescris.** Inşirate de-a-lungul pereţilor stau circa 10 paturi, în care zac înveliţi în zdrenţe cenuşii, **(„zdrenţe"** în adevăratul sens al cuvântului, şi cenuşii spus cu oarecare indulgenţă) **fiinţe cu aspect tragic.** Nu sunt bolnavi. Privirea lor e limpede. Tristă, însă limpede. Corpul lor nu este veşted (deshidratat, cum e cel al copiilor suferind de boli intestinale). Este doar slab, scheletic, fantomatic! Ce vârstă le-ai da tu, care intri pentru prima dată? Cam între 3 şi 6 luni, însă bineînţeles mizerabil desvoltaţi. Intrebi sora de caritate de vârsta lor. Iţi va răspunde: între unul şi doi ani! Cum, fiinţele acelea care stau aproape inerte, mişcând doar ochii mari, trişti şi întrebători, copiii aceia dintre care doar vreo doi sunt în stare să şadă, au vârsta de 2 ani? Ce e cu ei? **N'au alimentaţie.** Sunt nehrăniţi, înfometaţi! Nu sunt bolnavi — doar este control medical! Greutatea lor? 4 kg., 5 kg., 6 kg.! Nu e lapte suficient, nu sunt vitamine, nu e zahăr, nu e orez, nu e griş, nu sunt grăsimi — nu e nimic pentru ei! Ii priveşti şi te cuprinde groaza.

Ca să se liniştească, vizitarea care cu un sentiment de mulţumire pătrunsese în Instituţia cu firmă de „Ocrotiri Sociale" şi cu clădiri aspectuase, întrebând pe soră, dacă totuşi copii se mai desvoltă, dacă greutatea e cel puţin în creştere. Nu, e răspunsul, suntem mulţumiţi când îi putem menţine staţionari.

— Duhoarea de nedescris, pe care locatarii n-o mai simt, este datorată **mirosului de amoniac** degajat din scândurile, saltelele şi rufele îmbâcsite de urină. Mirosul acesta de grajd domneşte la fel peste tot. Intâmpină pe toţi vizitatorii orfelinatelor de copii, la noi. Că, lipsesc rufele de schimb, şi că săpunul este neîndestulător, nu mai încape vorbă. Că alocaţia nu asigură nici raţia de întreţinere necum de creştere, nicio discuţie. Dar pătimesc micuţii mai ales prin lipsa de îngrijiri mărunte, de fiecare oră, de fiecare minut, pe cari nu li le poate asigura un corp de îngrijitoare fără instrucţie suficientă, fără chemare şi fără o salarizare specială care să le atragă. Nu „o mare lipsă de dragoste şi de omenie" din partea Societăţii mici şi mari este de incriminat, cât o lipsă de înţelegere, din partea organelor conducătoare. Bani prea mulţi nu trebuesc. Asemenea Instituţii de puericultură, la cari se adaogă cele 8 centre regionale de ocrotire a copiilor din ţară, cu dormitoare, miros şi copii fantomatici la fel, sunt puţine. Indemnul şi exemplul se pot lua de la ce se face în U.R.S.S. pentru ocrotirea copilului.

*

Şcoala de puericultură de pe lângă M-terul Sănătăţii a dat la sfârşitul lunei Iunie crt., primele 80 absolvente. Primite cu 4 sau 7 clase primare, recrutate din mediul rural în care se vor întoarce, elevele urmează un curs cu programă de liceu, căpătând pe lângă îndrumări pedagogice, cunoştiinţele necesare viitoarelor îndeletnicirl sanitare. Invaţă şi limbi străine — adaogă darea de seamă asupra serbării la care a asistat şi ţinut un discurs şi d-na D-r Bagdasar, Ministrul Sănătăţii Publice. Aceste prime 80 eleve înscrise, au trebuit ca în cursul unui an să-şi însuşească cunoştiinţele a trei ani de studii, dând, apoi, în faţa unei comisiuni speciale, instituită de Ministerul Educaţiei Naţionale, un examen de diferenţă.

— Limbile străine au fost deci necesare pentru-ca unele absolvente în caz de răsgândire să poată învăţa mai departe într'un liceu teoretic sau gimnaziu unic. Pentru menirea lor, caşi pentru necesitatea de a învăţa într'un an atâtea materii, poate că programa de studii ar trebui simplificată. Ca şi programa de studii a elevelor din **Şcolile de Infirmiere** creiate pe lângă câteva din spitalele mari din provincie, şcoli în care se primeau eleve cu 4 ani de studii secundare, şcoli cari după 2 ani de studii eliberau diplome de **infirmiere de spitale** şi de **îngrijitoare puericultoare,** şcoli regionale deci la îndemână de cel mai mare folos. In aceste şcoli, parte din ele desfiinţate azi, se învăţa mai pe îndelete, dar cu mai mult temei. Se cuvine ca asupra secţiei lor de puericultură să se îndrepte toată atenţia aceasta, mai cu seamă că ele n'au în programa lor de studii, şi aşa prea încărcată, limbi străine.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ce trebue făcut? faţă de enorma **sifilizare** a populaţiei noastre dela oraşe şi mai ales dela sate? spune d-l Prof. D-r Şt. Teodorescu, Directorul Clinicei Dermato-Venerice dela Facultatea de mdicină din Bucureşti, într'un cotidian al cărui nume ne scapă: procurarea de medicamente, antisifilitice cu acţiune sigură. în cantitate abundentă; gratuitatea acestor medicamente pentru cei săraci, ca şi a aplicării tratamentului în spitale şi dispensare; internarea gratuită a tutulor bolnavilor atinşi de sifilis contagios, indiferent de situaţia lor materială; mărirea capacităţii de primire în asemenea paturi în spitale; analize de sânge gratuite pentru diagnostic; distribuirea la farmacii a medicamentelor antisifilitice la preţuri accesibile pentru bolnavii cari se tratează în particular; urmărirea bolnavilor cari nu-şi continuă în mod regulat tratamentul; organizarea de dispensare de profilaxie sifilitică individuală în oraşele mari din ţară; internarea obligatorie a tutulor bolnavilor sifilitici contagioşi şi recalcitranţi la tratament; delictul de contaminare să fie o realitate.

In plus, organizarea unei depistări cât mai neîntârziate a bolnavilor atinşi de sifilis latent în toată ţara; prin examene serologice în masă gratuite; urmată de un tratament cu totul gratuit; cursuri de specializare în maladiile venerice pentru medicii oficiali din ţară la cele 3 clinici dermato-sifiligrafice din centrele universitare; formarea de cadre ajutătoare de personal sanitar auxiliar; broşuri de propagandă.

— La acest complect plan general de combatere a sifilisului nu este de adăogat, pentru început de realizare, decât aplicarea lui pe sectoare precum în cadrul Asigurărilor Sociale, la C. F. R., la personalul tutulor instituţiilor publice şi particulare, în armată, la fabrici, în uzine, în lumea tutulor muncitorilor, în şcoli, în familiile membrilor cuprinşi într'una din comunităţile de mai sus, ş. a. Această *sistematizare în activitate* pe teren, se întregeşte cu acea de activitate în timp şi cu cea de planificarea tutulor acestor mijloace, enumerate mai sus, de combatere a acestui alt flagel naţional al nostru.

TUBERCULOZA

Dar în contra tuberculizării în masă a populaţiei noastre ce trebue făcut? Intre altele, vom scoate îndrumări din cele ce relatăm:

Lupta contra tuberculozei în Uniunea Sovietică a realizat din primii ani ai orânduirii 1637 dispensare pentru tuberculoşi; în spitale s'au amenajat 30.426 paturi, în sanatoriile speciale pentru adulţi şi copii 776.255 paturi. Ridicarea standardului de viaţă şi cultură au adus o scădere bruscă a îmbolnăvirilor şi reducerea la jumătate a mortalităţii. Dupe distrugerile din timpul ocupaţiei naziste s'au înfiinţat în pripă 12000 paturi noui şi s'au deschis sanatorii noui de zi şi de noapte pe lângă dispensare cu 3000 paturi şi pe lângă întreprinderile industriale cu 7000 de paturi. Cercetările savanţilor sovietici s'au intensificat în institutele de cercetări ştiinţifice; academiciana fiziologă Nina Stern autoarea teoriei barierei hemato-encefalice, a instituit noua metodă de tratament a meningitei tuberculoase cu streptomicină ş. a.

Vaccinarea preventivă antituberculoasă dupe metoda Calmette a populaţiei, propusă de Crucea Roşie Daneză pentru a începe în toamna aceasta, prin echipe daneze speciale conduse de Prof. Holm, specialist în materie, să fie îmbrăţişată şi efectuată prin toate mijloacele pentru a se putea efectua cele câte 3000 mii vaccinări pe zi. Va fi numai o reluare şi continuare a vaccinării cu B. C. G., pe care a iniţiat-o la noi răp. Prof. I. Cantacuzino împreună cu colaboratorii de la Institutul care îi poartă numele.

Ce să facem cu tuberculoşii noştri? Ce a făcut însă-şi D-na Micaela Catargi care pune întrebarea într'un articol publicat într'un cotidian (Adevărul din 7 Iulie crt.). Dupe războiul trecut D-sa împreună cu alte 2 inimoase prietene au luat într'un preventoriu modest, creiat la Timişul de Jos, pe copii invalizilor tuberculoşi de soarta familiei cărora se îngrijeau.

S'a reuşit izolarea de focarul contaminat cu 2 imobile inutilizate amenajate în grabă, din fonduri benevole şi strânse din Serbări, mobilier donat şi lucrări executate de un tâmplar local, cu 2 vaci, câţiva porci, o căruţă şi o grădină de zarzavat, lemne din pădure; ca personal 2 harnici gospodari, o infirmieră şi dădacă, 2 fete din partea locului, doamnele conducând şi inspectând în mod permanent; şcoala, într'o căsuţă peste drum, cu o institutoare detaşată. Cei 50 copii schelete şi-au dublat greutatea în mai puţin de 6 săptămâni. Ca neplăceri numai îndărătnicia părinţilor şi o mică epidemie de pojar adusă de vizitatori. Preventorul s'a desfiinţat peste 2 ani; a ajuns staţie de viligiatură pentru adulţi.

— Dar experienţa a reuşit. Poate fi reluată azi cu şi mai mare succes, termină articolul, ca o continuare a acţiunei C.A.R.S., azi când condiţiile sociale sunt şi mai favorabile ideii şi marea masă a femeilor s'a înrolat în coloanele muncitoarelor colective. Temă este de propus pentru meditaţie, nu numai femeilor cari înţeleg să se jertfească pentru binele celor suferinzi, cum doreşte autoarea articolului şi iniţiatoarea acelui Preventoriu de izolare a copiilor tuberculoşilor, dar organelor interesate în cauză. In primul rând M-terului Sănătăţii şi Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, cari se vor grăbi să tranşeze controversa relevată de D-l S. R. Mios cu privire la terminarea construcţiei şi înzestrarea **Sanatoriului de tuberculoşi „Valea Iaşului"** din judeţul Argeş, de 400 paturi, ca să-l pună cât mai repede în stare de funcţiune pentru izolarea însăşi tuberculoşilor din mediul lor familial şi social.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VARIA

Un profesor, un salar. Ştire din cotidiane:

Lucrările de comprimare din cadrul învăţământului superior sunt aproape terminate, urmând ca în câteva zile să apară în Monitorul Oficial decizia ministerială.

Printre criteriile după care s'a orientat comisia care a făcut comprimările, trebue menţionată şi hotărîrea de a se interzice definitiv **cumulul** şi **ambulantismul.**

Nici un profesor universitar, nu va putea primi două salarii, desfiinţându-se posturile fictive de directori de institute, seminarii, etc. Statul va avea grijă să răsplătească meritele ştiinţifice, într'adevăr excepţionale.

Deasemeni, nu va fi permisă nici practicarea ambulantismului; numărul orelor obligatorii pentru fiecare profesor fiind sporit, legătura între corpul didactic şi universitate va fi mai strânsă. In felul acesta se vor realiza şi serioase economii bugetare.

— La timp vom înregistra decizia cu numărul. Numai să nu se stabilească pentru cumul un anumit plafon, ca pe la 1930; şi pentru unicul salar dreptul de a ocupa mai multe funcţiuni onorific, prin delegaţie, numai una fiind retribuită. Celelalte cu cheltueli de deplasare.

*

In **Ţăranul şi Medicul**, D-l Victor Eftimiu — care a văzut într'o vară unde-va, într'o staţiune climaterică, la munte, copii bolnavi de râie, de pojar, de tuberculoză, a ţii cu piciorul umflat, infectat de un spin, şi n-aveau unde să se ducă şi nici părinţii nu-i duceau — crede că copilul de ţăran, ca să nu mai moară cu zile, să nu crească pipernicit şi plin de metehne, dupe cum trebue hrănit, spălat şi îmbrăcat chiar împotriva lui însu-şi, îl vom duce şi la doctor cu sila.

— Va merge el singur, numai să-l dea la carte tată-său care se dusese cu 5000 lei în mână (trebue să fi fost acum un an) la un păstor sufletesc din părţile Govorei să-l roage să meargă până la el acasă şi să-i citească „pentru viermii în varză", — cea ce Sfinţia sa, om cinsiit, a refuzat, lăsând „pe a ţii să facă aşa ceva". Dovadă, că nici ta-său nu învăţase carte, nici toţi preoţi ar răspunde la chemarea lor. Medicul rural, fie-care sat cu medicul său care să meargă el la casa plină cu copii a ţăranului — rămâne formula simplă dacă nu s'ar complica cu „siluiri" şi din partea învăţătorului, preotului, agronomului — siluiri de dorit, şi de făcut cu consimţimânt reciproc.

*

Sănătatea populaţiei şi instrucţia căpătată în şcoală, le leagă strâns D-l Docent Universitar D-r Horia Slobozeanu care, observând relaţia dintre incultura maselor şi mortalitatea copiilor (în regiunile cu o mare proporţie de analfabeţi mortalitatea este foarte ridicată), propune introducerea sistematică în instrucţia care se dă poporului în şcoală a noţiunilor de higienă generală şi de higiena copiilor: în fie-care clasă primară începând cu prima clasă; în gimnaziul unic higiena să nu se predea numai în clasa I-a ci câte o oră să se continue în clasa II-a şi în clasa III-a; ca să înveţe din vreme cum să-şi crească copii când vor deveni mame, fetelor să li se predea din clasa IV-a primară, în clasa I, II şi IV-a a Liceului unic lecţiuni de puericultură (Semnalul din 29 Iunie 1947).

— Introducerea în higienă a studentului în medicină se face totuşi la noi numai la Facultatea de medicină din Cluj în primul an; la celelalte facultăţi Igiena se predă: în anul IV la Timişoara; în anul V la Bucureşti, la Cluj, la Iaşi, la Tg.-Mureş. Pe bună dreptate se

trudeşte D-l Prof. I. Moldovanu, dela Cluj, să introducă Higiena şi Medicina preventivă din primii ani de studii la facultăţile de medicină, predarea noţiunilor eşalonându-se în ani.

*

Se construesc spitale. Începutul îl face construcţia (numai anunţată, sau şi începută?) de către M-terul Sănătăţii, în Bucureşti, a Spit. de urgenţă şi a unui Institut de puericultură. Socotind problema construcţiei de spitale şi clinici de importanţă capitală pentru sănătatea publică şi pentru învăţământul medical, D-l Prof. D-r I. Teţu propune un program de construcţii pe care să-l alcătuiască şi să-l realizeze în comun toate instituţiile de stat, autonome şi particulare cari au contingenţe cu Sănătatea şi Invăţământul.

— Ni se pare ca de mai urgentă şi stringentă necesitate să se pună mai întâi în **stare de bună funcţionare spitalele existente** — aşa cum propun pentru o etapă de un an D-nii D-ri I. Alexa, Cantemir Anghelescu, I. Povovrăgeanu şi August Ştefănescu în „Problemele fundamentale ale Sănătăţii publice rurale din România". Incă, cu şi mai mare grabă şi folos, M-terul să proceadă la **Reorganizarea aşezămintelor spitaliceşti**, contopind şi grupând serviciile de specialităţile similare sau vecine, pentru a putea crea servicii noi necesare, făcând în acelaş timp economii de personal şi de material — astfel cum au procedat de curând D-nii D-ri Alex. Tocilescu, Secretar G-ral al M-terului Sănătăţii, şi Derevici, Inspector G-ral sanitar central, la Ploeşti şi Buzeu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

O nouă maladie febrilă a fost semnalată la noi, pentru prima oară, la Constanţa, de către D-nii D-ri V. Vasiliu, I. Nedelcu şi A. Papazian, medici ai Spit. „Prof. D-r V. Sion" din Constanţa. Cercetările de laborator au fost confirmate şi agentul a fost identificat de către D-l Prof. D. Combiescu de la Instit. Cantacuzino din Bucureşti. Boala este datorită unei Rickets (transmisă de o căpuşe) apropiată de cea din tifosul exantematic, dar maladia nu este mortală; se caracterizează prin dureri mari de cap, febră până la 40°, durata de 8—9 zile, istovire extremă care durează până la 30 zile. Se aseamănă cu „Quesland Fever" sau „Febra Q" care a apărut întâia oară în Australia în 1935 şi s-a propagat între 1944 şi 1945 prin trupele americane şi britanice din Mediterana. Este o boală tot sezonieră.

— Tot D-l Prof. D-r D. Combiescu a identificat şi tot la Constanţa Febra butonoasă de Marsilia, datorată de asemenea unei căpuşe, boală asupra căreia savantul nostru colaborator a publicat un studiu de ansamblu în No. 11—12/1932, pag. 681, al acestei reviste. In cât, în ultimul timp ne-au vizitat ţara, în afară de tifosul exantematic şi febra recurentă cari au căpătat drept de domiciliu stabil, febra butonoasă, febra de Volhinia, papataci, acum febra Q, şi încă una (al cărei nume ne scapă) acum câţiva ani la Galaţi, iar tularemia ne dă târcoale.

*

Morţii pot învia. — Sub acest titlu relatează D-l A. Alexandrov în „Semnalul" din 12 Iulie a. c., metoda D-rului Vladimir Alexandrovici Negowski

din Moscova care readuce la viaţă pe mortul aparent, căruia i-au încetat respiraţia şi bătăile inimei, cu ajutorul unui aparat prin care introduce aer în plămâni sub o anumită presiune şi îi pompează întâi în arterele coronare până începe inima să-i bată din nou, apoi în vene sânge transfuzat saturat cu oxigen şi glucoză, la nevoe îi mai face masajul inimei şi injecţie intracardiacă de adrenalină.

— O adevărată experienţă ca pe animalele de laborator. Fapt cert este că soldatul Valentin Dmitrievici Şerepanov din regimentul de puşcaşi de gardă, de loc din Gerjinsk, murise aparent clinic, de-abinelea, din cauza unei hemoragii mari şi a şocului provenite din rana în şold printr'un şrapnel — dar a fost readus la viaţă şi trăeşte şi azi prin sus menţionata metodă care a fost aplicată înainte de minutul al 7-lea. După 6 minute, termen fatal, metoda nu mai lucrează. Ca şi plămânii de oţel ai lui Carrel şi Lindberg, cari prelungesc viaţa muribunzilor, metoda complicată a D-rului Negovski nu va învia mulţi morţi.

*

O gravă eroare farmaceutică săvârşită la o maternitate din Bucureşti a adus moartea a două paciente şi a provocat o boală gravă de rinichi celei de a treia. La farmacia unui spital, care preparase o soluţie cu ser fiziologic şi una cu cianur de mercur, s'au lipit greşit pe borcane etichetele, încât internul de serviciu a făcut injecţii cu cianur de mercur pacientelor sale internate în Maternitatea Sanatoriului din borcanul destinat pentru spălăturî pacientelor din Maternitatea spitalului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— Un lanţ de erori, aşa zise fatale, comise din lipsă de atenţie şi simţ de responsabilitate, din partea multora, a provocat nenorocirea. Relatăm faptul pentru 2 motive: Zilele trecute între cele 12 fiole de Pulmosept, destinate unei paciente, am găsit una chiar cu cianur de mercur (farmacistul a pretins că greşala revine „Laboratorului", deşi fiolele s'au prezentat „vărsate" nu ambalate în cutie originală); — intoxicaţiile cu preparate mercuriale (în special cu sublimat corosiv) se tratează cu succes nu cu un antidot anumit care lipsea din farmacia spitalului, dar printr'o metodă specială, instituită de răp. mare clinician Profesor I. Nanu-Muscel şi colaboratori, metodă care trebuia cunoscută şi aplicată la timp.

ENERGIA ATOMICĂ NATURALĂ
APELE MINERALE DIN ROMANIA
METAPSICHICA

Apropierea nu este fortuită şi nici fără legătură. D-l Profesor D-r G. Tudoran, dela Facultatea de Medicină din Iaşi, medic oficial al Băilor Slănic-Moldova, într'un interview recent comentând lucrarea D-lui Prof. D. Negru **„Energia atomică în medicină"** pe care autorul o concentrează într'un articol original ce publicăm în cadrul acestui

(Urmare în pag. 626)

CE ESTE METAPSIHICA?[1])

de

Prof. D-r CONST. MICHĂILESCU

In evoluţia gândirii omeneşti, problema cunoaşterii fiinţei umane a preocupat din cele mai vechi timpuri, pe cei mai de seamă oameni. Cunoaşterea de sine — „Gnosis Eavton" — a format sâmburele filosofiei lui Socrate şi a fost înscrisă ca o axiomă pe frontispiciul templului dela Delfi.

Ea a dat naştere la **două teorii**: cea **dualistă** sau **spiritualistă** cea mai veche, care susţine că fiinţa omului este formată din 2 elemente, din materie şi din **spirit** şi cea **monistă** sau **materialistă**, care s'a desvoltat mai ales în ultimele două secole şi care susţine că omul e format numai din materie şi că toate actele noastre psihice ca gândirea, memoria, conştiinţa, voinţa, etc., sunt proprietăţi ale materiei şi ca atare, dispar şi ele, fără urmă, odată cu dispariţia corpului.

Marea majoritate a celor mai de seamă oameni de ştiinţă şi filosofi, atât dispăruţi cât şi contimporani, susţin însă că doctrina materialistă este **eronată**; că în afară de materia **vizibilă** dar **destructibilă**, există un element spiritual, invizibil şi durabil, care creiază, organizează şi conduce materia şi care, în fiinţele viejuitoare, în stare potenţială, de germen, mărginit şi în devenire sau evoluţie, a luat numirea de **suflet** sau **cauză secundară**, iar în Univers, în stare originală, infinită şi perfectă, de **Cauză Primară sau Dumnezeu**.

Citez numai câteva din concluziile acestor mari gânditori şi cercetători:

1. Ilustrul fiziologist **Claude Bernard**, vorbind despre fiinţa umană, spune: „Materia, ori care ar fi ea, este lipsită de spontaneitate şi nu creiază nimic; ea nu face decât să exprime prin proprietăţile ei, ideia celui care a creiat maşina care funcţionează. Materia creerului nostru nu are câtuşi de puţin conştiinţa gândirii şi a celorlalte feno-

*) In cursul lunei Martie 1947 în Amfiteatrul Spitalului Colţea a luat fiinţă pe lângă Societatea de Psihopatologie şi Psihoterapie, o secţie de „*Metapsihica*" pusă sub conducerea d-lui Prof. D-r Constantin Michăilescu, cu care ocazie D-sa a ţinut Conferinţa prezentă.

mene pe care le manifestă, tot aşa după cum literele şi hârtia dintr'o carte n'au conştiinţa ideilor pe care le reprezintă. A spune că creerul secretă gândirea echivalează cu a spune că ceasornicul secretă ora sau ideia de timp. Nu trebue să credem că materia a putut da naştere legilor de ordine şi de succesiune; ar însemna să cădem în eroarea grosolană a materialiştilor.

2. Filosoful Bergson, în lucrarea sa: „L'evolution créatrice", spune: „Cauza evoluţiei fiinţelor vieţuitoare, este un principiu intern, psichologic, care provoacă această evoluţie după un plan general, după o idee directoare, printr'un act de voinţă.

Acest factor psihic, care creiază şi conduce ordinea biologică, are voinţă proprie, ca şi posibilitate, deci este o forţă conştientă, independentă de materie, căci ea modelează materia şi formele ei aşa cum vrea, făcând să evolueze vieaţa în sensul cum a creiat-o".

In altă parte Bergson, vorbind despre conştiinţă spune: „Conştiinţa umană, al cărui sediu e creerul, este totuşi independentă şi superioară creerului. Totul pare a se petrece ca şi când conştiinţa ar ţâşni din creer. In realitate conştiinţa nu ţâşneşte din creer, dar creer şi conştiinţă îşi corespund, fiindcă amândouă măsoară la fel, unul prin complexitatea structurii lui, alta prin intensitatea deşteptării ei, cantitatea de alegere de care dispune fiinţa vie. Conştiinţa e distinctă de organismul pe care îl animă, deşi sufere oarecare vicisitudine. Conştiinţa este esenţialmente liberă. Este libertatea însăşi; dar ea nu poate străbate materia, fără să se fixeze pe ea, să se adapteze ei".

In ceeace priveşte memoria, Bergson, în lucrarea sa: „Matière et mèmoire" demonstrează că fenomenul memoriei nu se poate explica prin nicio funcţiune fiziologică cerebrală, din care cauză — zice el — nu putem atribui creerului conservarea amintirilor.

„La mémoire est autre chose qu'une fonction du cerveau; avec la mémoire nous sommes bien véritablement dans la domaine de l'esprit;" spune el textual în concluzii.

La fel se pune chestiunea nu numai pentru memorie, ci şi pentru toate cunoştiinţele, calităţile şi virtuţiile pe care cu multă trudă, le dobândim în timpul vieţii, cari constituiesc evoluţia noastră spirituală şi care nu pot dispare odată cu corpul material.

In acelaş sens gândeşte şi filosoful Keyserling, când spune: „Omul este sinteza a numeroase procese de evoluţie, un microcosm în raport psihic şi fizic, constant şi indisolubil cu întreg universul. Pe un plan el aparţine ordinului mineral, pe altul celui animal. In domeniul psihic există o superpoziţie şi o interpenetraţie, pe planuri diferite, a ordinelor: sensitiv, emoţional, intelectual şi spiritual. Dintre toate acestea, spiritul este de altă natură decât materia terestră, având legile lui proprii, care guvernează toate celelalte planuri de ordin pământesc. El este nucleul metafizic al esenţei umane şi tot ce există mai substanţial în om.

Spiritul nu se poate explica, el neputând fi redus la ceva cunoscut de esenţă terestră. Pe el îl putem numai descoperi în noi, constatând calităţile lui, dintre care cele mai importante sunt: libertatea absolută, dreptatea, bunătatea, conştiinţa morală, care n'au nimic de a face cu inteligenţa şi cu raţiunea.

La fel gândeşte şi **Alexis Carrel**, când spune în cartea sa cunoscută: „L'homme cet inconnu", „spiritul trece aproape neobservat prin materia vie şi totuşi este cea mai colosală putere din lume".

Dar nu numai iluştrii reprezentanţi ai gândirii filosofice au ajuns la aceste concluzii, dar chiar reprezentanţii ştiinţelor pozitive, — ca de pildă marii fizicieni moderni, **Eddington** şi **Sir James Jeans**, dela Universitatea din Cambridge. Acesta din urmă, în cartea sa tradusă în limba franceză „Le mysterieux Univers", spune: „Nici unul din corpurile care compun impozanta structură a Universului n'are realitate fără concursul spiritului. Universul apare ca rezultatul unei mari gândiri, iar spiritul ca creatorul şi guvernatorul materiei. Universul atestă existenţa unei puteri care concepe şi controlează, putere care are ceva comun cu spiritele noastre individuale".

Aceste concluzii sunt rezultatul descoperirilor şi progreselor fizicei moderne, formulate în teorii care au revoluţionat gândirea omenească, cum sunt: teoria electronică, teoria relativităţii a lui Einstein, teoria quantelor a lui Plank, mecanica ondulatorie a lui Louis de Broglie şi Schrödinger, principiul indeterminaţiunii a lui Heisenberg, ca şi descoperirile razelor X, a radioactivităţii şi energiei intraatomice.

Toate aceste descoperiri au sdruncinat profund concepţiile noastre asupra materiei, făcând să dispară mai întâi dualismul clasic dintre materie şi energie şi reducând totul la variaţiuni de condensare, de echilibru şi de intensitate ale uneia şi aceleiaşi forţe invizibile, care merge dela materie la diferitele forme de energie, la vibraţiunile electromagnetice, la eter.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In realitate nu există materie, ci numai energie electromagnetică, care se prezintă simţurilor noastre imperfecte ca ceva substanţial, ca materie compactă şi inertă, sub diferite aspecte, numai datorită reacţiunilor acestei energii în mediul înconjurător. Materia apare compactă numai în raport cu simţurile noastre; în realitate ea este uşor de traversat de principiul vital şi inteligent, de energiile transcendentale ca şi de unele energii radiante, ca de exemplu razele X şi razele gama ale radiumului.

Materia tangibilă este făcută prin condensare şi organizare din energia electro-magnetică şi prin dezagregare se poate reîntoarce la starea eterică de unde a pornit.

Doctrina materialistă care admite existenţa numai a ceeace cade sub simţuri, a primit în urma acestor descoperiri ale ştiinţei o grea lovitură. Constatarea forţelor imateriale de natură electro-magnetică a deschis calea şi a lărgit înţelegerea şi pentru alte forţe imateriale, cu alte manifestări ca gândirea, memoria, judecata, etc., adică **forţele psihice**, mult mai puternice, care domină şi organizează pe cele dintâiu.

Aceste forţe psihice apar mai lămurit, mai distinct în fenomenele de sugestie, autosugestie, somnabulism, catalepsie, premoniţiuni şi psihopatii fără leziuni organice, stări pe care teoria materialistă nu poate să le explice numai prin proprietăţile materiei şi vibraţiile electromagnetice.

Dar, existenţa factorului spiritual a fost pus în evidenţă şi con-

firmat experimental prin fenomenele paranormale, care intră în domeniul metapsihicei.

Ştiinţa obişnuieşte să numească normale fenomenele care, — în domeniul fizic sau psihic, — se produc în mod obişnuit şi pe care le poate experimenta şi reproduce după voie. Fenomenele care nu urmează această regulă, ci sunt excepţionale, se numesc cu un termen general, paranormale. Astfel, în domeniul fizic avem fenomenele metafizice sau transcedente, care se petrec dincolo de domeniul fizic cunoscut, iar în cel psihic fenomenele metapsihice, care se petrec dincolo sau în afară de domeniul psihic cunoscut.

Ce sunt fenomenele metapsihice?

Sunt manifestaţiuni ale unor persoane numite mediumi, caracterizate prin aceea că organismul lor posedă facultatea excepţională zisă mediumnitate, de a lua cunoştinţă de ceeace se petrece în afara lor fără ajutorul simţurilor normale: văd fără ochi, aud fără urechi, iar în preajma lor se manifestă prezenţe şi acţiuni umane inteligente, deosebite de medium, de altă origine.

In marele public aceste fenomene paranormale sunt cunoscute sub numele de spiritism, iar în Anglia de spiritualism. Ele au fost observate şi comentate la început de persoane fără o pregătire specială, fără o metodă ştiinţifică, adeseaori naive şi chiar de rea credinţă, din care cauză spiritismul şi-a căpătat o neîncredere şi chiar un nume rău în ştiinţă.

Dela un timp, însă, aceste fenomene au început să fie studiate şi de oamenii de ştiinţă, de savanţi cu mare reputaţie ca W. Crookes, mare chimist, astronom şi fizician celebru, descoperitorul Thallium-ului, inventatorul tuburilor de raze X, care-i poartă numele, ca Charles Richet, renumitul profesor de fiziologie dela Universitatea din Paris, Pierre Curie şi M-me Curie, D'Arsonval, Langevin, Branly, Debierne, Flammarion, Lombroso şi mulţi alţii, care au aplicat în acest gen de cercetări metoda experimentală, ştiinţifică, cu cel mai strict control, în laboratoare şi institute speciale de metapsihică, nume sub care aceste fenomene paranormale au fost introduse şi adoptate în ştiinţă.

Aşa încât deosebirea dintre spiritism sau spiritualism şi metapsihică este că, pe când cel dintâi a rămas la stadiul de empirism sau chiar de diletantism, cea de a doua a devenit o ştiinţă serioasă şi documentară. Dacă ea nu a progresat aşa de repede ca celelalte ramuri de cunoştiinţe şi dacă mai întâmpină oarecari rezistenţe din partea ştiinţei oficiale, este pentru faptul că fenomenele paranormale nu sunt produse decât de mediumi; aceste persoane sunt rare; uneori nici ele nu ştiu că posedă facultatea mediumnităţii, iar experimentarea acestor fenomene este dificilă şi delicată, trebuind să fie făcută de oameni de ştiinţă nu numai competenţi, dar şi de o mare probitate profesională şi o înaltă ţinută morală, în laboratoare speciale, care şi ele sunt foarte rare.

Totuşi metapsihica a ajuns să se înveţe astăzi în facultăţi, în multe oraşe ca: Lisabona, Lund şi Stocholm din Suedia, Leyden şi Utrecht din Olanda, Leipzig, Bonn şi Tubingen din Germania, Duke, Holpins şi Harvard din Statele Unite, Londra, Cambridge şi Oxford din Anglia, în Belgrad, Atena şi Buenos-Aires.

Țările care nu posedă catedre oficiale au institute speciale, conduse de savanți și oameni de știință. Astfel la Paris funcționează marele **„Institut Metapsychique International"**, recunoscut de utilitate publică și pus sub conducerea unui comitet compus din cele mai ilustre personalități ale lumii savante: profesori, medici, membri ai Academiei de Științe, etc. Experiențele făcute acolo, sub cel mai riguros control, într'un laborator bine utilat cu aparate fizice, sunt publicate în **„Revue métapshychique"**, răspândită în toată lumea. Institute similare se mai găsesc și în Anglia, Statele Unite și Italia.

Metapsihica este o știință de viitor. Iată cum se exprimă despre ea **D-rul Alexis Carrel**, cel mai interesant și mai profund psicho-fiziologist modern: „Metapsihica ne va da asupra naturii umane informații mai importante decât psichologia normală. Astăzi a venit vremea să se studieze aceste fenomene nu prin discuțiuni sterpe, ci prin experiențe făcute cu technica fiziologiei și a fizicei".

Cunoscutul psicho-patolog elvețian **Prof. D-r Jung**, în lucrarea sa recentă: **„L'homme à la découverte de son âme"**, scrie: „Psichologia în desvoltarea sa actuală se preocupă mai ales de condiția fizică a sufletului pe viitor sarcina psihologică va fi să studieze condiția spirituală a operațiilor psihice. Nu cunoaștem decât foarte puțin din viața spirituală a sufletului. Nu am reușit să-i definim legile ciudate de care se conduce. Știm numai că majoritatea nevrozelor țin de o perturbare a acestor procese.

Este imposibil psihologul modern să se cantoneze de ceeace-i procură ordinea fizică, după ce a luat cunoștiință de ceeace este justificat prin interpretarea spiritualistă".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l N. Porsenna, autorul a celor mai documentate lucrări de metapsihică în limba română, în cartea sa **„Visul Profetic"**, spune: „In general toată psihologia nu se mai poate lipsi de concursul experiențelor și postulatelor metapsihicei; nu-i mai este permis să o ignoreze, căci riscă să rămână o disciplină înapoiată și obscurantistă".

In România se pusese bazele unui **Institut de Metapshică**, de către o asociație de medici și publiciști, în anul 1935, fusese recunoscut ca persoană juridică, dar, din cauza războiului s'a dezorganizat.

Este drept însă că, chiar în țările occidentale metapsihica a pătruns foarte greu. Primele publicații de materializări ale lui **W. Crookes**, au provocat în Anglia o adevărată stupoare. A trebuit să fie marea reputație a acestui ilustru savant, ca să învingă îndoiala și neîncrederea generală, nu însă fără o crâncenă polemică. Sgomotul mare, — aproape scandalul, — care s'a făcut în jurul acestor publicații a avut însă și efectul bun că a provocat cercetări în toate părțile lumii.

Experiențele lui Crokkes au fost repetate și confirmate în America de **Prof. Denton, Hyslip, D-r Hodgson**; în Anglia de **Myers, Sir Oliver Lodge Reimers** și **Oxley**, în Italia de **Lombroso, Venzano, Botazzi, Bozzano**, astronomul **Poro**, în Franța de **Colonelul de Rochas, Warcollier, Flammarion, Delanne Denis, D-r Calmette, D-r Geley, D-r Osty Charles Richet** și alții.

Fenomenele metapsihice sunt foarte variate și depind de mediumi. Astfel se citează:

1. **Medium de efecte fizice sau motoare: tiptolog** şi de **rapsuri**, care în timpul transei sau somnului hipnotic face ca să se mişte singure dintr'un loc în altul, obiecte grele ca mese, scaune, vase etc., ori conversează cu entităţi invizibile prin lovituri date de piciorul mesei, de un scaun sau de alt obiect, cu sau fără contact; ori prin loviluri date direct de aceste entităţi în masă, zid, podea, mobile, etc.

2. **Medium de levitaţiune:** se ridică de la pământ fără nici un sprijin sau ridică un obiect în aer fără să-l atingă.

3. **Medium psihograf**, sau de scriere, cu variantele ei: **directă, precipitată, automată, autografă, intuitivă, în oglindă**, etc., în prezenţa căruia sau prin care, entităţile scriu, în diferite feluri, cu sau fără intervenţia mâinii mediumu-lui.

4. **Medium clarvizual şi claraudiiv**, vede şi aude fără ajutorul ochilor, urechilor, prin corpuri opace şi la depărtări enorme, chiar transcendente (Jeanne d'Arc, Goethe, Socrate), etc.

5. **Medium de apariţiuni, materializări şi dematerializărj**, face să apară fantome nematerializate sau materializate cu ajutorul unei substanţe ieşite din corpul său; dematerializează obiectele şi le trece prin corpuri materiale, producând fenomenul numit trecerea de materie prin materie.

6. **Medium de dublare sau exteriorizare**, îşi proectează în afară dublu său fluidic, făcându-l vizibil şi tangibil pentru asistenţi.

7. **Medium de premoniţiuni**, prezice viitorul.

8. **Medium de aporturi:** face să vie instantaneu obiecte din afară, uneori dela mari distanţe, precum flori, păsări, cărţi, instrumente, etc., prin disocierea şi reasocierea materiei, cu prilejul trecerii prin ziduri.

9. **Medium de vorbire automată şi xenoglot:** vorbeşte cu cuvinte dictate de o entitate străină, adesea limbi străine şi vechi, pe care nu le cunoaşte.

10. **Medium autor, conferenţiar sau pictor**, compune automat scrieri literare sau filosofice remarcabile dictate de entităţi invizibile şi pe care singur n'ar fi în stare să le scrie niciodată; ori vorbeşte sau pictează — uneori în întuneric — cu ochii legaţi, subt aceleaşi influenţe.

11. **Medium cântăreţ, muzicant** sau **dansator.** Sub influenţa entităţilor invizibile, cântă cu vocea sau la instrumente pe care nu le-a învăţat, ori dansează fără să aibă cunoştinţe muzicale ori de dans.

12. **Medium sculptor şi fotograf**, în prezenţa căruia se face amprente de mâini, picioare, sau figuri în argilă sau parafină, ori imagini pe o placă fotografică.

13. **Medium de efluvii vitale:** prin punerea mâinilor sau prin passe magnetice poate accelera germinaţia şi creşterea plantelor (cum fac fachirii indieni).

14. **Medium de efluvii sterilizante:** prin punerea mâinilor poate steriliza, mumifia, usca, produsele organice cele mai diverse: păsări, peşti, fructe, fără alterarea formei şi a colorilor.

15. **Mediûm psihometru:** prin atingerea unui obiect descrie persoana căreia i-a aparţinut obiectul şi tot ce-l priveşte.

16. **Medium auto şi eteroscop**, vede organele interne ale corpu-

lui său sau al altuia, descrie părţile bolnave, uneori indicând şi tratamentul.

17. **Medium călător**, al cărui corp fizic este transportat brusc în depărtare.

18. **Medium de b'locaţiune**: al cărui corp fizic şi psihic se poate manifesta deosebit, în acelaş timp, în 2 locuri diferite.

19. **Medium salamandră**, umblă pe cărbuni aprinşi sau prin flăcări, fără să se ardă.

20. **Medium rabdomacian sau fântânar** (sourcier). Cu ajutorul unei nuieluşe descoperă isvoare de apă, minerale sau metale aflate la mari adâncimi în pământ.

21. **Medium de stigmate**, pe trupul căruia se produc stigmate, precum: cruci, băşici, litere, picături de sânge, etc., (cazul Tereza Neumann), etc.

* * *

Mediumnitatea apare spontan, uneori chiar la copii de 5—6 luni, care vorbesc limbi străine; se accentuiază către pubertate apoi prin practică şi antrenament, cu condiţia ca medium-ul să-şi menţie corpul sănătos şi să nu facă excese şi abuzuri de nici un fel.

Mediumnitatea se întâlneşte mai des la femei. Naţionalitatea şi inteligenţa n'au nicio influenţă asupra puterii psihice; totuşi un medium inteligent şi cult înlesneşte considerabil comunicările de natură intelectuală.

Mediumnitatea este de 2 feluri: **Pasiva** şi **Activa**. (Clasificaţia este a D-lui Porsenna).

Biblioteca Universităţii / Central University Library Cluj

In cea dintâi, care este ce mai obişnuită, medium-ul este în stăpânirea unei forţe invizibile care se slujeşte de corpul lui fizic ca de un instrument fără voinţă proprie. Pentru aceasta e nevoie, de cele mai multe ori, ca corpul să fie adormit, să cadă în transă, stare în care conştiinţa, sensibilitatea şi celelalte facultăţi normale ale corpului sunt anihilate, dispărute.

Atunci, o altă **conştiinţă** şi o altă voinţă, adică **o altă personalitate**, cu totul străină şi de medium şi de asistenţi, pune stăpânire pe medium şi pe toate forţele lui fizice şi psihice, producând cu ajutorul lor fenomenele paranormale menţionate.

Spiritualiştii susţin că această personalitate străină este spiritul supraviţuitor al unui defunct, iar Metapsihica numeşte această personalitate o **Entitate**, care uneori provine din inconştientul medium-ului sau al asistenţilor, dar de cele mai multe ori este într'adevăr o forţă sau o entitate străină.

Mediumnitatea activă, este aceea în care medium-ul foloseşte el singur facultăţile sale, în stare trează, conştient şi voluntar, ca şi cum ar face o experienţă. O categorie de **mediumi activi** o constitue magii, care-şi desvoltă facultăţile lor paranormale în aşa grad, încât folosind şi forţele necunoscute ale naturii, ajung să producă efecte mecanice şi chimice uimitoare: provoacă, după voinţă, ploaie, trăsnete, flăcări, lumină sau întuneric, evocă şi utilizează spiritele morţilor, etc. Inţelepţii şi marii iniţiaţi ai antichităţii şi Egiptului, între care şi Moise, erau **Magi**.

Când aceste acţiuni au la bază binele şi morala, constituiesc **magia albă**, iar când sunt făcute în scopuri egoiste şi criminale, ca unele practici ale vrăjitoriei, fac parte din **magia neagră**.

Mediumnitatea a fost mult mai desvoltată şi cultivată în antichitate. Ea se practica în mod oficial în temple, în piramide şi în tabernacole, în care se iniţiau anumite persoane apte pentru acest lucru. Profeţii biblici, hierofanţii, pitonisele, astrologii şi augurii, erau mediumi. Toate religiile antice se bazau pe mediumnitate.

In evul mediu, această facultate nu s'a putut desvolta, căci mediumn-ii trebuiau să se ascundă, deoarece biserica îi urmărea şi-i condamna la moarte, considerându-i ca posedaţi de diavol.

In India, mediumnitatea a fost şi este cultivată de către **Yoghi** şi **Fachiri**. Printr'un anumit sistem de imobilitate şi exerciţii de respiraţie, aceştia capătă facultăţi extraordinare de stăpânire absolută asupra forţelor fizice şi psihice ale corpului ca: insensibilitatea la durere şi la foame, modificarea până la oprire a circulaţiei şi a respiraţiei, încât pot sta luni întregi îngropaţi în pământ în stare cataleptică, îşi pot face răni adânci, oprind emoragia prin voinţă şi vindecându-şi leziunile foarte repede, pot înghiţi otrăvurile cele mai puternice, chiar cyanură de potasiu, fără să fie vătămaţi; îşi pot transporta corpul la distanţă, văd şi aud evenimentele depărtate şi chiar viitoare, etc.

Yoga, reprezintă astfel singurul sistem de a produce o mediumnitate activă prin auto-educare, pe când în laboratoarele noastre metapsihice se studiază numai mediumnitatea spontană a rarilor mediumi cari o posedă în chip natural.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Pentru ca fenomenele metapsihice să poată intra în domeniul ştiinţei, a trebuit să fie studiate prin metoda experimentală, care implică neapărat:

1. Observarea riguroasă a fenomenului,
2. Raţionamentul prin analogie şi
3. Experimentarea în laborator.

Metapsihica se găseşte deja în faza a III-a, de experimentare — singura care duce la certitudinea ştiinţifică.

Observaţiuni ale fenomenelor paranormale se cunosc cu sutele de mii şi publicarea lor constitue deja o voluminoasă literatură.

Spaţiul nu ne îngădue de a cita nici măcar câte un singur exemplu de fiecare categorie a fenomenelor menţionate; ne vom mărgini a expune doar experienţele lui **Crookes** şi **Richet**, în care fotografiile luate instantaneu în tot timpul şedinţelor, surprind întrea procesul de formaţiune al fantomelor. Din corpul medium-ului adormit se degajează o substanţă pe care Richet a numit-o **Ectoplasmă**, prin analogie cu protoplasma celulară, care, la început e invizibilă, dar care apoi capătă o formă vaporoasă ca un voal fin sau o pânză de păianjen, după aceea ca o cocă moale, un fel de lavă animală curgătoare, cu mişcări proprii, conduse parcă de o inteligenţă interioară.

Prin condensarea şi solidificarea acestei substanţe, se formează

în câteva minute la început organe parţiale: mâini, braţe, busturi şi apoi întreaga fantomă materializată, trup omenesc în carne şi oase, cu toate organele şi funcţiunile sale, care se plimbă, vorbeşte, scrie, poate fi strânsă în braţe, imprimă faţa sau mânile în gips ori parafină, execută tot felul de acţiuni para-normale şi dispare instantaneu sau în câteva minute, intrând la loc în corpul medium-ului sau a celorlalte corpuri de unde a ieşit.

Fotografiile mai arată prezenţa fantomei alături de medium şi de asistenţi, în diferite poziţii. Ele demonstrează deci, în mod neîndoios, că materializărlie nu sunt iluzii sau mistificări, ci fapte reale adevărate, dovedite prin filme, care constituiesc documente de cea mai mare însemnătate pentru ştiinţă.

Asupra valorii acestor experienţe, Prof. Richet, se exprimă astfel în tratatul său de metapsihică:

„Astăzi încă, baza întregii metapsihici obiective o constituesa experienţele lui Crookes. Este un monument de granit, pe care nicio critică n'a putut să-l atingă. In ultimele zile ale glorioasei şi laborioasei sale vieţii, spunea încă: N'am nimic de retractat din tot ce am afirmat altădată. Este perfect adevărat că o legătură a fost stabilită între lumea aceasta şi cealaltă".

Iată cum descrie Crookes ultima şedinţă de materializări, după 3 ani de experienţe cu medium-ul Florence Cook, o şcolăriţă de 15 ani, şedinţă în care fantoma sau entitatea, numită Katie King, a stat ore întregi convorbind familiar cu asistenţii şi executând uimitoare acţiuni paranormale.

La orele 7 şi 23 minute seara, d-l Crookes conduse pe D-ra Cook în cabinetul obscur, unde ea se întinse pe scânduri, cu capul rezemat pe pernă. La 7 şi 28 minute, Katie vorbi pentru întâia dată, iar la 7,30, se arătă în afara perdelei, în toată forma ei. Era învesmântată în alb, cu mâneci scurte şi gâtul gol. Avea păr lung, castaniu deschis, de nuanţă aurie, căzând în cosiţe de ambele părţi ale capului şi de-a-lungul spatelui, până la brâu. Purta un văl lung alb, pe care şi-l lăsă pe obraz numai odată sau de două ori în timpul şedinţei. Medium-ul purta o rochie albastră deschisă de merinos. Aproape tot timpul şedinţei, Katie stătea în picioare în faţa noastră; perdeaua cabinetului era înlăturată şi toţi puturăm vedea deslişit medium-ul adormit, cu obrazul acoperit cu un şal roşu, ca s'o ferească de lumină. Ea nu-şi părăsise poziţia dela începutul şedinţei, în timpul căreia lumina răspândea o vie lucire. Katie vorbi despre apropiata ei plecare şi acceptă un buchet pe care-l adusese d-l Topp, precum şi câţiva crini legaţi împreună, oferiţi de d-l Crookes. Katie invită pe d-l Topp să deslege buchetul şi să pună florile în faţa ei pe podea; ea se aşeză turceşte şi ne rugă pe toţi să facem la fel împrejurul ei. Apoi împărţi florile şi dete fiecăruia un mic buchet, pe care-l înfăşură într'o panglică albastră. Scrise de asemenea scrisori de adio câtorva prieteni, iscălindu-se „Annie Owen Morgan", zicând că acesta fusese adevăratul ei nume în timpul vieţii pământeşti. Scrise o scrisoare şi medium-ului ei şi alese pentru ea un boboc de trandafir ca dar de adio. Luă o foarfecă, tăie o şuviţă din părul ei şi ne dete fiecăruia o bună parte. Luă apoi de braţ pe d-l Crookes, făcu ocolul camerii şi strânse mâna fiecăruia. Katie se aşeză iarăşi, tăie mai multe bucăţi din rochia ei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi din văl, dăruindu-le celor de faţă. Văzând găuri atât de mari în rochie pe când se afla aşezată între d-l Crookes şi d-l Topp, fu întrebată dacă ar putea repara stricăciunea, aşa cum făcuse şi cu alte prilejuri. Ea înfăţişă atunci partea tăiată la lumina gazului, lovi odată deasupra şi într'o clipită partea stricată fu făcută la loc ca şi mai înainte! Cei de lângă ea examinară şi pipăira stofa, cu voia ei şi afirmară că nu mai era nicio gaură, nici cusătură, nici nadă, acolo unde cu o clipă înainte văzuseră găuri de câte 10 cm. diametru! După aceea, Katie dete ultimele instrucţiuni d-lui Crookes. Ea păru atunci obosită; spunea cu tristeţe că doreşte să plece, că forţa îi scădea. Repetă tuturor rămasul ei bun în chipul cel mai afectuos. Asistenţii îi mulţumiră pentru manifestaţiunile minunate ce le acordase.

In timp ce îndrepta asupra prietenilor o ultimă privire gravă şi gânditoare, ea lăsă perdeaua să cadă şi se făcu nevăzută. O auzirăm deşteptând pe mediu, care o rugă, vărsând lacrimi, să mai stea puţin; dar Katie îi zise: Draga mea nu pot; misiunea mea e îndeplinită. Dumnezeu să te binecuvinteze! Şi auzirăm sunetul unui sărut de adio. Medium-ul se înfăţişa atunci în mijlocul nostru, complect sleită şi adânc consternată.

Katie spunea că de aici înainte nu va mai putea nici vorbi, nici a-şi arăta obrazul. Că, îndeplinând timp de 3 ani aceste manifestaţiuni fizice petrecuse o vieaţă foarte penibilă, ca să-şi ispăşească greşelile. Că era hotărîtă să se înalţe la un grad superior de vieaţă spirituală; că numai la lungi intervale va putea corespunde în scris cu medium-ul, dar că acest medium va putea întotdeauna s'o vadă, cu ajutorul lucidităţii magnetice.

Cred că nu se poate ceva mai impresionant şi mai uimitor decât această creaţiune instantanee, prin alte procedee decât cele obişnuite şi cunoscute de noi a acestor persoane — fantome care trăiesc, câtva timp, vorbesc, descompun şi reconstituiesc obiectele şi chiar fiinţele vii, fac să treacă materia prin materie, prezic viitorul şi dispar ca fumul, instantaneu, tot aşa cum s'au format.

Dacă aceste experienţe n'ar fi făcute de savanţi reputaţi şi însoţite de fotografii şi de toate garanţiile posibile, mintea noastră ar refuza să le creadă. Dar ele sunt reale, sunt adevărate. Ştiinţa trebue să se ocupe de ele, fiindcă ridică probleme de cea mai mare importanţă. Ele demonstrează că psihismul, adică inteligenţa şi voinţa unui om, viu sau mort, dar lucrând transcendent, în afară de materie, posedă puterea plastică de a creia materie, fie din altă materie, prin reconstrucţie moleculară, fie deadreptul din eter, prin disocierea şi reasocierea energiei intra-atomice; şi nu numai materie neînsufleţită dar şi fiinţe vii, din principiul vital sau protoplasma celulară, cu care formează ectoplasma.

Dacă în starea actuală a cunoştinţelor noastre, ştiinţa nu poate decât să întrevadă, pe departe, mecanismul posibil al producerii acestui uriaş fenomen al creaţiunii fără a-l cunoaşte exact, în cauze şi efecte, — pentru a-l stăpâni şi reproduce după voie, aceasta nu îndreptăţeşte de loc scepticismul, neîncrederea, ironia şi chiar duşmănia anumitor oameni de ştiinţă şi intelectuali, faţă de pionerii, cercetătorii ai acestui delicat domeniu.

Datoria unui om de ştiinţă este tocmai să expună orice fapt nou, sincer constatat, chiar dacă momentan nu-l poate explica, întrucât această explicaţie poate veni mai târziu.

Aşa de exemplu: astăzi când cunoaştem din fizică existenţa radiaţiunilor invizibile, care au dat naştere telegrafiei fără fir, radiofoniei şi televiziunii, precum şi efectele energiei intra-atomice, rezultată din dezagregarea şi reconstituirea materiei, putem întrevedea mai bine explicaţia fenomenelor paranormale, decât acum 80 de ani când ştiinţa nu făcuse încă descoperirile menţionate.

Şi, poate că, într'un viitor nu prea îndepărtat, ştiinţa ne va da deslegarea completă a tuturor acestor fenomene, care astăzi pentru multă lume apar ca inexplicabile şi chiar ca imposibile.

Aşa de pildă în telepatie, creerul persoanelor paranormale, funcţionează ca un aparat de radio foarte sensibil şi puternic. El prinde şi percepe deadreptul vibraţiunilor eterice, — fără ajutorul organelor de simţuri, în mod **extra sensorial**. Totodată creerul lor şi emite radiaţiuni psihice, care nu sunt altceva decât **undele gândirii**, pe care alt creer — în rezonanţă cu el — le poate prinde şi percepe, dând loc la fenomenul de **telepatie**.

Intre cele două creere, care emit radiaţiuni psihice de aceiaş lungime de undă s'ar produce deci un fenomen de **rezonanţă**, de **sintonizare** sau **reciprocitate telepatică**.

D-rul Alexis Carrel, în cartea sa, citată, dă următoarea explicaţie:

„In timpul fenomenelor telepatice, omul proiectează instantaneu, în depărtare, o parte din el însuşi, un fel de emanaţiune, care merge să întâlnească o rudă sau un amic. El se întinde astfel la distanţe mari, străbate oceanul, continente întregi, într'un interval de timp prea mic spre a fi apreciat. El e în stare să întâlnească în mijlocul mulţimii pe acela căruia i se adresează; îi face comunicări. I se întâmplă, de asemenea să descopere în imensitatea şi tumultul unui oraş modern, casa şi odaia celui pe care-l caută, deşi nu le cunoştea de loc mai înainte. Individul care posedă această formă de activitate se comportă ca o fiinţă extrasensibilă, un fel de amibă capabilă de a trimite un pseudopod la o distanţă prodigioasă. S'ar zice că gândul se transmite dela un punct la altul al spaţiului ca undele electro-magnetice. Nu ştim cu ce iuţeală; nu s'a putut măsura până azi viteza comunicaţiilor telepatice. Ne este permis să presupunem că o comunicaţie constă dintr'o întâlnire în afară de cele 4 dimensiuni ale Universului nostru, a părţilor imateriale, a două conştiinţe".

Gândirea lui Alexis Carrel e clară. El vorbeşte de **partea imaterială** a conştiinţei; deci în fiinţa omului, conştiinţa care e prezentă în corpul fizic, în materie, are şi o altă parte imaterială, care se degajează din corp, trece în alt spaţiu, sau în alt mediu superior, transcendent, unde comunică, — în ce fel — exact, nu ştim, cu alte părţi imateriale ale altor conştiinţe.

Această parte imaterială din fiinţa noastră, pentru noi este **sufletul sau spiritul**. Legăturile lui cu corpul, cu conştiinţa şi cu transcendentul sunt probleme de cea mai mare importanţă pe care psihologia şi mai ales metapsihica se străduieşte să le lămurească.

Spiritualiştii concep sufletul ca fiind principiul inteligent, imaterial, forţa care gândeşte şi acţionează, scânteia din principiul divin,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în stare potențială, care impregnează corpul fizic așa cum pătrunde eterul în materie, dar prin intermediul unei alte substanțe — perispiritul — de natură tot fluidică, invizibilă, mult mai fină decât materia fizică, având însă părți mai apropiate de materie, care vin în contact cu corpul și părți aproape imateriale, care țin de suflet.

Aceiaș concepție „treimică" se găsește și în doctrina creștină, căci Sf. Apostol Pavel spune că omul se compune din **trup**, din **suflet** și din **spirit**. Sufletul (ceeace francezii numesc: **âme**) ar fi agentul psicho-fizic, intermediar între **spiritul pur** (l'esprit) și corpul fizic, corespunzând cu ceeace spiritiștii numesc „**perispirit**", teosofii „**corp astral**", iar inițiații indieni „**dublu fluidic**", prin a cărui degajare de corpul fizic ei se pot transporta instantaneu la mari depărtări și comunica cu colegii lor.

Tot prin același mecanism, al degajării perispiritului, s'ar explica toate fenomenele de dublare și apariațiunile de fantome materializate.

Spiritul lucrează prin voință asupra perispiritului, iar acesta la rândul lui, asupra creerului și sistemului nervos. Modul de acțiune al acestor elemente între ele și asupra lumei din afară se face, probabil, prin vibrațiuni electro-magnetice, cosmice, astrale sau psihice, de natură încă necunoscută.

Psihicul omenesc constitue un puternic transformator de energii, în același timp emițător și receptor de unde.

Intre viața psihică și cea fiziologică este o strânsă dependență; orice schimbare în starea sufletească este însoțită de o modificare moleculară a substanței cerebrale și vice-versa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uimitoarea putere pe care o posedă energia psihică de a descompune și reconstitui materia, și de a anihila legile fizice ca gravitația, de exemplu, în fenomenele de levitații și transporturi, își găsește oare cum analogia, în științele noastre biologice cu acțiunea **fermenților**, a **oxidazelor** și **catalazelor**, care în cantități infinitismale produc reacții de miliarde de ori mai **mari**, factorul massă, fiind înlocuit prin **viteză**.

Perispiritul înconjoară sufletul, pe care nu-l părăsește niciodată în timpul vieții și împreună cu care formează o individualitate, un **spirit**, care animă ființa vie. Perispiritul constitue în același timp și un înveliș al corpului fizic, un fel de **tipar** sau **dublu**, care depășește chiar limitele externe ale corpului, formând ceeace se chiamă **aura**, vizibilă pentru clar văzători. El însoțește sufletul și după moarte, un timp oarecare, până ce sufletul devine **entitate** spirituală desăvârșită, liberă, ne mai având nevoie a evolua în materie.

In perispirit se proiectează, se imprimă și se păstrează, dela naștere și până la moarte, ca pe un film extrem de sensibil, ce se desfășoară continuu, toate fenomenele vieții mintale, gândurile, sentimentele, amintirile, cunoștințele și experiențele, acțiunile bune sau rele precum și repercursiunile lor asupra altora, într'un cuvânt toată evoluția, tot ce face progresul sau regresul omului în viață.

Toate acestea, împreună cu moștenirile anterioare, acumulate în perispirit, constituiesc depozitul imens sau **tezaurul subconștientului**,

din care sufletul extrage şi aduce la lumina conştiinţei, în mod voluntar şi de multe ori **involuntar, intuitiv**, actele conştiente din timpul vieţii, în afară de cele ce, în mod obişnuit, au loc prin intermediul organelor de simţuri.

Din cele expuse despre spirit şi perispirit, despre conscient şi inconscient, nu trebue să deducem că psihismul omenesc ar fi dublu. Nu! El constitue o **entitate**, adică o **unitate psihică**, care se manifestă subt 2 forme: **una conştientă**, care lucrează în materie şi e în funcţiune de creer şi de simţurile fizice; aceasta e **latura sensorială** sau **gândirea cerebralizată**, iar a doua formă este cea **inconştientă, subliminală** sau **subconştientă**, care lucrează transcendent, în afară de materie, nu e în funcţie nici de creer, nici de simţurile fizice, constituind latura **extra-sensorială, extra-cerebrală**, sau **extra-fiziologică** a psihismului omenesc.

Când corpul fizic este insensibil, inert şi complet anihilat, ca în somn, în sincopă, letargie, catalepsie, hipnoză sau moarte, sufletul se poate separa voluntar sau involuntar, temporar sau definitiv de corpul fizic şi se poate manifesta în afară, la depărtare, cu toate facultăţile lui: sensitive, inteligente, voluntare, normale şi paranormale, cunoscute şi necunoscute încă de noi, după cum am văzut din fenomenele mediumnice.

Identitatea acestor fenomene produse atât în timpul vieţii cât şi după moarte este o probă, că există o continuitate, reală, absolută, în manifestările spiritului, fie că el este întrupat sau nu într'un corp pământesc, şi deci moartea nu însemnează sfârşitul vieţii noastre, ci numai sfârşitul unei etape terestre, din evoluţia mult mai lungă a fiinţei noastre.

Digitized by Central University Library, Iași

Prin urmare metapsihica dovedeşte în mod experimental, ştiinţific, ceeace religia tuturor popoarelor afirmă de mii de ani, că sufletul omului supravieţuieşte după moarte, adică este nemuritor.

Materialiştii tăgăduiesc acest lucru şi susţin că psihicul, conştiinţa nu e decât un produs al energiei nervoase. Dar, toată metapsihica probează contrariul: că mediumnitatea şi fenomenele paranormale lucrează în mod **extra-sensorial**; în afară de sistemul nervos şi de simţurile corpului fizic, cu energiile lui; **că forţa psihică este absolut independentă**, putând lucra în afară de materie, de care se serveşte numai pentru a extrage din ea ectoplasma necesară construcţiilor şi manifestărilor sale fizice. Această constatare a independenţei psihice a condus pe **Bergson** — fără ca el să fie spiritist — să conchidă, pe cale filosofică, la **posibilitatea supravieţuirii**.

„Dacă mintalul depăşeşte cerebralul — zice el — adică psihicul poate lucra, la un moment dat şi fără creer, fără materie (cum de altfel s'au observat în spitale cazuri de oameni cari au trăit fără creer), nu este nici un motiv ca psihicul să se distrugă odată cu corpul material. Deci, **supravieţuirea sufletului este posibilă**".

Metapsihica, prin experienţele sale, soluţionează în sens afirmativ această fundamentală problemă a **nemuririi sufletului** şi a **vieţii viitoare**, care a preocupat şi frământă mereu omenirea din cele mai vechi timpuri şi elucidează multe alte probleme importante, ca: **soarta**

sau destinul omului, norocul fericirea sau nefericirea, durerile şi suferinţele din timpul vieţii precum şi premoniţiunile sau prevestirile, în discuţia cărora însă nu putem intra acum.

In plus ea oferă o bază morală solidă acţiunilor noastre pământeşti precizând noţiunile de bine şi rău, de recompensă şi pedeapsă, de progres şi de evoluţie.

In mai toate materializările şi comunicările obţinute în şedinţele experimentale, entităţile spun, cum spunea şi Katie King în ultima şedinţă, că revenirea pe pământ, în trupul fizic, pe care adesea îl numesc „zdreanţă" le este foarte penibilă. E un sacrificiu pe care entităţile îl acceptă, pe deoparte ca ispăşire a greşelilor şi pentru înălţarea lor la un grad superior de vieaţă spirituală, iar pe de altă parte spre a contribui la instruirea umanităţii în cunoaşterea evoluţiei şi a destinului ei.

Aceste comunicări spontane ale entităţilor din lumea spaţială, inaccesibilă simţurilor noastre obişnuite, pun în evidenţă mai multe fapte interesante şi anume:

1. Existenţa spiritelor bune sau evoluate şi a spiritelor rele sau neevoluate, corespunzând cu ceeace religiile numesc îngeri şi diavoli, fiecare categorie având o infinitate de trepte sau grade ascendente sau descendente.

2. Că aceste spirite se găsesc în spaţiile astrale, într'o anumită stare de mulţumire sau fericire, ori de suferinţă sau nefericire, corespunzând cu ceeace religiile numesc, în sens alegoric, rai sau iad.

3. Că această stare este consecinţa faptelor bune sau rele pe care aceste spirite le-au săvârşit în timpul vieţii pământeşti.

4. Că vieaţa fizică, prin întruparea în materie, este o condiţie necesară şi indispensabilă pentru evoluţia spirituală, întrucât materia prin natura ei primitivă, fiind supusă nevoilor, durerilor şi suferinţelor, toate aceste vicisitudini constituiesc experienţe utile şi exercită asupra fiinţei o acţiune analoagă cu cea pe care focul şi loviturile de ciocan o exercită asupra minereului brut pentru a face din el un obiect de artă.

Vieaţa pământească este prin urmare o şcoală, un mijloc de evoluţie şi o grea experienţă pentru suflet. Starea de progres, de fericire sau nefericire a fiecăruia în viitor şi a omenirii întregi ne-o făurim şi ne-o pregătim noi înşine, prin acţiunile noastre terestre.

Responsabilitatea şi sancţionarea faptelor ce săvârşim trebue considerată nu ca o pedeapsă sau o recompensă, ci ca o lege de armonie şi de echilibru automat între cauză şi efecte, provocate de acţiunile noastre. Această lege constitue baza morală a vieţii şi a evoluţiei noastre pământeşti şi stă la temelia tuturor religiilor.

Dar, Metapsihica merge mai departe şi aduce un argument valoros în lămurirea problemei capitale, a originei materiei şi energiei, deci a Universului.

Metapsihica demonstrează experimental că spiritul organizează şi utilizează materia şi energiile de tot felul, că gândirea, — atributul principal al sufletului, — este o forţă colosală, care acţionează instantaneu la orice distanţe, care nu cunoaşte obstacole şi se poate

materializa în forme şi colori infinit de variate, care au luat numirea de **ideoforme**, iar fotografia lor numirea de **ideoplastii**.

Cu cât gândurile noastre sunt mai vii, mai puternice, ca în iubire, **rugăciune, primejdie ură sau răzbunare**, cu atât ele se materializează mai profund, formează în creerul nostru **ideoforme** mai clare, mai definite, chiar cu anumite colori, pe care clar-vizualii le văd ca într'un film şi le citesc ca într'o carte.

Proiectate în afară, pe o hârtie albă, de exemplu ele se pot fotografia, constituind **ideoplastiile**.

Proiectate către o altă persoană, gândurile pătrund direct sau prin reflexiune în psihicul acesteia, dând loc la diferite fenomene ca: **telepatia, sugestia**, etc., cu efecte bune sau rele asupra acelui corp fizic. Aşa se explică vindecarea boalelor grave, sau — din contră — îmbolnăvirea şi chiar uciderea unei fiinţe, prin sugestie.

Grijile prea mari, ura şi invidia, ne distrug propriul nostru corp fizic, întocmai ca şi radiul sau razele X, prea puternice.

Metapsihica, prin materializările experimentale, demonstrează mai departe, că forţele psihice invizibile utilizează elementele fizico-chimice din natură, le organizează într'un echilibru mai stabil, dându-le consistenţa materiei, pentru a le face perceptibile organelor noastre de simţuri, şi tot ele descompun această materie, retransformând-o în energiile din care a provenit şi o fac să dispară în eterul invizibil.

In faţa supremaţiei şi atotputerniciei atât de evidente a elementului psihic, imaterial, doctrina materialistă e complet răsturnată, căci se dovedeşte că nu materia, ci factorul psihic este elementul primordial, constructiv al materiei şi al energiilor de tot felul.

„Tot ceeace e adus la cunoştinţa noastră, zice Jung e făcut din materiale psihice. Psihicul este entitatea reală, în gradul suprem şi dacă acestei realităţi psihice s'ar da toată atenţia cuvenită, fără îndoială că aceasta ar constitui cea mai importantă cucerire a psihologiei moderne".

Toate acestea probează că origina comună şi unică a tuturor forţelor psiho-fizice din Univers este de natură spirituală.

Iată dece Prof. Boutaric, în cartea sa recentă „Les conceptions actuelles de la physique" (pag. 230) spune: „fizica traversează astăzi o criză de conştiinţă", — dece Jacques Hadamard, Profesor la Collège de France şi la Şcoala Politechnică din Paris, în prefaţa cărţii „Les fondements des mathématiques de Gonseth", constată că „matematicele, ştiinţe pozitive se îndreaptă spre metafizică, pentru a căuta acolo bazele modalităţilor lor de gândire", iar FrédérickHoussay, fost decan al Facultăţii de Ştiinţe din Paris, în cartea sa: „Force et Cause" (la pag. 142) spune: „Din ceeace cunoaştem până în prezent, trebue să admitem o gândire primordială, independentă de spaţiu şi de timp, care este cauza unică, universală, eficientă şi finală a forţei şi a tot ce există. Această gândire este o inteligenţă, o voinţă şi o forţă", — iar Bergson exprimă aceiaş concepţie subt o altă formă în lucrarea sa „L'evolution creatrice": „viaţa, — zice el — este de ordin psihologic. La originea vieţii este conştiinţa sau mai bine zis

Digitized by Cluj Cultural University Library Cluj

supra — conștiința, adică o conștiință superioară tuturor conștiințelor, o inteligență cosmică, un Creator.

Vedem prin urmare, cum știința pozitivă și filosofia modernă se reîntorc la concepțiile revelate ale tuturor religiilor omenești, confirmate și de metapsihică, la existența unui **principiu spiritual, inteligență, voință și forță supremă, creatoare a Universului,** după o rătăcire de mai bine de 200 de ani, în materialism, negativism și ateism.

* * *

Cu siguranță că o întrebare se naște în mintea fiecăruia dintre noi:

Pentru ce fenomenele metapsihice sunt așa de rare, așa de ascunse?

Constituiesc ele un privilegiu sau o superioritate numai pentru anumite persoane? Și dece? Care e motivul?

Sunt ele numai niște ferestre care ni se deschid din când în când, pe ici pe colo, spre a ne face să întrezărim alte posibilități de viață, pe alte meleaguri, sau sunt termenul ultim către care se îndreaptă evoluția generală a omenirii, cum cred deja unii filosofi, între care și D-l Porsenna, care scrie în cartea sa amintită:

„Mediumnitatea este însușirea, — deocamdată în stare embrionară, — care, prin desvoltarea ei latentă, într'o lungă scurgere de timp, va face să evolueze specia om transformând-o într'o specie **superioară.**

Acea umanitate a viitorului ar însemna un triumf definitiv al spiritului asupra materiei, care n'ar mai prezenta nicio importanță, ar fi ca inexistentă.

Când omul ar aduce obiectele la sine numai prin puterea minții, când ar putea disocia instantaneu materia, dislocând forțele uriașe închise în ea, când comunicările dintre oameni s'ar face pe cale intermintală, de la spirit la spirit, când plantele vor crește sub influența forței psihice a oamenilor, când bolile și rănile vor fi vindecate prin aplicațiunea aceleiași înrâuriri sufletești, atunci nu se va mai putea pune nici una, absolut nici una din problemele omenirii de azi, — toate legate de materie.

Banii, mizeria, foamea, bolile, toate relele legate indisolubil de faza materială a vieții, vor dispărea, fiindcă substanța din care ele derivă, — materia — va fi disparentă și ea, va fi inofesivă, spiritul o va domina până la pulverizare, până la anihilare, cu posibilitatea de a o creia ori când, după voință.

Abia atunci se vor rezolva integral toate problemele sociale, economice sau sufletești ale zilei de azi. Omul emancipat de servituțiile materiei își va putea îndrepta mintea numai spre problemele progresului de ordin superior. Spre știință, cultură, artă, etc".

Viziunea aceasta a D-lui Porsenna este așa de frumoasă încât suntem înclinați să credem că s'ar putea realiza mai curând pe o planetă superioară pământului nostru. In tot cazul ea reprezintă un aspect al unei vieți spirituale înainte, un rezultat al evoluției ființei umane, care din primitivitatea și bestialitatea animalică se înalță treptat

BCU Cluj / Central University Library Cluj

prin experienţele, nevoile şi suferinţele vieţii pământeşti, către o degajare şi o smulgere din această stare şi o apropiere din ce în ce mai mare de viaţa spirituală.

* * *

Din cele expuse se poate deduce, în concluzie, că desvoltarea metapsihicei va conduce omenirea nu numai la realizarea unui progres ştiinţific uriaş, în cunoaşterea şi utilizarea forţelor fizice, materiale, acţionate de cele psihice; în cunoaşterea exactă a structurii fiinţei umane şi a conducerii şi îngrijirii ei prin cele mai sigure mijloace, în ambianţa planetei noastre, dar va constitui farul luminos care va călăuzi viaţa noastră individuală şi socială pe acest pământ şi către care se vor îndrepta speranţele noastre dincolo de această viaţă.

Demonstrând experimental superioritatea spiritului asupra materiei, metapsihica evidenţiază că viaţa pământească nu-şi are raţiunea şi scopul în materia pieritoare, ci într'o realitate superioară, spirituală şi permanentă de unde şi emană şi către care trebue să tindă.

Demonstrând experimental că evoluţia noastră spirituală, soarta sau destinul nostru depinde de acţiunile noastre terestre, ea dă acestora o bază morală solidă, iar suferinţelor din viaţă o explicaţie, un scop şi un sens edificator.

Metapsihica fiind în concordanţă cu religia şi cu morala, stabileşte legătura şi continuitatea cu tradiţiile şi cu vechile religii bazate pe mediumnitate, deci pe adevăr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin aplicarea metodei experimentale, a raţionamentului şi a probelor obiective, de laborator, metapsihica împacă ştiinţa cu credinţa, pe care o susţine, o întăreşte şi o transformă într'o credinţă raţională, accesibilă şi intelectualilor şi oamenilor de ştiinţă.

Religia şi metapsihica urmărind acelaş scop, cercetarea adevărului, — n'au dece să se teamă una de alta şi să se duşmănească, din contra, ele trebuie să se înţeleagă să se ajute şi să se completeze reciproc.

In felul acesta lucrând mână 'n mână vor izbuti mai sigur şi mai repede să transforme conştiinţele, să moralizeze massele şi să le ridice la un nivel de evoluţie spirituală, care să înlăture definitiv conflictele sociale şi ororile războaielor moderne, aducând în locul lor pacea şi fericirea în viaţă.

ENERGIA ATOMICĂ IN MEDICINĂ [1]).

de

D-r DIMITRIE NEGRU

Profesor la Facultatea de Medicina din Cluj

Cunoaşterea energiei atomice datează dela descoperirea radioactivităţii. Fenomenele radioactivităţii se petrec spontan şi în mod natural. Formele de energie atomică descoperite în ultimii ani, şi de care ne vom ocupa aici, se produc însă în mod artificial, prin intervenţia mâinii omului. Energia de care vom vorbi provine din *nucleul* atomului şi numele său mai potrivit ar trebui să fie *energie nucleară*, spre deosebire de energia chimică (de ex. aceea din arderea cărbunelui) care şi ea se naşte tot în atom, dar la *periferia* lui.

Pentru a înţelege modul de producere şi de acţiune al diferitelor forme de energie nucleară, trebue să avem unele cunoştinţe pregătitoare asupra următoarelor chestiuni:

1 — Câteva achiziţiuni recente ale fizicei de astăzi; 2 — structura atomului; 3 — instrumentaţia pentru studiul atomului; energia nucleară şi originea ei,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. CÂTEVA ACHIZIŢIUNI RECENTE ALE FIZICEI DE ASTĂZI.

a) Energia radiantă (razele de lumină, ultra-violete, Röntgen, gamma ale radiului) se emite şi se absoarbe **discontinuu**, sub formă de fragmente numite **quante** (teoria quantelor a lui **Planck**, 1900). Quantul e un fel de atom de energie a cărei mărime atârnă de frecvenţa radiaţiei, iar nu de intensitatea ei, Quantul de radiaţie (lumină, Röntgen, raze gamma) se numeşte **foton.**

b) Masa este echivalentă cu energia. Acest principiu a fost dedus de **Einstein** la 1905, din Teoria Relativităţii [1]). Un corpuscul de masă **m** va elibera prin distrugerea sa completă, după **Einstein,** o energie **E** aşa fel ca $E = m c^2$, în care **c** este viteza luminii (300.000 km/sec).

Energia cuprinsă în materie este enormă.

De ex., după **Einstein,** toată energia pe care o poate desfăşura un om timp de o viaţă întreagă este aproximativ cuprinsă într'un miligram de

1) Acest articol reprezintă un rezumat al conferinţei cu acelaşi nume, pe care autorul a ţinut-o în Mai 1947 la Bucureşti şi în lunie 1947 la Cluj, şi care a apărut apoi, mai amplificată, într'o broşură „Energia atomică în Medicină", 40 pag., Tip. Cartea Românească, Cluj, 1947.

2) Pentru detalii, a se vedea: *D. Negru*, Teoria lui Einstein şi aplicaţiile ei în Biologie, 194 pag., Tip. Cartea Românească, Cluj, 1927.

materie. Când se pierde masa, în cursul unei schimbări produsă în nucleul unui atom (reacţie nucleară), se eliberează în schimb o cantitate de enérgie calculată după formula de mai sus.

c) Numai energia se conservă; masa, nu. Masa se poate transforma în energie, de ex. în fotoni, deci nu mai putem vorbi de principiul conservării masei. Rămâne, aşa dar, numai principiul conservării energiei.

2. STRUCTURA ATOMULUI CONFORM ULTIMELOR DESCOPERIRI.

Atomul e format dintr'un nucleu central, încărcat cu electricitate pozitivă, în jurul căruia graviteazā un număr de **electroni**, adică particule elementare de electricitate negativă.

In atomul neutru, numărul de sarcini pozitive nucleare este neutralizat de un număr egal de electroni. Când aceştia sunt în surplus ori, invers, în număr mai mic, atomul este electrizat şi se numeşte **ion**, care în cazul întâi e negativ, în al 2-lea pozitiv.

Sarcina pozitivă îşi are ca suport material, **protonul**, o particulă extrem de mică. Atomul de hidrogen are în nucleul său un singur proton şi în jurul nucleului graviteazā un singur electron. Toate celelalte corpuri chimice simple (sunt în total 92), au în nucleul lor un număr de protoni cuprins între 2 şi 92; iar în jurul nucleului, tot atâţia electroni. In nucleul tuturor atomilor, afară de hidrogen, se mai găsesc şi **neutroni**. Un neutron este un corpuscul cu masa 1 (egală cu a protonului şi aproximativ cu a atomului de hidrogen întreg), dar fără nicio sarcină electrică, de unde şi numele. Neutronul a fost descoperit de fizicianul englez **Chadwick**, la 1932. Acest corpuscul, când e eliberat din nucleu, poate avea o viteză de 30.000 km. pe secundă. El străbate uşor straturi groase din orice corp (30 cm plumb de ex.), datorită micimii sale şi faptului că fiind neutru nu e nici respins nici atras de atomii prin care trece. Cel mai greu atom, uraniul, are în nucleu 92 de protoni şi 146 de neutroni.

In nucleu, neutronii servesc ca legătură între protoni. Numărul neutronilor e variabil şi capricios, făcând să varieze masa aceluiaşi atom, deşi sarcinile electrice şi deci caracterele şi însuşirile atomului rămân neschimbate.

Asemenea „atomi variante", care diferă ca număr de neutroni, dar au acelaşi număr de protoni, se numesc **isotopi**. De ex., există un isotop al hidrogenului, numit **deuteriu** sau **hidrogen greu**, care are în nucleu un proton şi un neutron, la periferie având însă, ca şi hidrogenul, un singur electron. Apa în care în loc de atomi de hidrogen obişnuit se găseşte hidrogen greu se numeşte **apă grea**; ea există, în proporţie foarte mică, în apa ordinară. Numărul de protoni pe care-l are un atom se numeşte **număr atomic**; el caracterizează atomul din punct de vedere chimic. Atomul gazului heliu are nucleul format din doi protoni şi doi neutroni; în jur, graviteazā 2 electroni. Când atomul de heliu pierde ambii electroni, adică rămâne numai nucleul, el devine un ion pozitiv bivalent. Nucleul de heliu constituie **particula** α care se emite spontan în desintegrarea radiului, formând **razele** α.

— In 1932, fizicianul american Anderson a descoperit în razele cosmice un corpuscul nou, **positronul**. Acest corpuscul are masa electronului, deci e disparent de mică, şi o sarcină egală cu a electronului, însă **pozitivă**. Positronii se nasc din razele gamma. Un foton de raze gamma, produse din

desintegrarea radiului, de aceeaşi natură ca şi lumina ori razele Röntgen (deci raze ondulatoare), „se materializează" dând un positron şi un electron negativ. Dârele de electroni (de ambele semne), proveniţi din desagregarea nucleilor atomici, se numesc raze β (beta).

— Un proton se poate transforma într'un neutron prin eliminarea unui electron pozitiv (pozitron), iar un neutron se poate transforma într'un proton prin eliminarea unui electron negativ. Există, după **Heisenberg**, un element primordial, numit **„nucleon"** sau **„proton-neutron"**, care se poate întruchipa în una din cele două forme: neutron ori proton, şi de aici posibilitatea de a trece de la o formă la alta. Vedem dar că materia, masa, constă din **acţiuni la distanţă între centri încărcaţi electric.**

3. INSTRUMENTAŢIA PENTRU STUDIUL ATOMULUI.

Cunoştinţele cu privire la alcătuirea atomului nu sunt vederi teoretice. Atomul poate fi studiat astăzi în laborator, atât ca întreg, cât şi fiecare particulă în parte. Există aparate care permit ca printr'o deschidere extrem de strâmtă, într'un ecran, să se obţină ţâşnituri de atomi răriţi; aceştia se vor scurge unul câte unul prin acea deschidere. Se poate vedea, ori chiar fixa pe placa fotografică, urma delicată pe care un atom sau o particulă a acestuia o lasă într'un gaz prin care trece. Se pot cântări atomii individual şi se pot tria după greutatea lor. Se poate determina precis, nu numai masa lor, ci şi sarcina electrică şi viteza lor. Se poate privi sau fotografia isbirea unei particule sau unui atom de alt atom. Se pot izola şi aduna cât de multe la un loc unele particule, de ex. positronii. Se pot accelera particule electrizate, dându-le orice viteză voim. Se pot introduce într'un nucleu atomic unele particule atomice streine, de ex. neutroni. Bombardarea unui nucleu atomic şi sfărâmarea lui se poate privi şi fotografia. Se poate privi şi fotografia materializarea energiei (un foton gamma se preface sub ochii noştri într'o pereche de electroni, unul pozitiv şi unul negativ, şi putem vedea traiectoria fiecăruia din aceşti electroni). Toate aceste operaţiuni reclamă aparate şi instalaţii care dau unui institut de fizică atomică aspectul unei uzini.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— Aparatele pentru studiul atomului se bazează, mai toate, pe acţiunea care se exercită asupra particulelor (atomului) care poartă sarcini electrice, de către un câmp magnetic, ori electric; apoi pe proprietatea tuturor acestor componente atomice de a produce, direct sau indirect, ionizări într'un gaz; în fine, pe posibilitatea de a vizualiza traiectul unei particule atomice sau unui atom ionizat, într'un spaţiu în care s'a produs ceaţă artificială. Vom menţiona, în câteva cuvinte, principalele aparate pentru studiul atomului.

— Un aparat care permite să se numere particulele atomice şi să li se determine sarcina şi energia este contorul lui **Geiger-Müller;** el se bazează pe proprietatea ionizării gazelor de către particule.

— Vizualizarea particulelor şi posibilitatea de a le fotografia, datorită ionilor produşi într'un gaz saturat de vapori de apă şi depunerii de picături de apă pe ioni, care devin astfel vizibili, o realizează aparatul cu detenţă al lui **C. I. R. Wilson.**

— **Cyclotronul** este un aparat care lucrează asupra particulelor atomice prin ajutorul unui câmp magnetic şi unul electric. Particulele se pot accelera în mişcare circulară şi pot căpăta astfel orice viteză (şi deci orice energie cinetică) voim. Cyclotronul a fost construit în America de **E. O. Lawrence.**

4. ENERGIA NUCLEARĂ ŞI ORIGINEA EI. Ceea ce este mai isbitor în fenomenele de desagregare nucleară este cantitatea enormă de energie care se desvoltă odată cu aceste fenomene. Reacţiile nucleare au asemănare cu reacţiile chimice exotermice, dar căldura produsă de reacţiile nucleare este cam de un milion de ori mai mare decât a oricărei reacţiuni chimice exotermice. In desagregarea nucleară, energia nu apare, ca în chimie, sub o formă degradabilă în căldură, ci fie sub forma unei energii cinetice care e comunicată particulelor provenite din explozia nucleului (particule α protoni, neutroni), fie sub forma radiaţiei gamma.

Originea energiei nucleare. Sursa de energie nucleară este masa nucleului care „se pierde" în reacţie, transformându-se în energie. Am văzut că, conform teoriei lui **Einstein**, un corpuscul de masa **m** eliberează, când se distruge, o energie egală cu **m c²**, în care **c** este viteza luminii. Intr'o reacţie nucleară (schimbare produsă în nucleu prin bombardarea lui cu o particulă nucleară streină, animată de o mare viteză, sau de un foton), de cele mai multe ori se pierde masă şi deci trebue să se elibereze energie în sensul echivalenţei einsteiniene dintre masă şi energie. Energia eliberată corespunde numericeşte masei care lipseşte.

— Transformarea materiei în energia echivalentă va face posibil în curând să se înlocuiască centralele hidraulice şi termice cu dispozitive care vor capta energia născută din reacţia nucleară. **Planck** a calculat că într'un metru cub de pulbere de oxid de uraniu, în mai puţin de o sutime de secundă, se poate desvolta o energie care e suficientă ca să ridice o greutate de un miliard de tone la 27 km înălţime.

— In afară de energia cinetică a particulelor nucleare, nucleul poate emite în desagregarea sa şi raze gamma. Aceste raze pot străbate 10—15 cm de plumb.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **Formele energiei nucleare şi producerea lor.** Am amintit deja că energia nucleară se poate produce dela sine, în mod natural, prin desintegrarea corpurilor natural radioactive. Insă această energie poate fi pusă în libertate şi prin **mijloace artificiale.** In mod artificial se pot produce **transmutaţiuni,** adică schimbări ale naturii atomului. **Rutherford** la 1918 a arătat că dacă se bombardează azotul cu particule α (alfa) emise de un corp radioactiv, nucleul de azot se sfarămă dând naştere la un nucleu de hidrogen şi unul de oxigen. De atunci s'au efectuat peste 500 de transmutaţiuni atomice, şi s'a obţinut şi aur prin transmutare. Aşa dar visul alchimiştilor s'a realizat. Se poate zice că s'a găsit şi „piatra filosofală", dar ea se cheamă astăzi **energie.**

— **Radioactivitatea artificială.** In transmutaţiunea obţinută mai întâi de **Rutherford** lua naştere un atom tot stabil. In 1934, soţii **Joliot-Curie** au reuşit să producă, ei dintâi, transmutaţiuni în care elementele rezultante erau ele însăşi **instabile,** capabile de a se desintegra singure mai departe, adică **radioactive.** In felul acesta s'a descoperit **radioactivitatea artificială,** ceare este şi în medicină de o importanţă capitală, cum vom vedea. De ex., bombardând atomul de aluminiu cu particule α şi sfărâmându-l, s'a obţinut un neutron şi un atom de fosfor, care este radioactiv, capabil ca desintegrându-se spontan să emită un positron şi să se transforme într'un atom stabil, desiliciu. Fosforul radioactiv se mai numeşte şi **radiofosfor;** el are o mare importanţă în medicină, cum vom vedea.

— **Indicatori (tracers, Spurensucher).** Elementele (şi combinaţiile lor)

artificial radioactive, emit radiații (în general beta, fie cu electroni negativi — mai frecvent — fie cu electroni positivi — mai rar), sau chiar raze gamma. Pentrucă aceste elemente radioactivate se pot pune în evidență chiar când ar fi numai câțiva atomi, și se pot identifica (prin durata desintegrării lor), se realizează posibilitatea de a dovedi prezența și celor mai mici urme de substanțe chimice și se pot urmări în toate reacțiile chimice, deducând prin prezența lor, și prezența altor substanțe cu care au fost amestecate. De aceea s'au numit **indicatori** (Anglo-Americanii le numesc **„tracers"** [trasori], iar Germanii **„Indikatoren"** sau **„Spurensucher"**. Acești indicatori au o importanță extraordinară în biologie, medicină, fizică, chimie, importanță care crește zi de zi.

— **Despicarea atomilor grei. Reacțiunea în lanț.** Energia atomică nu s'a putut pune în valoare atâta timp cât procesul de desintegrare nu s'a putut propaga dela sine, ci a rămas un fenomen relativ rar. Trebuia găsită o reacție în care se emit particule de acelaşi fel ca acelea cu care s'a inițiat procesul, și în număr suficient ca să atace nucleii vecini, care la rândul lor să emită noi particule, și deci să aibă loc ceea ce s''a numit o **„reacție în lanț"**, care să se răspândească în toată masa, așa cum aţâţând un foc, acesta se întinde singur și se poate transforma într'un mare incendiu. Reacțiunea nucleară care a deschis această posibilitate a fost descoperită la începutul anului 1939 de către **Otto Hahn** și **F. Strassmann,** bombardând uraniul cu neutroni. Nucleul de uraniu se despică în două părți aproape egale. Acest proces a fost numit **fissiune** [3]). Dela fiecare despicare se nasc 2—3 neutroni care vor produce despicarea altor 2—3 atomi de uraniu, și așa m. d. Fragmentele au o mare energie cinetică, care se poate transforma în căldură. Ele sunt radioactive și se desagregă mai departe, eliberând energie (raze beta, raze gamma). Procesul de fissiune se întinde la toată masa de uraniu și eliberează brusc o enormă cantitate de energie, de un milion de ori mai mare decât dă combustia unei cantități egale de cărbune.

— Pe baza acestui principiu a fost imaginată și construită **bomba atomică.**

— **Intrebuințarea pacifică a energiei nucleare.**

Pentru a aplica în scop pacific energia nucleară, este necesar să se poată stăpâni și regla reacția în lanț, așa încât energia să poată fi eliberată continuu și într'o câtime de dinainte determinată. Neutronii pot fi încetiniți făcându-i să treacă prin straturi de grafit sau de apă grea. Ei pot fi absorbiți, și deci împuținați, cu ajutorul **cadmiului.** Dispozitivul în care se produce energia nucleară, prin fissiunea atomilor de uraniu cu ajutorul neutronilor și având ca moderator grafitul, se numește **pilă de grafit.** Pentru a construi o pilă de grafit, sunt necesare câteva tone de uraniu și de grafit. Intensitățile neutronilor și razelor gamma în interiorul unei pile care lucrează cu o energie de câteva mii de kilovați sunt foarte mari. Radiația gamma singură este echivalentă cu radiația câtorva tone de radiu.

Aplicațiunile medicale ale pilei. a) Pila poate servi ca sursă de neutroni și de radiație γ (gamma). b) Pila poate fi utilizată pentru prepararea de substanțe radioactive. Aceste substanțe sunt **isotopi radioactivi,** al căror număr se ridică actualmente la peste 450. S'au putut produce isotopi radioactivi ai aproape tuturor elementelor chimice.

---

3) dela lat. *fissio*, *ōnis*, = despicare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

APLICAŢIUNILE NOILOR FORME DE ENERGIE NUCLEARĂ IN MEDICINĂ.

Neutronii. Pentru întrebuinţări medicale, neutronii se produc în cyclotron. Nu dau direct ionizare, fiind neutri, ci transmit marea lor energie cinetică protonilor şi aceştia produc ei ionizare, adică smulgere de electroni din edificiul atomic. Neutronii pătrund în ţesuturi ca şi razele penetrante Roetgen. Se pare, după autorii americani, că iradierile cu neutroni arată deosebiri evidente de sensibilitate ale ţesuturilor normale.

John H. Lawrence (1942) publică rezultatele obtinute în cancer în timp de 2½ ani. Tratamentul a durat 3 săptămâni, după o metodă similară cu aceea a tratamentului protrahat cu raze Roentgen. Rezultatele au fost încurajatoare, dar trebue încă timp de observaţie. Autorul conchide că neutronii îşi vor lua locul lor alături de radiu, razele Roentgen şi chirurgie în tratamentul cancerului şi altor boale.

2. *Substanţele artificiale radioactive.* Pot fi întrebuinţate în medicină în două moduri: 1) în scop radioterapeutic; 2) ca indicatori, adică ca mijloc de detectare a substanţelor chimice în organism.

1. Utilizarea în scop radioterapeutic. Acest mod de utilizare se aplică prin două procedee: a) *iradierea dela exterior* sau *extratisulară;* b) *iradierea selectivă sau intratisulară.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Iradierea dela exterior sau extratisulară. Substanţele artificiale radioactive pot fi întrebuinţate ca surse de raze în loc de radiu şi radon (emanaţie), după aceeaşi tehnică ca aceste corpuri naturale radioactive. Pila poate fabrica câteva sute de *curies* pe zi de produse de fissiune mixte. Se poate înlocui cu aceste produse radiul în teleradiumterapie. O singură pilă de câteva mii de kilovaţi ar putea produce material pentru a trata cel puţin 10.000 de bolnavi pe an, afară de piesele de teleradiumterapie.

b) *Iradierea selectivă sau intratisulară.* Unii isotopi radioactivi au proprietatea foarte importantă de a se localiza selectiv în anumite ţesuturi, atunci când sunt introduşi în organism. Astfel, *fierul* radioactiv se localizează în globulele roşii şi în măduva osoasă. *Fosforul* radioactiv (radiofosforul) se localizează în oase, în măduva osoasă, precum şi în splină, ganglionii limfatici şi ficat. *Iodul* radioactiv se concentrează în glanda tiroidă, *stronţiul* şi *calciul* se localizează, şi unul şi altul, aproape exclusiv în oase. *Cuprul* în ficat, *sulful* în articulaţii, *cobaltul* şi *nichelul* în pancreas, *arsenicul* şi *zincul* în organele genitale.

De aceea, substanţele artificial radioactive pot fi utilizate pentru iradierea selectivă de celule şi ţesuturi. Noi propunem pentru acest mod de aplicaţiune numele de *iradiere intratisulară,* iar pentru aplicaţiunea dela exterior nu-

mele de *iradiere extrat'sulară*. In special s'au dovedit a fi elemente utile radiofosforul şi radioiodul. Primul emite raze beta, iar cel de al 2-lea emite raze gamma.

Radiofosforul a dat rezultate excelente în *policitemie*. S'au dat doze de 2—4 millicuries de radiofosfor şi s'a obţinut dispariţia simptomelor. Remisiune până la 2 ani, fără a mai fi nevoe de alt tratament. J. Lawrence a tratat 20 cazuri cu succes total.

Radiofosforul (sub formă de radiofosfat de sodiu) a dat rezultate foarte bune şi în *leucemiile mieloice* şi *limfatice*. Are avantaj asupra razelor Roentgen, căci nu dă cater, nici alte reacţiuni.

In tumorile experimentale la animale şi în *limfosarcom* la om, ţesutul tumoral depozitează mai mult fosfor, decât orice alt ţesut. S'au obţinut rezultate bune în *limfosarcomul generalizat*. Ca tehnică: doze mici, des repetate. In *limfo granulomatoză* (boala lui *Hodgkin)*, tratamentul nu s'a arătat eficace. După *Low-Beer* şi alţii (1942), *radiofosfatul de crom* s'ar arăta valoros în tratamentul tumorilor metastatice şi primitive ale ficatului şi splinei, precum şi în afecţiunile neoplazice ale sistemului reticulo-endotelial, pentru că se concentrează în mod selectiv în acest sistem.

Radioiodul. Glanda tiroidă e capabilă să concentreze radioiodul într'un grad de necrezut: în unele împrejurări de 5.000 de ori mai mult decât alte ţesuturi. Celulele canceroase din tiroidă precum şi paratiroidele nu fixează iod. S'a reuşit a se distruge glanda tiroidă la câine şi la epure cu radioiod, şi totuşi celelalte ţesuturi şi paratiroidele au rămas normale. Aceasta constitue o extirpare nesângerândă a tiroidei, fără cuţit şi fără lezarea altor ţesuturi *(Lawrence)*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incercările în boala lui *Basedow* au dat rezultate extrem de satisfăcătoare.

Radiostronţiul. J. Lawrence (1942) a tratat o serie de cazuri de cancer al mamelei şi prostatei, cu metastaze în oase. Le-a administrat lactat de stronţiu radioactiv. Rezultatele până la data publicaţiei au fost încurajatoare.

Concluziuni. Până în prezent, zice *Lawrence*, s'au utilizat mai ales patru elemente, sau compuşii lor: *radiofosfor, radio od, radiofosfat cromic şi radiostronţiu*. Se vor încerca şi altele, asociate cu un colorant, ori cu un compus organic, care s'ar putea localiza selectiv în ţesuturile canceroase. Sunt sute de elemente radioactive. Ce s'a făcut până acum este numai un început.

2. *Indicatorii sau trasorii radioactivi*. Cea mai importantă aplicare în medicină a substanţelor artificial radioactive constă din studierea proceselor chimice fundamentale ale organismului, prin utilizarea lor ca *indicatori* sau *trasori* („tracers"). Principiul metodei indicatorilor sau trasorilor este următorul:

Pentru a studia soarta unui corp chimic introdus în

organism, în toate vicisitudinile lui, se amestecă o cantitate anumită din acest corp normal (inactiv) cu o câtime dată de un isotop radioactiv al aceluiaş corp.

Toate elementele chimice cunoscute au unul sau mai mulţi isotopi (am văzut că se cunosc în total peste 450 de isotopi). Aşa dar se poate studia metabolismul oricărui element chimic am voi. Atomii radioactivi se vor comporta din punct de vedere chimic exact la fel ca şi atomii inactivi cu care sunt amestecaţi.

In adevăr, ştim că un isotop are exact *aceleaşi proprietăţi chimice* ca şi elementul inactiv din care derivă cu singura diferenţă că nucleul său are alt număr de neutroni, deci atomul are altă pondere atomică (altă masă). Atomii isotopului vor executa exact aceleaşi reacţiuni ca şi atomii normali; ei vor putea fi puşi însă în evidenţă în orice moment şi în orice stadiu al procesului chimic, datorită faptului că aceşti isotopi radioactivi emit radiaţiuni (fie β fie γ). Se poate, astfel, urmări drumul pe care-l face un atom în cursul unei sinteze ori descompuneri, şi chiar în procese chimice complicate, cum sunt schimburile nutritive ale organismului. Se poate doza orice substanţă, căci proporţia amestecului fiind cunoscută, ea rămâne mereu aceeaşi, iar isotopul radioactiv se poate doza chiar dacă ar fi vorba de numai câţiva atomi. Prin metoda trasorilor s'a putut vedea cum bioxidul de carbon e utilizat de plante şi modul transformării lui în zahăr şi celuloză. Se poate urmări modul cum plantele folosesc energia solară pentru a face sinteza substanţelor ce servesc ca hrană animalelor. S'a studiat, cu totul recent, metabolismul zahărului la diabetici administrând amidon radioactiv. Radiofierul a permis să se determine viaţa medie a unui globul roşu în organismul câinelui (130—150 de zile). „Etichetarea" globulelor roşii cu radiofier a permis să se determine masa sangvină (la om, cam 73—75 cmc pe chilogramul de greutate a corpului). S'a putut studia mecanismul acţiunei medicamentelor şi a substanţelor toxice. S'au studiat virusurile şi vitaminele. S'au putut studia şi procese intracelulare. S'au putut încorpora substanţe radioactive în bacterii şi acestea au putut fi urmărite şi studiate, pentrucă emit radiaţii şi deci se pot decela.

Tehnica trasorilor a servit în Statele Unite, în timpul războiului, la studiul şocului chirurgical şi la desvoltarea de metode pentru conservarea sângelui integral pentru transfuzii. S'a folosit în acest scop radiofierul. Acesta are 2 isotopi cu perioadă diferită de desintegrare. Se injectează radiofier de un tip la donator şi radiofier de celălalt tip la receptor, etichetând astfel globulele roşii ale fiecăruia. S'a putut astfel studia interacţiunea dintre cele două feluri de sânge, ceea ce a clarificat unele chestiuni privitoare la trans-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fuzie. S'a putut apoi preciza care e metoda cea mai bună de conservat sângele pentru transfuzii.

Tehnica aplicării metodei trasorilor. Sunt trei metode:

1. *Prin examinarea mostrelor prelevate.* Se urmăreşte astfel distribuirea în organism a unei substanţe, măsurând cantitativ radioactivitatea pe care o prezintă diferiţele piese excizate dela animalele prealabil ucise.

2. *Prin măsurarea directă a radioactivităţii.* Isotopul emite raze (β ori γ) şi poate fi detectat direct cu aparatul deja menţionat: contorul lui *Geiger-Müller,* Pentru glanda tiroidă, aparatul se aplică pe faţa anterioară a gâtului.

3. *Prin fotografiere (autoradiografie).* Procedeul utilizează acţiunea fotografică a razelor emise de radioisotopi. Secţiunea istologică, ori chiar piesa întreagă se aplică pe un film şi ea se radiografiază singură, prin razele emise de isotopi.

CONCLUZIUNI.

Cele expuse cu privire la aplicaţiile energiei nucleare în medicină şi în biologie în general, ne dau de pe acum o idee de ce măreţe perspective se deschid pentru viitor. Consecinţele cele mai importante în viitor le va avea, în medicină şi biologie, metoda indicatorilor. Se vor putea studia şi descifra toate procesele biochimice din organism. Se vor studia. din puncte de vedere încă necunoscute. bacteriile. virusurile fermenţii, vitaminele, etc. Odată cu descifrarea fenomenelor vieţii se va putea mai precis discerne starea de sănătate şi starea patologică; iar prin studiul acţiunii medicamentelor se vor putea combate boalele mai cu succes.

Unele medicamente radioactive se vor administra în viitor „la pilă", sau în apropierea ei (căci pot fi radioisotopi cu viaţă foarte scurtă), aşa cum se bea astăzi o apă minerală la isvor. Corpii artificiali radioactivi medicamentoşi şi aparatele de măsurat vor face curând parte din inventarul medicului şi al biologului. Un cyclotron, cât de mare, nu va fi suficient pentru a produce substanţele artificial radioactive. Va trebui o pilă cu grafit de câteva mii de kilowaţi, pentru nevoile medicale şi cercetările ştiinţifice dintr'o ţară. Cyclotroanele şi pilele cu grafit e potrivit să aparţină universităţilor. Vor trebui să colaboreze fizicieni, chimişti, biologi şi medici, şi atunci energia nucleară va fi utilizată pentru a asigura progresul medicinei şi al ştiinţelor în general, deci în menirea ei cea mai nobilă.

A PROPOS DE TRATAMENTUL SYNDACTILIEI

(O metodă simplă şi eficace).

de

D-r VICTOR GOMOIU şi D-r VIORICA GOMOIU

Syndactylia este o infirmitate prea cunoscută şi, de aceia, dispensează de orice consideraţiuni introductive. Cel mult am putea să precizăm că ne apropiem mai mult de realitate, dacă, în locul obişnuitelor denumiri — syndactylia membranoasă, cutanată, fibroasă, osoasă, — am întrebuinţa pe acelea de syndactylie cutanată, fibroasă, osoasă, iar pe aceasta din urmă să o deosebim de fuziunea totală a două degete sau ectrodactylia. Sub acest raport, arteriografia sau disecţia syndactyliei ar fi putut să lămurească dacă arterele interdigitale există, sau lipsesc, totd'auna.

Tratamentul primei forme, — mai ales în cazurile care merită denumirea de syndactilie „membranoasă", — nu depăşeşte cadrul micei chirurgii, şi, de aceia, nici nu comportă vre-o discuţie. In schimb, syndactylia strânsă — adică, forma fibroasă şi cea osoasă — s'a impus atenţiunii noastre, din cauza imperfecţiunii rezultatelor pe care le-am constatat.

Nu este locul să facem o expunere istorică sau o analiză critică a diverselor procedee operatorii cunoscute, dar, putem să remarcăm că însăşi mulţimea lor constitue o dovadă de imperfecţiune.

Convingându-se că neajunsurile aparţin în primul rând metodelor, iar nu operatorilor, — primul din noi a căutat să le obvieze, imaginând procedeul ale cărui rezultate vi le expunem astăzi:

Digitized by Google / Central University Library Cluj

El constă în trecerea, printre degete — oricât de apropiate ar fi, — a 4—5 fire duble de setolină, lână sau mătase, care să formeze nişte inele îmbucate; aceste inele se învârtesc la fiecare 2—3 zile, şi — la nevoe — chiar se strâng puţin, până ce traiectul lor se tunelizează epidermizându-se, iar punţile de ţesut dintre ele se secţionează singure. In felul acesta, chiar tratamentul sydactyliei strânse devine o simplă manoperă de mică chirurgie, care se practică cu puţină anestezie locală sau fără niciuna, şi nu cere decât răbdarea celor trei — sau, poate chiar patru, cinci — săptămâni, până la complecta cicatrizare.

Această technică — pe care am aplicat-o şi unul şi altul, în mai multe cazuri, — este superioară ori cărei alte operaţiuni, fiind-că nu expune la niciun risc, iar rezultatele ne-au îndreptăţit totdeauna să le calificăm „perfecte".

Ideia aceasta a fost sugerată primului — încă demult — de observarea procesului care se petrece la perforarea lobulului auricular, pentru portul cerceilor: conducta formată — prin perforaţie — pentru trecerea firelor provizorii, care se mişcă din când în când, se epidermizează complect în toată lungimea sa, şi nu se mai lipeşte niciodată.

Desigur că faptul acesta n'a scăpat nici altora, iar Rudtorffer a aplicat „perforaţia" chiar în contra syndactyliei, pentru a împiedică realipirea comisurală; Rudtorffer, perfora membrana de reunire, la baza

degetelor, şi introducea în conductă un fir de plumb pe care-l lăsa pe loc. In acelaş scop, Beck a înlocuit firul de metal printr'o lamă, iar alţii au propus un tub de cauciuc, făcând restul operaţiei tot pe cale sângerândă, cu cuţitul. Polaillon — care a relatat acest procedeu, în dicţionarul Dechambre (din 1884), adaugă însă că „ce procédé, bien conçu en theorie, n'a pas donné, dans la pratique, les résultats qu'on en devait attendre. La cicatrisation du trajet, autour du corps étranger, est longue, difficile ou impossible. Si on n'attend pas qu'elle soit absolument complète, le but de l'opération est manqué, car la commissure se réunit avec les bords latérauxs". Krimer a îmbrăţişat într'o legătură toată membrana interdigitală, dela comisură până la extremitatea liberă, dar — zicea el, — „pe măsură ce separaţia înaintează, granulaţiile care pleacă din unghi umplu plaga şi syndactytylia se reface. Fabricius de Hilden a folosit în acelaşi scop un fir făcut caustic, dar — zice Polaillon — „dacă acest procedeu n'ar fi prea lung, prea duréros, şi prea infidel, s'ar putea înlocui firul caustic printr'unul de cauciuc".

Prin urmare, ideia de bază este veche, dar cei care au voit să o folosească, au aplicat-o numai parţial, sau greşit. De altfel, nici technica pe care o recomandăm nu mai este nouă, căci, primul din noi a imaginat-o încă de mulţi ani şi a devenit între timp metoda preferată de amândoi. Recunoaştem că am păcătuit ne-acordându-i la timp toată atenţia cuvenită, şi poate că nici acum n'am fi căutat să ridicăm această technică la rangul de metodă operatorie, dacă n'am fi fost impresionaţi de rezultatul mizerabil al unei operaţii plastice făcută asupra D-rei C. G., de către un confrate, pe care nu-l încriminăm. Şi, de oarece n'am putut să cercetăm toată literatura chirurgicală — ca să ne convingem dacă această technică n'a fost deja publicată de altcineva, — atragem atenţia asupra ei, nu ca să revendicăm paternitatea — pe care ne-a acordat-o practica, — ci, pentru a o recomanda în interesul chirurgiei, al chirurgilor şi mai ales al bolnavilor.

Institutul de Farmacologie Cluj
Director: Prof. D-r C. C. Velluda

SINCOPA CARDIACA PRIN ASOCIEREA EXTRACTULUI HEPATIC CU CLORURA DE CARBAMINOILCHOLINA *)

de

D-r CAIUS V. ANTONESCU
Şef de lucrări la Inst. de Farmacologie din Cluj

Sincopele cardiace experimentale au adus un aport la studiul mecanismului sincopelor cardiace în general şi au deschis calea spre cunoaşterea posibilităţilor terapeutice preventive şi curative.

---

*) Comunicare făcută la Soc. Anatomo-Clinică din Cluj, la 15/II.945
Primită la redacţie la 1/XI.945.

Printre multele sincope cardiace experimentale descrise, în afară de sincopa adrenalino-cloroformică sau sincopele prin asocierea cloroformului cu alte substanţe adrenergice sau adrenalino-secretoare şi de sincopele prin asocierea adrenalinei cu alţi derivaţi ai metanului — clorurati, bromuraţi sau ioduraţi — sau a adrenalinei cu benzolul, s'au mai descris şi o **sincopă nicotino-cloroformică** (E. Bardier şi A. Stillmunkès, apoi studiată de A. Tournade, J. Malmejac şi M. Chabrol); **o sincopă adrenalino-sparteinică** (F. Mércier) şi **o sincopă ergotamino-cholinică** (M. Villaret, L. Justin-Besançon şi R. Cachera).

O nouă sincopă cardiacă am putut observa la animalele injectate cu extract hepatic, apoi cu clorură de carbaminoilcholină (Doryl-Merck), fiind în narcoză cu cloroform-eter (1+1).

Asupra descrierii şi a mecanismului acestei noui sincope cardiace doresc să fac unele consideraţiuni analitice.

Intr'o lucrare anterioară (1944) [1]) am arătat cum pe cale experimentală am ajuns la concluzia că, extractul hepatic are proprietăţi de a sensibiliza parasimpaticul faţă de acţiunea clorurei de carbaminoilcholină. In timpul experienţelor de atunci, am obţinut, printre alte efecte şi **o sincopă cardiacă**. Acest fapt a devenit un argument în plus, pentru concluzia proprietăţii sensibilizante a extractului hepatic. Am mai arătat că el, modifică şi aspectul acţiunei cardiace directe a carbaminoilcholinei, modificare care interesa proprietăţile funcţionale ale inimei, inversându-le faţă de efectele pure ale carbaminoilcholinei. Aceasta din urmă, în faza a doua a acţiunei sale determina un inotropism pozitiv, tonotropism şi cronotropism negativ [2]).

www.libtool.com.cn Central University Library Cluj

Mi-am pus întrebarea, ce mecanism are această nouă sincopă şi ce asemănare sau deosebire arată faţă de mecanismul celorlalte sincope cardiace experimentale.

Am demonstrat în nenumărate experimente anterioare (v. bibliografia) că, sincopa adrenalino-cloroformică este datorită unei intoxicaţiuni cardiace cloroformice — ca factor cauzal — şi unui desechilibru vago-simpatic în favorul simpaticului — ca factor declanşator.

Cunoaşterea deosebirii dintre mecanismul nouei sincope şi sincopa adrenalino-cloroformică, pare interesantă prin faptul că, pe de o parte s'a putut împiedeca sincopa adrenalino-cloroformică prin injecţie prealabilă cu carbaminoilcholină [3]), pe de altă parte, animalele narcotizate cu un amestec de cloroform-eter, au fost rezistente la sincopa adrenalino-cloroformică [4]).

Sincopa adrenalino-sparteinică şi nicotino-cloroformică, au la

---

1. D-r C. V. Antonescu: Mişcarea Medicală Română No. 3—4, pag. 187, 1944.

2. C. V. Antonescu—D. Bucheru: Clujul Medical No. 10, pag. 608, 1938.

3. C. V. Antonescu—I. Vinţi: Clujul Medical No. 8, pag. 515, 1936.

4. V. Papilian—I. Cosma—I. G. Russu: C. R. Soc. Biol., T. CXV, pag. 311, 1934.

baza lor un mecanism asemănător oarecum cu sincopa adrenalino-cloroformică. In aceste două sincope, factorul cauzal este acţiunea deprimantă a sparteinei (în doze mari), respectiv a cloroformului, — iar ca factor declanşator adrenalina, respectiv nicotina.

Totuşi o deosebire există, în faptul că în sincopa adrenalino-cloroformică iniţial este dilataţia acută a inimei, pe care se produce fibrilaţia, — pe când în sincopa adrenalino-sparteinică iniţial este fibrilaţia sparteinică, accentuată de adrenalină, căreia îi urmează oprirea inimei în diastolă. Iar în sincopa nicotino-cloroformică, inima pregătită prin inhibiţia cloroformică, este propice acţiunei deprimante a nicotinei din prima fază a acţiunei sale.

In ceea ce priveşte sincopa ergotamino-cholinică, ea se abate cu totul dela similitudinea cu sincopele amintite, prin faptul că ea este o sincopă cardiacă prin asfixie; întâi se instalează sincopa respiratorie, apoi cea cardiacă, datorită asfixiei.

Odată cunoscute aceste consideraţiuni, să analizăm acum în ce condiţiuni experimentele s'a produs sincopa hepato-carbaminoil-cholinică.

Am să exemplific numai cu două observaţiuni, spicuite dintre experimentele executate:

1. Câine de 5 kgr. Narcoza cloroform-eter (1+1). Primeşte o injecţie intravenoasă de Pernaemon mite 3 cc., apoi o injecţie tot intravenoasă cu Doryl în doză de 0,01 mgr./kgr. greutate. Rezultat: sincopă cardiacă. (Fig. 1).

University Library Cluj

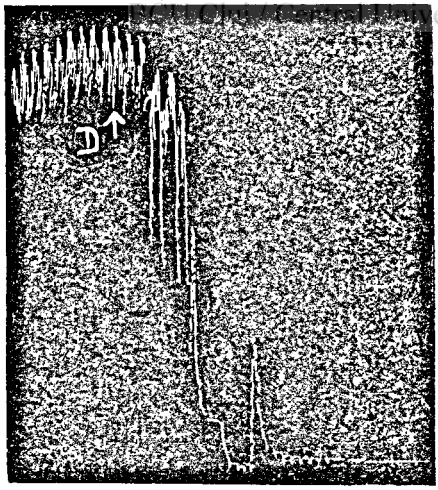


Fig. 1.

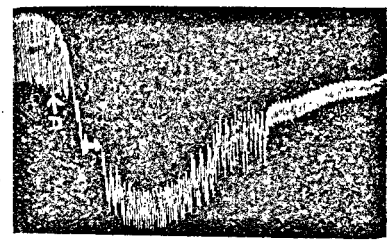


Fig. 2.

2. Câine de 4 jum. kgr. Narcoza cloroform-eter (1+1). In prealabil începerii experienţei a primit o injecţie intravenoasă cu atropină 1 mgr. (3/4 oră înainte). Primeşte injecţia intravenoasă de Pernaemon mite 2 cc., apoi injecţia intravenoasă cu Doryl în doză de 0,11 mgr./kgr. greutate. Rezultate: nu mai face sincopa cardiacă. (Fig. 2).

De remarcat că animalul al doilea primeşte doză mai redusă din extractul hepatic (0,44 cc/kgr greutate, — primul a primit 0,6 cc/kgr) şi o doză de zece ori mai mare de Doryl (0,11 mgr/kgr greutate, — primul a primit 0,01 mgr/kgr), — dar el are vagul paralizat.

Analizând cele două grafice ale presiunei endocarotidiene, remarcăm că, la animalul atropinizat, modificările cardiace sunt datorite mai mult ipotensiunei endovasculare, decât acţiunei asupra funcţiunilor cardiace. Pe când la primul animal, modificările cardiace sunt evidente şi se suprapun modificărilor endovasculare.

Aceste fapte ne îndreptăţesc să bănuim că, în sincopa hepato-carbaminoilcholinică, mecanismul este direct vagal, căci efectul parasimpatic asupra inimei, datorită proprietăţilor obişnuite ale carbaminoilcholinei fiind accentuate de extractul hepatic, inima nu-şi mai poate reveni din starea ei de depresiune, care caracterizează prima fază a acţiunei tuturor substanţelor parasimpatomimetice.

Interesantă este această sincopă şi prin faptul că acest mecanism direct vagal nu s'a putut reproduce prin excitaţia electrică a vagului (H. de Waele)[5]. In acţiunea vagului excitat electric sau farmacodinamic (cu doze în vecinătatea celor terapeutice), după prima fază deprimantă asupra inimei, urmează o a doua fază de revenire spontană a funcţiunilor cardiace, fapt interpretat printr'un fenomen de scăpare de sub acţiunea vagului, a cărei fibre cardiace suferă o oboseală — un fel de pareză. In acest moment stimulul autonom fiziologic (neuro-miocardic) va reînvia şi va determina reluarea funcţiunilor cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Că lucrurile se petrec astfel, am arătat (1938)[6] în cazul carbaminoilcholinei, căci faza a doua apărea atât la animalele suprarenectomizate, cât şi la animalele cu sinurile carotidiene extirpate. Iar în experienţele actuale, animalele aveau păstrate nu numai suprarenalele, dar şi sinurile carotidiene, în plus având şi stimulul centrilor cardio-motorii centrali, datorită acţiunei eterului.

Aceste ultime fapte ne fac să emitem — ca singură valabilă în prezent — ipoteza următoare: asocierea extractului hepatic cu clorura de carbaminoilcholină, pe lângă o accentuare a efectelor vagului, determină şi o paralizie a centrului fiziologic autonom neurocardiac (în speţă nodului atrial) dela care porneşte stimulul excitant normal. In acest fel, inima ne mai având nici un stimul, va rămâne definitiv oprită în diastolă.

La reflexul sino-carotidian nu ne putem gândi, căci sensibilitatea sa este diminuată prin cloroform şi prin ipotensiunea accentuată endovasculară. Iar efectele — eventuale — cardio-analeptice ale eterului sunt cu totul insuficiente. Pe de altă parte, eventualele efecte ale adrenalinei-ipersecretate nu mai sunt utilizabile, de oarece sensibilitatea simpaticului este diminuată prin acţiunea carbaminoilcholinei.

---

5. H. de Waele: C. R. Soc. Biol., T. XCIII, pag. 60, 1925.
6. C. V. Antonescu—D. Bucheru: Clujul Medical No. 10, pag. 608, 1938.

BIBLIOGRAFIE

V. Papilian şi C. V. Antonescu: Clujul Medical, 6, 357, 1937. — V. Papilian, I. G. Russu şi C. V. Antonescu: Clujul Medical, 4, 181, 1935. — C. V. Antonescu: Mişcarea Med. Rom., 9—10, 698, 1937. — C. V. Antonescu: Mişcarea Medicală Rom., 3—4, 145, 1940. — C. V. Antonescu, Fl. Mazilu şi Antonescu: Mişcarea Med. Rom., 5—6, 419, 1941.

Autorul descrie o sincopă cardiacă obţinută la animale narcotizate cu cloroform-eter, cari au fost injectate intravenos cu extract hepatic, apoi cu clorură de carbaminoilcholină. Făcând o serie de consideraţiuni critice şi analitice, raportate şi la mecanismul sincopelor adrenalino-cloroformice, adrenalino-sparteinică, nicotino-cloroformică şi ergatamino-cholinică, ajunge să considere ipotetic ca mecanism al sincopei hepato-carbaminoilcholinice, un efect paralizant al acestei asociaţiuni asupra nodulului atrial, dela care porneşte stimulul excitant fiziologic normal. Acest fapt nu mai permite revenirea la funcţiunile sale fiziologice muşchiului cardiac, inima rămânând oprită definitiv în diastolă.

L'auteur décrit une syncope cardiaque obtenue chez des animaux narcotisés au chloroforme-ether, animaux qui ont été injectés d'abord par voie intraveineuse à l'extrait hépatique et après à la clorure de carbaminoilcholine. Faisant une série de considerations critiques et analytiques, rapportées aussi au mécanisme des syncopes adrénalino-chloroformique, l'auteur arrive à considérer-hypothétiquement-comme mécanisme de la syncope hepatocarbaminoilcholinique, un effet paralysant exersé sur le nodule atrial, duquel part le stimulus excitant physiologique normal. Ceci ne permet plus au myocarde de revenir à ses fonctions phsyiologiques, le coeur restant arrêté définitivement en diastole.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'autore descrive una sincopa cardiaca ottenuta in animali narcotizzati col cloroformie-etere, iniettati con estratto epatico inravenoso, poi con cloruro di carbaminoilcholino. Facendo una serie di considerazioni critice ed analitice, rapportate anche al mecanismo delle sincope adrenalino-cloroformica, adrenalino-sparteinica, nicotino-cloroformica ed ergotamino-cholinica, l'autore arriva a considerare-ipoteticamente-come meccanismo della sincope epato-carbaminoilcholinica, un effeto paralizzante di quest' associazione sul nodullo atriale, dal quale parte il stimolo esccitante fisiologico normale. Questo non permette piu al muscolo cardiaco di ritornare alle sue funzioni fisiologice, il cuore rimanendo fermato definitivamente in diastole.

Spitalul Central Arad
Secţia de Chirurgie

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HERNIILOR INQUINALE, PRINTR'UN NOU PROCEDEU AL METODEI BASSINI

de

Dr BEJAN IOAN

Tratamentul chirurgical, cura radicală a herniilor inquinale şi inquino-scrotale, adică refacerea cât mai anatomică a canalului inquinal pe de o parte şi siguranţa de a îndepărta şi de a exclude recidivele pe de altă parte, a preocupat pe chirurgi întotdeauna.

Din această cauză au fost imaginate o mulţime de modificări în decursul anilor, a celor două metode principiale, clasice.

1. Metoda antifuniculară, din care a luat naştere procedeele lui Wölfler, Schwartz, Rochard, Halsted, Forgue, Girard, Toma Ionescu etc..

2. Metoda retrofuniculară, reprezentată prin procedeul Bassini, care este un procedeu perfect anatomic, cel mai radical, dacă este bine şi corect executat şi aplicabil cu aceeaşi eficacitate, absolut în toate varietăţile de hernii inguinale.

O modificare a acestui procedeu este aceia a lui Kleinschmidt care odată cu suturarea tendonului conjunct la arcada crurală, suturează separat şi ulterior, tot retrofunicular şi aponevroza muşchiului marelui oblic, fără a mai reface canalul inguinal, rămânând un singur orificiu, cu funiculul subcutanat.

In decursul operaţiei diferitelor cazuri de herniî inguinale, am constatat de foarte multe ori că procedeul Bassini, reprezentat numai prin sutura muşchilor micul oblic, transvers şi tendonul conjunct la arcadă, este insuficient, pentru a putea închide dehiscenţa inguinală, fie din cauză că aceasta era prea mare, fie că tendonul conjunct din cauza dilatării acestei dehiscenţe, în timpul eforturilor şi a tracţiunei asupra lui, se găsea în mare parte slăbit, atrofiat, disociat, redus numai la câteva fibre subţiri.

Această transformare am găsit-o mai des la herniile mari, voluminoase, inveterate, oblice externe sau directe şi mai ales la acei bolnavi, cărora li-se indicase şi purtase mai multă vreme un bandaj, sau la acei indivizi cari prezentau o insuficienţă musculară a peretelui abdominal, care este, după cum a susţinut Fèlizet, o veritabilă predispoziţie anatomică, constituţională (congenitală).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru o cură radicală în aceste cazuri, se suturează la arcada crurală, împreună şi odată cu ligamentul conjunct, muşchiul micul oblic transvers şi marginea muşchiului anterior abdominal, însă unde tracţiunea nu este prea mare.

Pornind dela aceste constatări m'am gândit ca acest inconvenient s'ar putea întrucâtva evita, prin întrebuinţarea fasciei (aponevrozei) muşchiului marele oblic, care în unele din aceste cazuri, este singura formaţiune anatomică, utilizabilă.

Din punct de vedere **technic**, timpii operatori sunt aceiaşi ca în procedeul Bassini. După ce se fac incizie şi se secţionează aponevroza marelui oblic, aceasta din urmă se prepară mai mult ca de obiceiu, până aproape de inserţia ei, aproape de marginea externă a muşchiului drept abdominal, odată cu prepararea marginei posterioare a arcadei crurale.

După ce s'a deschis, disecat, legat şi rezecat sacul, se suturează retrofunicular aponevroza marelui oblic, la arcada crurală, care se încarcă pe ac, pe o porţiune suficientă şi pe faţa ei posterioară, mai aproape sau mai la distanţă de linia de inserţie, de marginea muşchiului drept, după caz, în timp cu mâna stângă înarmată cu o pensă Kocher, prinde şi îndepărtează de marginea de secţiune, liberă, această aponevroză, în spre partea opusă ajutorul având grijă ca celelalte părţi moi ale plăgei să fie bine depărtate.

In cazurile unde este o dehiscenţă prea mare a regiunei inquinale, cu atrofia tendonului conjunct şi musculaturei, refacerea peretelui abdominal se face numai cu ajutorul aponevrozei marelui oblic, în partea infero-internă, sau dacă distanţa, adică tracţiunea nu este prea mare, atunci odată cu aponevroza marelui oblic, se poate sutura şi marginea muşchiului drept.

Pe măsură ce ne apropiem de inelul profund (supero-extern) odată cu aponevroza marelui oblic încărcăm pe ac şi tendonul conjunct şi muşchiul micul oblic şi transvers, în suprafaţă mai largă, având grijă să nu prindem înnăuntrul firului nervii ce îi întâlnim şi suturăm totul la marginea posterioară a arcadei crurale, exact ca în procedeul clasic, având grijă ca orificiul profund (supero-extern) să nu fie nici prea mic, pentru a nu produce o strangulare a cordonului şi nici prea larg, pentru a nu da naştere unei recidive.

Cordonul fiind repus la loc, suturăm apoi înaintea lui restul aponevrozei marelui oblic, suficientă, de marginea anterioară a acestei crurale, adică cele două margini ale inciziei aponevrozei marelui oblic, reconstituind astfel complect canalul inquinal, cu cele două orificii, compus dintr'un manşon aponevrotic, neted şi lucios şi care la rândul lui întăreşte planul posterior exact ca în procedeul clasic.

Am întâlnit hernii inquinale, voluminoase, unde nu s'a putut utiliza pentru refacerea peretelui, decât aponevroza marelui oblic pe care o putem lua la o distanţă mai mare sau mai mică de marginea ei liberă, adaptând-o după voie şi necesitate, fără să avem nicio tracţiune şi nici o laxitate prea mare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această modificare personală, pe care o practic de peste cinci ani de zile, am generalizat-o mai pe urmă, în tratamentul tuturor herniilor inquinale, unde am crezut mai indicată metoda Bassini, chiar în cazurile unde constituţia şi raporturile planurilor anatomice sunt păstrate, suturând deodată cu aceste planuri, sau separat retrofunicular şi aponevroza marelui oblic, care complectează şi întăreşte sutura primului plan anatomic.

In acest mod se face o adaptare mai bună a acestor straturi anatomice, sudarea lor se face mai repede şi mai perfectă, iar în cazul când planul fibro-muscular posterior ar ceda, sau din cauza tracţiunei prea mari, rolul acestuia ar fi luat de aponevroza marelui oblic care are avantajul, că o putem sutura după voie şi necesitate.

Prin această modificare se menţine dealtfel, şi oblicitatea normală a canalului inquinal refăcut, astfel că presiunea abdominală nu-l dilată în axul său, când apasă planul retro-funicular, care întâlnind pe cel anterior, formează o dispoziţie valvulara, de supra-punere, care opune o rezistenţă mai mare la recidive, cu atât mai mult, cu cât este vorba şi de un spaţiu mai limitat, nu cu mult mai larg decât grosimea cordonului, ceiace constitue un alt avantaj faţă de procedeul Bassini.

Deci prin acest procedeu, pe lângă că avem un perete abdominal retro-funicular mult mai rezistent şi mai complect, nu suntem lipsiţi nici de avantajiile peretului anterior al canalului din procedeul clasic.

Institutul Medico-Legal „Prof. Mina Minovici" București
Laboratorul de Toxicologie

OTRĂVIRILE CU AMONIAC

de

Prof. D-r N. I. IOANID şi D-r G. D. BORŞ

Otrăvirile cu amoniac lichid, în soluţie sau în stare gazoasă sunt extrem de rare.

Cele mai numeroase otrăviri sunt provocate de amoniacul gazos şi nu de cel în soluţie, deşi este destul de greu să se poată diferenţia aceste două forme, dat fiindcă ele se produc simultan.

Majoritatea acestor otrăviri sunt de natură profesională, rare ori sunt accidentale şi mai puţin sinucideri.

Din cauză că amoniacul este foarte volatil şi are miros, otrăviri criminale nu pot avea loc; deşi aceste proprietăţi descurajează chiar pe cel mai convins sinucigaş. Foarte adesea din cauza causticităţii amoniacului, sinucigaşul nu ingerează întreaga cantitate ce-şi propusese.

După cum am amintit mai sus, sinuciderile cu amoniac sunt foarte rare, totuşi în literatura de specialitate [1]) se găsesc câteva cazuri demne de semnalat. Astfel: Pellarin [2]), aminteşte cazul unei femei care în scop de sinucidere consumă 40 gr. amoniac. După 2 zile de tratament femeia scapă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foussagrives [3]) descrie cazul unui marinar, în etate de 56 ani, care pentru a se sinucide consumă 30 gr. amoniac. Bolnavul este salvat după 7 zile de îngrijiri medicale.

Chapplain [4]) relatează cazul unui croitor, în etate de 39 ani, care din cauza consumului excesiv al băuturilor alcoolice ajunge în mare mizerie, din care cauză se sinucide cu o mare cantitate de amoniac; după 6 ore dela ingestie, cu toate îngrijirile date, pacientul a sucombat.

Potain [5]) descrie cazul unui tipograf, în etate de 44 ani, care ingerează dintr'o singură dată mai mult de 100 gr. amoniac, pentru a se sinucide. Subcombă după 10 zile dela ingestie.

Français [6]) citează cazul unei femei în vârstă de 25 ani, însărcinată aproximativ în luna 7-a, care se sinucide cu 90 gr. amoniac, încredinţată că această otravă omoară instantaneu. Transportată la spital, a 2-a zi seara naşte normal un foetus mort. Cu toate îngrijirile date, la aproximativ 9 zile dela ingerarea toxicului, pacienta moare.

Scheidegger [7]) descrie cazul mortal al unui bărbat, în etate de 39 ani, care moare la 20 ore dela data la care luase mai multe înghiţituri dintr'o soluţie 10% amoniac. După autopsie, la analiză s'au găsit circa 3 gr. amoniac în stomac.

Rubie [8]) relatează cazul unui individ care consumă în scop de sinucidere 250 gr. apă sedativă (preparată după formula Raspail:

25 gr. amoniac de 22° şi 1—2 gr. camforă) cu toate îngrijirile date individul subcombă după 8 zile.

După Tardieu [9]) apa sedativă a cauzat multe otrăviri accidentale, când se administra imprudent persoanelor fără cunoştinţă (beţivilor sau epilepticilor).

Un tânăr [10]) având dese accese de epilepsie, din care cauză de aproape 9 luni se găsea sub îngrijire medicală, este apucat de o criză în faţa locuinţei sale. Un trecător ducându-l în casă şi găsind pe noptieră o sticlă conţinând un lichid, pe care îl bănuia că ar fi o soluţie cu care bolnavul îşi calma accesele, moaie de mai multe ori un colţ al batistei în lichidul acelei sticle (care era amoniac) şi i-o aplică la nas, iar pe gât i-a turnat circa 8 gr. amoniac. Accesul de epilepsie a fost de lungă durată, după care bolnavul îşi revine. A 2-a zi bolnavul s'a simţit din ce în ce mai rău, iar către orele 20 subcombă.

Tot în literatură se relatează [11]) cazul unui strungar care venise acasă în stare de ebrietate şi neputându-şi vedea de ocupaţii, roagă pe soţie să-i aducă dela farmacie o poţiune contra beţiei. Aceasta având în casă un tratat popular de medicină, găseşte în el trecută următoarea prescripţie:

Apă	100 gr.
Amoniac	15 „
Apă de menta	15 „
(de luat în mai multe rânduri)	

şi o trimete la o farmacie spre executare. Bolnavul consumând poţiunea a sucombat a 2-a zi, în urma intoxicaţiei cu amoniac.

In tratatul de medicină populară se strecurase o eroare, în loc de XV gute amoniac, s'a trecut 15 gr.

Patterson [12]) aminteşte cazul unui birjar, în etate de 40 de ani care fiind suferind de mai mulţi ani de bronşită, avea obiceiul să consume zilnic circa 2 gr amoniac lichid, diluat cu multă apă. Intrând într'o droguerie, cere să i-se dea „Esprit volatil de corn de cerf", i-se dă o uncie (32 gr) pe care acesta o ingerează dintr'o dată. Cu toate îngrijirile date, acesta subcombă după 19 zile dela ingestie.

Lewwin [13]) aminteşte cazul unei femei care a consumat timp îndelungat, Pain Expeller (până la 50—60 picături maximum pe zi, medicament cu întrebuinţări în uzajul extern ca antireumatismul, cu bază de amoniac). Victima a fost salvată după 43 zile de tratament.

Afară de aceste otrăviri accidentale cu soluţii de amoniac, literatura de specialitate mai indică numeroase otrăviri, fie la fabricarea amoniacului, fie în industriile care întrebuinţează amoniacul (industria gazului de iluminat, rafinăriile de petrol, industria aparatelor frigorifere şi a gheţei artificiale, la imprimarea ţesăturilor, etc.).

Astfel Kobert [14]) arată că în Germania în 1906, s'au întâmplat 48 otrăviri accidentale cu amoniac, din care 24 au fost mortale.

Din statisticile Prusace, la capitolul otrăvirilor (accidentale, sinucideri şi criminale) nu se găsesc decât 7 cazuri.

Din statisticile lui Falcks [15]) se constată că din 30 cazuri de otrăviri cu amoniac 20 au fost mortale.

Souchardt [16]) descrie o otrăvire accidentală cu amoniac gaz, petrecută într'o farmacie din Franţa, unde un tânăr student a stat timp de 3/4 oră într'o atmosferă de amoniac, care conţinea nu mai puţin de 50 livre de gaz (o livră = 489 gr.). Cu toate îngrijirile date subcombă după 3 zile.

Carlo Magini [17]) aminteşte accidentul petrecut într'un atelier de reparat frigorifere, când un inginer în etate de 63 ani, moare otrăvit cu amoniac în urma defectării robinetului unui recipient cu amoniac.

Edenhofer [18]) raportează cazul unui mecanic, în vârstă de 25 ani, care reparând ventilul unui compresor de amoniac, acesta face explozie izbind cu putere amoniacul în pieptul şi faţa mecanicului. Victima a fost scoasă imediat din camera compresorului şi cu toate îngrijirile date subcombă după 3 zile.

Caplin Max Well [19]) raportează cazul petrecut în Londra în Septembrie 1941, când a fost bombardată o berărie în pivniţa căreia se găsea aşezat adăpostul antiaerian, iar într'un colţ al acestuia, un condensator de amoniac.

Acest condensator a lăsat să se degaje amoniac timp de circa 10 minute, după care a putut fi închis. Parte din cei ce se adăposteau în acea pivniţă au putut pleca singuri către spital, ceilalţi au fost transportaţi. Astfel din 75 persoane, câte se găseau în adăpost, numai 47 au prezentat simptome mai grave. Din aceste victime, cu toate îngrijirile date în intervalul dela 36 ore până la 3 zile, au murit 11 persoane.

Biblioteca Universitară "Iuliu Maniu" Cluj / Universitatea Babeş-Bolyai Cluj-Napoca / Central University Library Cluj

Amoniacul gazos este mai toxic decât amoniacul soluţie, doza depinzând de concentraţie cât şi de durata acţiunei sale.

Diverşi indivizi din aceiaşi specie animală se comportă diferit faţă de aceiaşi concentraţie.

Intr'o atmosferă care conţine 0,50‰ amoniac, animalele manifestă uşoare simptome de excitaţie, care devin mai pronunţate când concentraţia creşte la 1‰. Şederea mai mult timp într'o concentraţie de 2‰ devine periculoasă. O atmosferă care conţine 4—5‰, provoacă pneumonii şi devine repede mortală.

In această privinţă, Lehmann [20]) aminteşte cazul petrecut într'un grajd cu cai, când au plesnit garniturile a două bombe cu amoniac, din care cauză au murit 24 cai, iar alţi 30 s'au îmbolnăvit. De asemeni din 3 oameni de serviciu ai aceluiaşi grajd, unul a murit imediat, iar ceilalţi doi a doua zi.

După Ogier şi Kohn Abrest [21]) soluţiuni de amoniac, în doze de 2—4 gr. pot provoca accidente grave.

După Fazekas [22]) 10—40 gr. soluţie 10% amoniac poate amîrena moartea în 10 minute, alteori în ore sau chiar zile.

Inhalat (în concentraţie de 2—4 gr. la litru de aer) provoacă

animalelor fenomene foarte grave, cu iritaţii ale mucoasei conjunctivale, a căilor respiratorii, oedem al glotei, hemoptizie, pneumonie, etc..

Ingestia amoniacului în soluţie, provoacă simptome şi leziuni asemănătoare celor produse de hidratul de sodiu sau de potasiu. Spre deosebire de ceilalţi alcali, arsurile produse de causticitatea amoniacului sunt mai puţin profunde, iar după vindecarea ulceraţiilor nu rămân stenoze cicatriciale (ca la NaOH şi KOH).

Din cauza marei volatilităţi a amoniacului acţiunile locale digestive sunt întovărăşite de leziuni ale căilor respiratorii.

In otrăvirea acută cu amoniac bolnavul are pulsul lent şi neregulat, pielea capătă culoare icterică, el prezintă dureri atroce de stomac, se sufocă şi are contracţiuni, după care urmează dispnee, coma şi moartea.

In otrăvirile cu apă sedativă, se observă turburări nervoase, convulsiuni, delir şi coma.

In cazul când cantitatea de amoniac ingerată nu a fost mare şi amoniacul a putut fi evacuat în parte, iar ajutorul medical a survenit la timp şi eficace, bolnavul poate fi salvat.

Gilbert şi Grenet [23]) amintesc cazul unei femei în etate de 36 ani, care la 10 zile după ce consumase 100 gr. amoniac, a eliminat o porţiune lungă de 14 cm. din mucoasa esofagiană.

Concomitent cu ingerarea, vaporii de amoniac, foarte volatili, irită mucoasa ochilor, a gurii şi a căilor respiratorii. In special acţiunea asupra ochilor, conduce la conjunctivită cu formare de pseudomembrane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trousseau [24]) a constatat la mecanicul unei fabrici de ghiaţă, ulcerarea corneiei, care apoi s'a agravat prin mărirea presiunei endoculare, cu perforarea şi hernia irisului.

In general la examenul anatomo-patologic se constată: roşeaţa foarte vie a mucoasei şi a căilor digestive, cu ulceraţii profunde. Ficatul este galben şi prezintă adesea o degenerescenţă grăsoasă.

In otrăvirile cu amoniac se constată două fapte demne de semnalat: 1. Fluiditatea sângelui şi 2. Steatoza ficatului şi a rinichiului tot atât de intensă ca şi în otrăvirile cu fosfor.

După Fazekas [25]) amoniacul nu acţionează numai ca un caustic local, dar chiar ca un toxic cu acţiunea generală [26]), [27]), [28]).

Din statisticile Institutului Medico-Legal „Prof. D-r Mina Minovici" din Bucureşti, rezultă că pe o perioadă de 53 ani (1891—1944), au fost cercetate în acest Institut numai 4 cazuri de sinucidere cu amoniac şi unul cu clorură de amoniu (ţipirig), cazuri pe care le descriem mai jos:

1. Individul G. M. (I. M. L. dos. 565/1929), în etate de 60 ani, de profesiune zugrav, rămânând infirm de un picior în urma unui accident şi nemaiavând cu ce trăi, se sinucide cu amoniac.

La autopsie se constată: limba şi mucoasa gurii acoperită cu fuliginozităţi brune cafenii. Laringele şi faringele au mucoasa tumefiată, cu eroziuni mici şi este colorată în roz închis.

Esofagul are mucoasa interioară roşie, umflată, erodată, iar în porţiunea inferioară este plină cu chiaguri de sânge negru cafeniu.

Plămânii sunt nuanţaţi în violaceu. In secţiune suprafaţa este roşie cu puncte mai închise, unele chiar negre.

In abdomen se găseşte o cantitate mare de sânge lichid (350 cm.) cu grăsimi, revărsat peste toate viscerile. Stomacul se rupe uşor, este roşu închis la exterior, are mucoasa tumefiată, acoperită cu chiaguri de sânge negru cafeniu, iar pe marea curbură spre pilor are o ruptură rotundă de mărimea unei piese de 2 lei. Stomacul exală un miros puternic de amoniac. Intestinele sunt congestionate. La restul organelor nimic de semnalat.

La examenul toxicologic s'a constatat prezenţa amoniacului în viscere, fără a se face dozarea şi repartiţia toxicului.

2. Femeia A. H. (I. M. L. dos. 195/1930), fiind suferindă, consumă în scop de sinucidere în ziua de 18 Aprilie pe la orele 18, o cantitate de amoniac. Este transportată imediat la spital, unde a doua zi la orele 11 sucombă.

La autopsie se constată: Esofagul are mucoasa necrozată, ridicându-se în lambouri. Papilele linguale hipertrofiate, baza limbei uşor necrozată. Faringele are mucoasa distrusă.

Plămânii sunt congestionaţi.

Stomacul are mucoasa necrozată, faţa internă având coloare vânătă brună, conţine puţin lichid brun negricios.

Duodenul are mucoasa distrusă, lambouri de mucoasă se ridică pe cuţit.

Intestinele cu mucoasa distrusă în prima porţiune.

La restul organelor nimic de semnalat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul toxicologic s'a identificat amoniacul fără însă a se face dozarea toxicului.

3. Individul V. P. (I. M. L. dos. 505/1931), în etate de 20 ani, de profesiune chelner, fiind suferind de o boală venerică, ingerează în scop de sinucidere amoniac.

La autopsie se constată: hemoragie meningee, creerul pe suprafaţa secţiune este intens congestionat. Plămânii sunt congestionaţi şi prezintă pe suprafaţa de secţiune focare mari hemoragice.

Ficatul, splina şi rinichii sunt intens congestionaţi.

Mucoasa stomacală apare în dreptul marei curburi intens congestionată. Conţinutul stomacal este sanguinolent şi miroase puternic a amoniac.

S'a identificat amoniacul; dozarea şi repartiţia toxicului nu s'a făcut.

4. Femeia T. T. (I. M. L. dos. 563/1935), în etate de 19 ani, fiind părăsită de concubinul său, ingerează în scop de sinucidere amoniac.

La autopsie se constată: Plămânii cu numeroase focare hemoragice. Limba şi faringele sunt intens congestionate, arse.

Stomacul conţine o cantitate de aproximativ 300 gr. lichid verzui cu miros de amoniac. Mucoasa gastrică este de culoare brun negricioasă, îngroşată, hemoragică.

La examenul toxicologic s'a identificat amoniacul fără a se doza.

5. Femeia E. N. (I. M. L. dos. 128/1923) în etate de 19 ani, de profesiune lengereasă, fiind gravidă, ingerează în scop de sinucidere clorură de amoniu (ţipirig), după 4 ore dela ingestie victima sucombă.

La autopsie se constată: Stomacul conţine 1000 cmc. lichid alb rozat

în care se disting chiaguri de lapte. Faţa internă a stomacului este congestionată şi are numeroase puncte echimotice, mai ales în jurul pilorului.

Rinichii au parenchimul puternic congestionat.

La restul organelor nimic de semnalat.

La examenul toxicologic se constată că organele conţin o cantitate apreciabilă de clorură de amoniu.

* * *

De oarece în toate cazurile de sinucidere, descrise mai sus, cercetările toxicologice s'au mărginit numai la identificarea toxicului şi nu şi la dozarea şi repartiţia în organe şi cum în literatura de specialitate sunt date insuficiente referitoare la repartiţia toxicului în organe, ni-s'a părut interesant şi util să facem cunoscut constatările noastre asupra unui caz recent de sinucidere cu amoniac.

Individul D. P. (I. M. L. dos. 119/1944), în etate de 49 ani, din cauza unor nereguli în serviciu, ingerează în scop de sinucidere, în dimineaţa zilei de 25 Ian., o mare cantitate de amoniac, cu toate îngrijirile date, sucombă în aceiaşi zi.

La autopsie se constată: Intestinul subţire este congestionat. Stomacul este intens congestionat, iar faţa sa internă este neagră ca păcura, conţinutul stomacal miroase intens a amoniac.

Plămânii sunt congestionaţi şi au numeroase focare hemoragice. La restul organelor nimic de semnalat.

Cercetarea şi repartiţia amoniacului s'a făcut imediat după autopsie, organele fiind proaspete.

Fiecare organ a fost împărţit în două, pentru a putea cerceta în acelaşi timp amoniacul liber cât şi cel legat. In acest scop, organele fin divizate şi amestecate cu un volum de apă, au fost supuse distilărei într'un aparat Schloesing-Aubin, pentru amoniacul liber fără niciun adaus, iar pentru amoniacul legat în prezenţa oxidului de magneziu proaspăt calcinat.

Distilatele respective au fost prinse în acid sulfuric N/10, iar prin dozarea excesului de acid cu hidroxid de sodiu N/10, se deduce amoniacul distilat, ştiut fiind că la 1 cm. SO_4 H_2 N/10 corespunde 0,0017 gr. NH_3. Rezultatele obţinute sunt consemnate în tabloul de mai jos.

No.	Organe sau humori	Cantităţi luate în lucru. Gr.	Grame NH^3 găsit în 100 gr. organe	
			liber	legat
1	Sânge	100 gr.	0 0218	
2	Creer	„	—	
3	Splină	„	0,19142	
4	Rinichi	„	0,04496	
5	Ficat	„	0,06608	
6	Intestine	„	—	
7	Plămâni	„	0,2650	
8	Cord	„	0,03646	
9	Conţinut stomacal	„	1,4730	0,64520
10	Stomac	„	0,7153	0,02856

Din cele mai sus expuse rezultă:

1. Otrăvirile cu amoniac, ca atare sau în soluţie, sunt destul de rare, ele fiind accidentale sau intenţionale (sinucideri).

2. Cercetarea, identificarea şi dozarea toxicului nu prezintă nici un inconvenient; cu condiţia ca organele să fie proaspete pentru a evita confuzia dintre amoniacul otravă şi cel născut din fenomenul de putrefacţie.

3. Repartiţia amoniacului liber în organe este în ordine descrescătoare, afară de stomac şi conţinut, următoarea: plămâni, splină, ficat, rinichi, cord şi sânge.

4. Amoniacul legat nu se găseşte decât în stomac şi conţinut.

BIBLIOGRAFIE

1. Geneuil: Hôspital de la Charité, Annexe, 1871. — Christen: Journ. de Chim. Médic., 1869, V, 308. — Thomas de Résigny: Journ. de Chim. Médic., 1869, V, 208. — Castan: Montpellier médical, 1870, Gazette hebdon., 1871. Bull. Soc. Anat., 1853, XXVIII, 363. — Robin Albert: Journ. de Therap., 1875, 194. — 2. Pellarin: Union Médicale, 1857, 90. — 3. Foussagrives: Union Médicale, 1857, 49. — 4. Chapplain: Archives du Midi, 1845, 84. — 5. Potain: Union Médicale, 1862, XII, 119. — 6. Français: An. D'Hyg. Publ. et de Méd. Legale, XLVII, 1877, 556. — 7. Scheidegger: Fühner-Wielands Samm. Vergift, 11, I, 32, 1940. — 8. Rubic: Union Médicale, 5, 22, 1857. — 9. Tardieu: l'Empoissonnement, 1857, 292. — 10. Tardieu: Gazette Médicale de santé, 1816. — 11. Tardieu: An. de Méd. Legale, 16, 374, 1911. — 12. Patterson: Edimb. Méd. Journ., 1858, III, 236. — 13. Lewin: Traité de Toxicologie, 173, 1903. — 14. Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen, 1906. — 15. Falcks: Praktische Toxicologie, 107, 1930. — 16. Souchard: Journ. de Chim. Médic., VI, 499, 1840. — 17. Carlo Magini: Gaz. Médic. Chim., 39, 43, 1931. — 18. Edenhofer: Deutsch. Zeit. Ger. Mediz., 15, 209, 1930. — 19. Caplin Max Well: Lancet, II, 95, 1941. — 20. Lehmann: Experimentelle studien äber den Einfluss technischen und hygienisch Wichtiger gaze und Dämpfe auf dem organismus. Inaug. Diss., München, 1886. — 21. Ogier-Kohn Abrest: Traité de Toxicologie, 1, 813, 1924. — 22. Fazekas Gy.: Deutsch. Zeit. Ger. Mediz., 23, 225, 1934. — 23. Gilbert et Grenet: Bul. Soc. Anat. de Paris, LXXI, 806, 1896. — 24. Trousseau: Citat din Intoxication, 16.033, 14, 1937. — 25. Fazekas: Deutsch. Zeit. Ger. Mediz., 23, 225, 1934. — 26. Fazekas: Deutsch. Zeit. Ger. Mediz., 25, 102, 1935. — 27. Fazekas-Wagner: Magy. Orv. Arch., 35, 487, 1934. — 28. Babo Josif: Pat. Anat., 66, 101, 1938.

Prof. D-r N. I. Ioanid et D-r G. D. Bors: **Empoisonnements par l'amoniaque.**

Les cas d'empoisonnement par l'ammoniaque gazeux ou en solution sont dans leur majorité accidentelles et de nature professionelle, ou medicamenteuse. Les suicides sont assez rares.

Les auteurs mentionnent les cas d'empoisonnements trouvés dans la littérature et décrivent six cas de suicide par l'ammoniaque qui'ils ont étudiés.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La recherche du toxique a été pratiquée séparément sur chaque organe pour la base libre et aussi pour l'ammoniaque combiné. Pour la base libre ils ont distillé les organes du milieux aqueux; pour la base combinée ont distillé, après avoir melangé les organes, avec MgO calcinné.

Dans le distillat l'ammoniaque est dosé volumetriquement. La recherche et le dosage du toxique se font sans inconvenient si les organes sont frais. La repartition de la base libre d'après la concentration dans les organes — sauf l'estomac et son contenu — est la suivante: poumon, râte, foie, reins, coeur et sang.

En ce qui concerne l'ammoniaque combiné il ne se trouve que dans l'estomac et son contenu à côté l'ammoniaque libre.

Prof. D-r N. I. Ioanid und D-r G. D. Bors: **Vegiftungen durch Amoniak.**

Vergiftungen mit flüssingen und gas förmigen Ammoniak, wie auch durch Ammoniaklösungen sind meistens proffesioneller Natur oder werden durch Arzneimittel verursacht. Selbstmorde sind sehr selten. Die Autoren führen die in der Literatur angegebener Fälle, an und beschrieben 6 von ihren untersuchte Selbstmorde durch Ammoniak. Die Untersuchung wurde in jeden organ gesondert sowohl führ freien wie auch gebundenen Amoniak, durch distillieren aus wässrigen Medium für den ersten und nach Behandlung mit gebrannten MgO für den zweiten ausgeführt.

Das isolieren, identifizieren und dosieren geht ohne Schwierigkeit von sich, wenn die Organe frisch sind. Die Verteilung des freien Ammoniaks in fallender Ordnung, auser Magen und Inhalt, ist: Lunge, Milz, Leber, Nieren, Herz uns Blut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gebundener Ammoniak wurde nur im Magen und Mageninhalt wiedergefunden.

L'Université Bolyai de Cluj
Travail de la clinique infantile de la Faculte de médecine de Tg.-Mureş
Directeur: Prof. D. Moritz

RECHERCHES SUR LA PATHOGÉNIE DE LA RÉACTION MÉNINGÉE TUBERCULOTOXICO-ALLERGIQUE CHEZ L'ENFANT

par
D. MORITZ

Présentation de 7 cas de réaction méningée tuberculotoxico-allergique chez des nourrissons atteints de tuberculose primaire et de dissémination précoce. Examen cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien. Autopsie et examen du cerveau. Le resultat de l'examen du liquide: la pression est élevée, le liquide est clair, la réaction de

Pandy est positive, le dosage de l'albumine et le nombre des cellules donnent une élévation modérée, la quantité du sucre est normale, il n'y a pas de bacilles de Koch. A l'autopsie on trouve dans tous les cas une lésion primaire dans les poumons et — sauf un cas — une dissémination précoce. Dans le cerveau on a trouvé dans 5 cas un tuberculome, tandis que dans 2 cas il n'y avait pas de foyer tuberculeux ni sur les pie-mères ni dans le cerveau, seulement une hyperémie et de l'oedème sur les pies-mères et dans la substance du cerveau.

Après ces examens il semble que — au moins dans une part des cas — la base anatomique de la réaction méhingée tuberculotoxico-allergique soit un tuberculome du cerveau.

Les observations de clinique et les données littéraires. **(Finkelstein, Feer, Genoese, Kostitch-Joksitch, Lautier et Peyrot, Hollmann Concetti, Tedeschi, Tylecote, Morquio, Moritz, Knopf, Hamne Bertil etc.)** montrent avec évidence que des symptômes méningés peuvent se produire — avec une réaction positive ou négative dans le liquide céphalo-rachidien — chez les enfants tuberculeux, symptômes de méningite qui dans un certain temps peuvent cesser de sorte que les petits malades peuvent guérir. La pathogénie de tels cas restait jusuq'à présent plus ou moins obscure. D'une part même l'origine tuberculeuse est plus ou moins discutée; la présence des bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien n'est jamais démontrable et puisque l'évolution de la maladie est bénigne, faute d'autopsies — excepté 1—2 cas faits ches des adultes, mais seulement quelques années après ces symptômesles opinions relatives à l'origine de ces symptômes sont basées plutôt sur des hypothèses que sur des faits réels. C'est ainsi qu'il y a des auteurs qui ne considèrent ces cas que comme une simple coincidence de la tuberculose et de la méningite causée par un virus. Non moins obscures sont les relations pathologiques entre ces symptômes méningés et la tuberculose. Il y a certains auteurs qui n'envisagent ces cas que comme de vraies méningites tuberculeuses causées par des bacilles de Koch peu virulents. **(Paisseau et Laquerrière)**, en admettant la possibilité que les bacilles de Koch peuvent produire non seulement la méningite tuberculeuse classique, mais aussi des réactions méningées ayant une tendance à la guérison définitive. D'autre part il y a des auteurs qui pensent que cette réaction méningée transitorie est plutôt d'origine toxique **(Herschmann, Hoffmann, Lyonnet, Photakis, Hamne Bertil)**; c'est ainsi que d'après **Lyonnet** la quantité de tuberculine peut augmenter dans certaines circonstances dans le liquide céphalo- rachidien et peut produire une réaction méningée.

Nous avons observé également des symptômes méningés chez 3 nourrissons tuberculeux. Dans le liquide céphalo-rachidien se trouvait dans tous les trois cas une réaction inflammatorie modérée. A l'autopsie nous avons trouvé dans les poumons une lésion primaire et une dissémination en évolution et dans le cerveau se trouvait dans 2

Digitized by Cluj University Library

cas un tuberculome, dans le troisième cas une hyperémie et oedème de la pie-mère. Ces observations nous ont semblé être intéressantes pour étudier ce problème en espérant de pouvoir apporter quelques données nouvelles pour la résolution de cette question. Nous avons pratiqué une ponction lombaire chez tous les nourrissons tuberculeux chez qui nous avons trouvé des lésions pulmonaires, mais surtout en cas de dissémination, même dans les cas où un syndrôme méningé prononce n'existait pas. En cas de mort nous avons fait l'autopsie et l'examen du cerveau. Dans ce qui suit nous ne faisons connaître que des cas qui ont donné, au point de vue de notre programme, un résultat positif.

1er cas. Nourrisson âgé de 3 mois. Raideur de la nuque légère. Tension de la fontanelle. La réaction de Mantoux est fortement positive. Examen radiologique: opacité homogène assez étendue dans le lobe supérieur du poumon droit. A l'occasion de la ponction lombaire nous avons obtenu sous une pression élevée un liquide clair; examen cytologique et chimique du liquide: réaction de Pandy positive, dosage d'albumine 85 mg 0/0, nombre des cellules 10/3, en majorité lymphocytes, dosage de sucre 59 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. Les ponctions lombaires répétées ont donné les mêmes résultats. En 5 semaines les symptômes méningés ont cessé complètement. Dans le liquide céphalo-rachidien la réaction inflammatoire a disparu. L'état général du nourrisson s' améliorait, l'appétit revenait, son poids augmentait. En 4 mois le syndrôme méningé se manifestait de nouveau,, son intensité s'augmentait et peu à évoluait le tableau clinique de la méningite tuberculeuse; le nourrisson mourut. A l'autopsie on trouvait dans les poumons une lésion primaire et une dissémination en évolution, tandisque dans le cerveau, à côté d'une méningite tuberculeuse, un tuberculome en conglomérat dans le pont qui semble être d'origine plus vieille que l'exsudat caséeux récent. L'examen histologique a démontér que le tuberculome a un centre caséeux autour duquel se trouve un tissu tuberculoïde.

CC-0. Jangamwadi Math Collection. Digitized by eGangotri

2e cas. Nourrisson âgé de 6 mois. Il n'y a pas de symptômes méningés Pas de tension de la fontanellee. La réaction de Mantoux est positive. Examen radiologique: opacité intense dans le lobe droit supérieur du poumon et une dissémination discrète du lobe inférieur droit et du lobe supérieur gauche. Ponction lombaire: haute pression, liquide clair, réaction de Pandy positive, dosage d'albumine 80 mg 0/0, nombre des cellules 9/3, dosage du sucre 48 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. A l'occasion des ponctions répétées nous avons obtenu le même résultat. A l'autopsie on trouvait une lésion primaire et une dissémination discrète dans les poumons et un tuberculome solitaire dans le cerveau. Il n'y a pas de signes de méningite tuberculeuse.

3e cas. Nourrisson âgé de 6 1/2 mois. Symptômes méningés discrets. La réaction de Mantoux est positive. Examen radiologique: opacité homogène dans le lobe supérieur du poumon gauche. Ponction lombaire: haute tension,

liquide claire, réaction de Pandy positive, dosage d'albumine 50 mg 0/0, nombre des cellules 10/3, dosage de sucre 63 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. La mort subite survient au milieu de convulsions. A l'autopsie on trouve une lésion primaire dans les poumons, péritonite tuberculeuse, hypérémie et oedème des pie-mères, hydrocéphalie.

4e cas. Nourrisson âgé de 7 mois. Symptômes méningés discrets. La réaction de Mantoux est positive. Examen radiologique: petits nodules opaques dans le lobe supérieur du poumon gauche. Par la ponction lombaire s'écoule un liquide clair avec une haute pression. Examen cytologique et chimique du liquide: réaction de Pandy positive, dosage d'albumine 48 mg 0/0, nombre des cellules 12/3, dosage du sucre 54 mg 0/0, dosage du chlorure de sodium 690 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. Les ponctions répétées donnent les mêmes résultats. A l'autopsie on trouve une lésion primaire dans le poumon droit et une dissémination dans le poumon gauche. Dans le pont se trouve un tuberculome solitaire.

5e cas. Nourrisson âgé de 7½ mois. Il n'y a pas de syndrôme méningée. La réaction de Mantoux est positive. Examen radiologique: opacité intense et étendue dans le poumon droit, tâches inégales de forme irrégulière dans le lobe supérieur du poumon gauche. Par la ponction lombaire s'écoule un liquide clair sous une pression médiocre. Examen du liquide: réaction de Pandy positive, dosage de l'albumine 65 mg 0/0, nombre des cellules 11/3, dosage du sucre 54 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. Les ponctions répétées donnent les même résultats. A l'autopsie on trouve une lésion primaire et une dissémination en évolution dans les poumons et un tuberculome solitaire dans le pont.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6e cas. Nourrisson âgé de 5 mois. La réaction de Pirquet est positive. Examen radiologique: opacité homogène dans le lobe supérieur du poumon droit, dissémination discrète dans tous les côtés. Ponction lombaire: haute pression, liquide clair. Examen du liquide: réaction de Pandy positive, dosage de l'albumine 48 mg 0/0, nombre des cellules 15/3, dosage du sucre 65 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. Les ponctions répétées donnent les mêmes résultats. A l'autopsie on trouve une lésion primaire dans le poumon droit et une dissémination dans tous les côtés. Dans le cerveau se trouvent plusieurs tuberculomes.

7e cas. Nourrisson âgé de 6 mois. La réaction de Pirquet est positive. Examen radiologique: opacité homogène dans le lobe supérieur du poumon gauche, petits nodules opaques dans tous les côtés. Ponction lombaire: réaction de Pandy positive, dosage de l'albumine 40 mg 0/0, nombre des cellules 12/3 dosage du sucre 58 mg 0/0, pas de bacilles de Koch. Les ponctions répétées donnent les mêmes résultats. A l'autopsie on trouve une lésion primaire dans le poumon gauche, une dissémination dans les deux poumons, une hyperémie et oedème de la pie-mère et du cerveau.

No.	Age mois	Pression du liquide	Réaction de Pandy	Dosage d'albumine mg0/00	Nombre des cellules	Dosage du sucre mg0/00	Lésions anatomiques	
							Poumons	Cerveau
1	3	élevée	positive	85	10/3	59	lésion primaire, dissémination	tubercul.
2	6	"	"	80	9/3	48	"	"
3	6½	"	"	50	1[illegible]/3	63	lésion primaire	hyperémie, oedème
4	7	"	"	48	12/3	54	lésion primaire dissémination	tubercul.
5	7½	"	"	68	11/3	54	"	"
6	5	"	"	48	15/3	65	"	"
7	6	"	"	40	12/3	58	"	hyperémie oedème

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comme le tableau le montre, nous avons trouvé des réactions dans le liquide céphalo-rachidien qui correspondent à ce qui se trouve dans une méningite séreuse: la pression est élevée, le liquide est clair, la réaction de Pandy est positive, le dosage de l'albumine et le nombre des cellules donnent une élévation modérée, la quantité du sucre est normale, il n'y a pas de bacilles de Koch. A l'autopsie nous avons trouvé dans tous les cas une lésion primaire dans les poumons et — sauf un cas — même une dissémination discrète. Dans le cerveau on a trouvé dans 5 cas un tuberculome, tandisque dans 2 cas nous n'avons pas trouvé de foyer tuberculeux ni sur les pies-mères ni dans le cerveau, seulement une hyperémie et de l'oedème et hydrocéphalie s'observaient sur les pies-mères et dans la substance du cerveau. Nous n'avons observé un exsudat caséeux qu'une seule fois, mais à l'autopsie on pouvait constater que cet exsudat était plus récent que le tuberculome; ce fait était d'ailleurs en accord avec les symptômes cliniques et avec l'évolution de la maladie.

La relation étiologique entre la réaction méningée tuberculotoxico-allergique et la tuberculose dans nos cas est évidente, une simple coïncidence peut être exclu.

Il est connu, que des symptômes allergiques peuvent se produire sur la peau, comme sur les membranes séreuses sur la base de l'allergie tuberculinique; c'est ainsi que nous pouvons observer l'érythème noueux, l'exanthème tuberculotoxique, la kérato-conjonctive phlyctainulaire, la pleurésie séreuse, les symptômes arthritiques dans

la période primaire et secondaire précoce de la tuberculose. Nos observations et nos examens ont montré qu'une réaction allergique, réaction méningée peut se produire même sur les pies-mères. Nous avons observé plusieurs fois une réaction méningée légère chez les enfants atteints d'érythème noueux et en pratiquant la ponction lombaire nous avons retiré le liquide céphalo-rachidien sous une pression élevée. D'autre part nous avons observé dans 3 cas même un état général mauvais, de la fièvre et des symptômes méningés, comme vomissement, constipation et raideur de la nuque après avoir partiqué la réaction de Gröer. A l'occasion de la ponction lombaire le liquide céphalo-rachidien s'écoulait sous une haute pression. Les symptômes méningés dans quelques jours cessaient. **Lyonnet** a démontré a démontré que dans le cas de méningite tuberculotoxique, le liquide céphalo-rachidien donne la réaction de Merrieux (fièvre chez les cobayes infectés par la tuberculose). **Armand-Delille** a observé une réaction toxique après l'injection de tuberculine intracérébrale chez les animaux sensibilisés, tandis que le même réaction ne se présentait pas chez les animaux de contrôle. La même réaction peut se produire aussi dans la tuberculose, quand l'influence des bacilles de Koch n'est pas directe, mais indirecte sur la pie-mère, c'est a dire l'altération de la réaction des tissus, l'allergie a un rôle dans l'évolution du processus inflammatoire.

Il nous semble après nos examens que — au moins dans une part des cas — la base anatomique de la méningite tuberculotoxique soit un tuberculome du cerveau. Son évolution est très semblable à celle d'une pleurésie séreuse. Un certain temps après l'évolution de l'allergie tuberculinique, la pie-mère, comme d'ailleurs les autres tissus de l'organisme, devient hypersensible aux toxines des bacilles de Koch. Alors un foyer situé sous la pie-mère, un tuberculome peut provoquer l'irritation de la pie-mère et par conséquent l'augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien et la production d'une réaction inflammatoire. Nos cas montrent également que le tuberculome se produit le plus souvent à l'occasion de la dissémination précoce, c'est à dire dans une période où la lésion primaire et le complex primaire sont encore en évolution. Ce fait que la réaction méningée tuberculotoxico-allergique se produit plus souvent dans le premier âge que plus tard, peut être expliqué par la disposition liée à l'age, car il est connu qu une réaction encéphalo-méningée est produite très facilement par toutes les infections dans le premier âge.

Au point de vue du diagnostic différentiel entre la méningite tuberculotoxico-allergique et la méningite tuberculeuse, le plus important est la recherche des bacilles de Koch et le dosage du sucre dans le liquide céphalo-rachidien. La quantité du sucre est toujours diminuée, au moins dans une période tardive de la méningite tuberculeuse, tandis que nous n'avons jamais observé sa diminution dans la méningite tuberculotoxico-allergique. D'ailleurs l'augmentation prononcée de l'albumine et des cellules manque également dans la méningite tuberculotoxico-allergique.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Litérature: Armand-Delille: Méningite tuberculeuse. Thèse Paris. 1903. Concetti: cité après Genoese. Feer: Diagnostik der Kinderkrankheiten. 4 Aufl. R1931. Finkelstein: Klin. Wschr. 1914. Gautier et Peyrot: Rev. méd. Suisse rom. 1931. Genoese: Pediatria 1931. Hamne: Acta paed. scand. 4942. Herschmann: Arch. Psych. 1921. Hollmann: Z. klin. Med. 1936. Hoffmann; Z. Tbk. 1930. Kostitch-JoksitchMed. Pregl 1931. Knopf: Mschr. Kinderhk. 1938. Lyonnet: Rev. Méd. 1911. Moritz: Mschr. Kinderhk. 1936 und 1940. Morquio: cité après Genoese. Paisseau et Laquerrière: Bull. Soc. méd. Hôp. Paris 1934. Photakis: Z. Tbk. 1937. Tedeschi: cité après Genoese. Tylecote; cité après Genoese.

ELIMINAREA SULFULUI ADMINISTRAT PRIN PIELE

de

D-r MARIA PUŞCARIU
Asistentă Lab. Chimie generală Medicală şi Chimie Biologică
dela Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Autorul studiază eliminarea sulfului administrat prin piele în urina soldaţilor răniţi şi afectaţi de scabie (30 cazuri) trataţi cu unguent sulfuros.

Analizele se fac înainte de tratament în prima, a doua şi a treia zi de tratament; se cercetează sulful total şi sulful neutru cu metoda Friederich şi Bauer.

Se observă o creştere a eliminării atât a sulfului total cât şi a sulfului neutru cu maximum de eliminare în a treia zi de tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Absorbţia medicamentelor prin piele se face pe cale epidermică şi endermică. Pielea prin stratul de grăsime dela suprafaţa ei nu permite absorbţia medicamentelor decât după o modificare a suprafeţei cutanate. Fie prin fricţiuni energice care detaşează lamelele epidermice sau maceraţia epidermei prin băi, sau prin dizolvarea grăsimii dela suprafaţă prin săpun, eter, alcool. Pătrunderea medicamentelor prin piele e favorizată prin administrarea medicamentelor asociate cu substanţe volatile ca: alcool, camfor, cloroform. Se crede că absorbţia medicamentelor se face şi pe căile respiratorii.

O substanţă mult întrebuinţată în boli de piele este sulful sub formă de sulfuri. Sulfurile alcaline irită ţesuturile, ele sunt paraziticide şi bactericide, polisulfurile au acţiune hyperemică producând uneori şi erupţiuni cutanate. Raporturile între funcţiunile pielei şi metabolismul sulfului sunt puţin cunoscute, sulful însă introdus prin piele se elimină prin urină.

După cum ştim, sulful provine din alimente şi din dezagregarea ţesuturilor; sulfaţii sunt reduşi în intestin de flora şi dau hidrogen sulfurat care e un stimulent al peristaltismului (efect osmotico chi-

mic). Sulful combinat în stare organică sufere oxidaţiuni care dau loc în organism la producere de sulfaţi. In urină se găseşte o proporţie de aceste săruri care e în raport cu cantitatea de sulf introdus cu alimentele, aproape tot sub formă de sulf proteic.

După Friederic şi Bauer sulful total al urinei se împarte în trei grupe: sulfaţii acidului sulfuric, esterii sulfurici şi sulful neutru care cuprinde celelalte combinaţiuni sulfurice ale urinei şi rezultă din sulful total după scăderea celorlalte două. Sulful neutru constă din sulf exogen şi endogen el provine mai mult din albumine organice decât din albuminele din hrană (Weiss). Se observă mărirea sulfului neutru în distrugerile mari de albumine ca în cancer. El reprezintă a 6-a parte din sulful total din urină şi se compune din sulf organic fixat (acizi oxiproteici) şi numai o mică parte în sulf anorganic ca thiosulfat şi sulfocyanat. Natura chimică a sulfului neutru nu e cunoscută, Sulful neutru este de 3,9 mgr. la 7,1 mgr. %, sulful total între 56 mgr. la 80 mgr. %, procentul de sulf neutru din sulful total este între 7—8%. La bărbat şi în urinele de după amiază valorile sunt mărite.

După Boncek sulful total urinar nu se elimină proporţional cu sulfaţii ingeraţi ci sulful înainte de a ajunge la un nivel constant în urină trece printr'o fază de oscilaţii şi cu tot regimul stabilit, eliminările arată măriri până dispar oscilaţiile şi se stabileşte un nivel constant.

Dintre autorii care au studiat eliminările sulfului prin urină H. Barral (1931) publică rezultatele cercetărilor sale pe bolnave cu dermatoze exfoliatrice. El dozează sulful sub formă de sulfaţi, sulf oxidat, sulf total, sulf neutru, sulf conjugat şi stabileşte raportul SO/ST. In urina normală el găseşte sulful de 2,5 la 3,5 ‰ exprimat în bioxid de sulf. Raportul SO/ST=0,85 la 0,90. Sulful conjugat la sulful total de 0,05 la 0,08.

Digital Collection "Babeş-Bolyai" University Library Cluj

Gosset a studiat variaţiile sulfului urinar pe operate de fibrom, apendicite, ulcer de stomac; el găseşte o mărire a eliminării între a 4-a şi a 9-a zi după intervenţie. Sulful urinar mărit după intervenţie revine la normal în câteva zile.

Gosset şi M-me Delaunay studiază variaţiile minime de sulf urinar pe câini cu regim constant de câteva săptămâni, procentul de eliminare este mărit dela 0,50 la 0,70. Tot ei au studiat creşterea sulfului urinar în traumatisme mari pe animale (secţionarea şi strivirea muşchiului fesier şi n'au găsit nici o modificare a sulfului la animale anesteziate cu eter şi la animale cărora li s'a provocat hyperthermie şi nici la acelea cărora li s'au făcut traumatisme mici.

Friederich şi Bauer au găsit sulful neutru mărit la bolnavi febrili cu amigdalite, pneumonii, apendicită, de asemeni mărit la bolnavii de diabet, la bolnavii de ficat şi la cei afectaţi de cancer.

Autorul interpretează astfel mărirea sulfului neutru: s'ar da-

tori unei oxidări incomplecte ale albuminei sau distrugerii mari de protoplasmă prin toxine bacteriene sau tumori.

Sulful urinar sub diferitele lui forme se dozează precipitându-l sub formă de sulfaţi. S'au folosit multe metode pentru dozarea sulfaţilor în urină. Pentru cercetările noastre am întrebuinţat metoda lui Friederich şi Bauer. Ea constă în aceea că se titrează acidul sulfuric ca sulfat de benzidină: din toate metodele ea ar da rezultatele cele mai bune (M. Talenti). Cu micile modificări pe care i le aduc autorii, ei o recomandă. Metoda constă din incinerare (după Denis şi Benedict), precipitare, filtrare şi titrare.

(După Friederich şi E. Bauer dela Institutul de Chimie Medicală dela Universitatea din Viena: Despre determinarea sulfului total şi sulfului neutru în urină. Hope Seiler's Zeitschrift für physiologische Chemie 1934, Friederich und Bauer).

Determinarea sulfului total: 1 cc. urină evaporată în soluţie alcalină într'o capsulă de porţelan pe baie marină, rezidiul se răceşte şi i-se adaogă câţiva cc. de amestec de brom cu acid azotic (1 cc. brom la 10 cc. de acid azotic) se evaporează la sec pe baie marină sub nişă, apoi capsula răcită se pune direct pe flacără la început pe o flacără mai mică, apoi mai puternică până la formarea unui smalţ. Peste acest smalţ răcit se pune 5—6 cc. sol. de acid acetic 10%, se evaporează la sec, se adaogă apă şi iar se evaporează la sec, se răceşte şi se precipită cu câţiva cc. de reactiv benzidenic, se filtrează pe un filtru cu placă de sticlă pe care se aşează un strat de vată de celuloză (se rade cu o lamă pe hârtie de filtru) peste care se aşează o perinuţă de vată hydrofilă. După filtrare la trompă se spală precipitatul cu sulfat de benzidină şi se trage la trompă, se adaogă apoi peste precipitat sol. alcoolică de nitrat de argint, se trage la trompă, se spală apoi precipitatul cu de 2 sau 3 ori cu sulfat de benzidină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Titrarea se face într'un Erlenmeyer în care s'a suflat vata cu precipitatul nostru. In Erlenmeyer s'a pus cam 20 cc. de apă distilată în care s'a adăogat un cristal de iodură de potasiu şi câteva picături de indicator roşu de metil, se fierbe, se picură sol. de hidroxid de sodiu N/50 până la galben. După introducerea vatei în Erlenmeyer (neutralizarea s'a făcut înainte de introducerea vatei cu precipitatul nostru) se titrează cu NaOH N/50 până la galben, apoi cu sol. de SO_4H_2 N/50 până la roş. Diferenţa între numărul de cc. de NaOH N/50 şi sol. de SO_4H_2 N/50 se înmulţeşte cu 0,3206 şi se capătă sulful total în mgr. la 1 cc. urină.

Determinarea Sulfului neutru.

10 cc. de urină se fierb într'un balon cotat de 50 cc. cu HCl. conc. pentru desfacerea sulfaţilor şi esterilor ac. sulfuric: apoi se amestecă la cald cu o cantitate măsurată de clorură de bariu: soluţia răcită se alcalinizează cu NH_3 şi cu o cantitate cunoscută de carbonat de amoniu, se precipită excesul de bariu, restul aproxi-

mativ jumătate se complectează cu alcool, amestecul se filtrează: 25 cc. de filtrat corespunde la 5 cc. urină. Aceasta se evaporă într'o capsulă de porţelan cu acid nitric brom şi se tratează mai departe ca la determinarea sulfului total cu mici modificări.

Rezultatele autorilor sunt:

Sulf total	Sulf neutru
91,52 mgr. %	11,45 mgr. %
98 „	10,47 „
77 „	10,40 „
72,47 „	8,65 „

Metoda întrebuinţată de noi pentru dozările de sulf în urină a fost metoda benzidinică a lui Friederich şi Bauer, am aplicat-o la urina soldaţilor internaţi în spitalul Z. 1. No. pentru intervenţii chirurgicale, dar care au prezentat şi scabies.

S'au făcut dozări în alb pentru verificarea metodei, s'au făcut dozări în urină normală la femei şi bărbaţi. S'a dozat sulful total şi sulful neutru în urină recoltată dimineaţa înainte, în prima, în a doua şi a treia zi după tratamentul scabiei cu unguent sulfuros.

Din tabloul alăturat în care sunt trecute cazurile şi rezultatele dozărilor, concluziile ar fi următoarele:

Sulful total şi sulful neutru este mărit în urina celor afectaţi de scabie şi trataţi cu unguent sulfuros. Creşterile se văd în ziua întâi şi a doua şi ajung la maximum în ziua treia de tratament. Soldaţii nu au putut fi puşi la regim alimentar fix.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Urină normală la bărbaţi:

Nr. caz	Sulf total	Sulf neutru
1	54,89 mgr. %	11,3 mgr. %
2	64,12 „	8,29 „
3	70,53 „	10,20 „
4	77,56 „	8,20 „
5	83,87 „	12,8 „
6	80,00 „	10,30 „
7	86,35 „	11,03 „
3	70,53 „	12,53 „
9	32,06 „	10,15 „
10	59,01 „	10,7 „
11	73,12 „	14. „
12	64,12 „	11,84 „
13	75,34 „	10,3 „
14	73,02 „	11,90 „
Media	68,73 „	10,87 „

Dozări în urina bărbaţilor trataţi cu unguent sulfuros, înainte, în prima zi, a doua zi şi a treia zi după tratament:

SULF TOTAL

Nr. caz	Inainte tratam.	1 zi tratam.	a 2-a zi tratam.	a 3-a zi tratam.
1	64,12 mgr. %	79,88 mgr. %	88,01 mgr. %	88,89 mgr. %
2	64,12 „	64,17 „	91,37 „	89,24 „
3	68,92 „	77,56 „	88,01 „	88,91 „
4	67,02 „	77,01 „	70,87 „	102,50 „
5	70,53 „	88.29 „	91,37 „	99,28 „
6	76,14 „	79,03 „	74,10 „	78,07 „
7	67,13 „	99,33 „	91,37 „	99,38 „
8	67,32 „	96,18 „	99,38 „	91,02 „
9	49,67 „	96,08 „	91,37 „	96,92 „
10	64,12 „	73,92 „	83,13 „	88,21 „
11	67,32 „	73,73 „	91,32 „	88,01 „
12	73,73 „	80,15 „	80,15 „	91,37 „
13	64,12 „	64,12 „	75,34 „	102,18 „
14	67,49 „	80,01 „	91,36 „	99,38 „
15	73,73 „	84,90 „	63,47 „	64,12 „
16	59,51 „	64,12 „	63,62 „	64,12 „
17	67,32 „	80,05 „	80,17 „	81,17 „
18	64,12 „	64,12 „	91,37 „	91,01 „
19	67.32 „	62,50 „	81,17 „	91,03 „
20	59,51 „	62 50 „	91,32 „	96,18 „
Media	66,16 „	78,38 „	83,91 „	89,55 „

Dozări în urina la bărbaţi cu scabies trataţi cu unguent sulfuros înainte, prima zi, a doua zi şi a treia zi după tratament:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SULF NEUTRU

Nr. caz.	Inainte tratam.	1 zi tratam.	a 2-a zi tratam.	a 3-a zi tratam.
1	8,67 mgr. %	11,3 mgr. %	13,7 mgr. %	14,01 mgr. %
2	8,97 „	11,8 „	16,6 „	15,03 „
3	10,5 „	10,8 „	12,82 „	13,7 „
4	9,13 „	10,7 „	9,33 „	18,77 „
5	7,36 „	10,12 „	11,3 „	13,0 „
6	16,32 „	10,12 „	10,12 „	9.62 „
7	11,3 „	14,74 „	14,0 „	14,79 „
8	12,17 „	18,77 „	18,70 „	14,80 „
9	9,93 „	14,3 „	19,03 „	12,83 „
10	10,8 „	10,8 „	11,7 „	14,03 „
11	13,46 „	13,46 „	13,46 „	11,46 „
12	11,46 „	12,82 „	13,46 „	17,31 „
13	8,43 „	9,61 „	12,82 „	12,50 „
14	12,82 „	14,74 „	12,82 „	16,03 „
15	12,65 „	11,86 „	11,41 „	12,82 „
16	10,77 „	11,44 „	11,82 „	12,82 „
17	11,85 „	12,83 „	13,46 „	14,05 „
18	10,8 „	11,0 „	18,27 „	14,03 „
19	9,29 „	12,50 „	12,53 „	14,03 „
20	10,77 „	11,86 „	11,86 „	14,74 „
Media	11,36 „	12,26 „	13,31 „	14,02 „

BIBLIOGRAFIE

1. Bohuslav Boncek şi Alex. Kucera: Rezorbţia şi eliminarea sulfaţilor. Comptes Rendus de la Société de Biologie, 1938. — 2. Gosset et Delaunay: Variations expérimentales de l'élimination soufrée chez le chien. Comptes Rendus de la Société de Biologie, 1936. — 3. Barral et Jean Rousseau: Les variations post opératoire de soufre urinaire. Comptes Rendus de la Société de Biologie, 1935. — 4. Barral et Rousset: Variations du soufre ordinaire au cours des dermatoses desquamatives généralisées. Comptes Rendus de la Société de Biologie, 1931. — 5. Al. Friederich u. E. Bauer: Uber die Neutralschwefel Gehalt in normalen und patologischen Harnen. Hope Seiler's Zeitschrift für Physiologische Chemie, 1936. — 6. Despre determinarea cantitativă a sulfului total şi a sulfului neutru în urină. Hope Seiler's Zeitschrift für Physiologische Chemie Band 228, Heft 1 şi 11 din 1934. — 7. Pierre Thomas: Traité de Biochimie, 1936 par Pierre TThomas.

Verfasser hat die Harnanscheidung dem perkutan gegebener Schwefel bei 30 verwundeten Soldaten die auch von Skabies (Krätze) gekrankt wurden, versucht. Man benutzt die von Friederich und Bauer bearbeitete methode für die Bestimmung des totalen und neutralen Harnschwefel. Die Bestimmungen sind bevor, in die erste, zweite und dritte Tage der Behandlung durchgeführt. Perfasser berichtet über eine allmähliche Vermehrung der Ausscheidung des totalen und neutralen Harnschwefels mit einem Maximum in die dritte Tage der Behandlung.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'autore studia l'eliminazione dello zolfo nell'orina dei soldati feriti affetti da scabbia, (trenta casi), trattati con unguento solforoso somministrato per via cutanea.

Le analisi si fanno prima della cura e nel primo, nel secondo e nel terzo giorno di cura, Si ricerca lo zolfo totale e lo zolfo neutro col metodo **Friederich e Bauer.**

Si osserva una crescita nella eliminazione, tanto dello zolfo totale, quanto dello zolfo neutro con il massimo di eliminazione nel terzo giorno di cura.

L'auteur étudie l'élimination du soufre administré par voie cutanée aux blessés de guerre afectés aussi de la gâle (30 cas) et traités avec d'onguent soufré.

On fait les analyses de l'urine avant le traitement et pendant le I-er II-ème et III-ème jour au traitement avec la méthode de Friederich et Bauer dosant le soufre integral et le soufre neutre.

On observé que le soufre integral et neutre présente une augmentation pendant le traitement avec le maximum le troisième jour.

PALUDISME ET METABOLISME PROTIDIQUE [1])

par

I. RADVAN

Le métabolisme des protéines ne reste pas indifférent pendant l'évolution de paludisme. De différents côtés, les recherches en sont multiples. Elles mettent en évidence un déséquilibre, étudié à plusieurs points de vue.

V. Ascoli a trouvé une augmentation de **l'élimination uréique** pendent les paroxysmes febriles. Les troubles étaient très évidents dans pendant les paroxysmes febriles. Les troubles étaient très évidents dans trouvé la présence de **l'hyperazoturie**, mise en rapport avec l'hyperthermie. Labbé et Carnot ont également confirmé la fréquence d'un déséquilibre dans le métabolisme protidique chez les paludéens. De tels troubles ont aussi été constatés par d'autres auteurs et expliqués par rapport à l'insuffisance hépatique. Ainsi Slătineanu et Sibi ont observé un **dérèglement du coefficient ammoniacal.** Legea et Monte Leone ont décrit une **ammoniurie augmentée.** Une **hyperazotémie** a été fréquemment observée par Benhamou et Lévi-Valensy et par nous même, en dehors d'une atteinte rénale, chloropénie ou hémoragies internes, hyperazotémie attribuée à la réticulo-endothéliose et peut-être à l'insuffisance surrénale concomittente. L'épreuve du glycocolle a donné des reponses pathologiques entre les mains de de Lucia et Torelli tandis que les résultats obtenus par Cannavò et Bonarrigo après l'épreuve de la gélatine de Mancke et Rohr, étaient positives dans le sens d'une hyperélimination de l'azote aminique, seulement dans les cas hyperchroniques avec cachexie, hépato-splénomégalie et anémie. Chez de tels malades les auteurs ont constaté même une hyperaminoacidurie spontanée. Le traitement adrénalinique réalise, d'après ces auteurs, une amélioration constante du métabolisme protidique, en réduisant, aux valeurs normales, l'aminoacidurie provoquée Zito, en fin, trouve positive l'épreuve de **l'hyperaminoacidémie provoqués** d'après Bufano dans 83 p. 100 des cas. On sait que, d'après Labbé et Bith, l'aminoacidémie s'élève dans les cas d'insuffisance hépatique. De même avis sont Schrumpt (Oslo) qui a expérimenté l'épreuve de Mancke, et Michel (de Louvain) qui constate après l'injection intraveineuse de glycocollo une courbe d'élimination retardée des acides aminés lorsque le foie est déficient.

L'augmentation de **l'azote résiduel**, c'est-à-dire la différence entre l'azote total et l'azote de l'urée, a été constatée par Ruge, Manca, Zaun. Normalement, cet azote résiduel est à 0,18%, par la microméthode de Kjedahl (Nonnenbruch). Il semble que l'organisme se défend

---

1) Cet article est détaché d'un travail inédit concernant les troubles métaboliques et hématologiques dans le paludisme.

2) Nos recherches actuelles poursuivies dans la 5-e clinique médicale de Bucarest (Prof. S. Iagnov) confirment ce mode de voir.

3) Voir à ce propos: *I. Radvan.* Fonction du foie dans le paludisme Acta medica romana 1944, No, 5—7, 371. La bilirubinémie paludéenne, problème de physiopathologie et de thérapeutique — Académie de Médecine de Roumanie séance du 24 mai, 1947.

BY O Cluj Central University Library Cluj

contre l'intoxication palustre par une réaction d'hyperactivité d'où résulte une augmentation de l'azote résiduel. Il est cependant vraisemblable que la fièvre décompose les albumines de l'organisme d'où en résulterait aussi une augmentation de l'azote résiduel. Celui-ci pourrait avoir même une valeur pronostique puisque sa persistance après le traitement constituerait un élément de mauvais augure dans le complexe évolutif du paludisme. D'après Fiessinger et Herbain, l'augmentation de l'azote résiduel acompagne l'insuffisance hépatique.

Tout récemment, Scoglie constate à l'aide de la réaction de Proske et Watson une **hyperthyrosinémie** dans le paludisme. Trovato met en évidence une **hyperpolypeptidémie** à jeun chez les malades fébriles et une polypeptidémie normale dans les formes chroniques à évolution apyrétique. D'ailleurs on sait d'après Fiessinger et Bénard que la rate exercerait une fonction de libération des polypeptides et qu'en clinique l'élévation des polypeptides au cours des affections hépatiques ou rénales est un signe constant.

En ce qui nous concerne, nous avons maintes fois constaté dans le paludisme une diminution des albumines du sang et l'augentation des globulines en sorte que le quotient albumineux, sérines-globulines, est au-dessous de 1,20. Ce déséquilibre serait aussi en rapport avec l'augmentation des euglobulines (Trentz) dont la fabrication est due à une hyperactivité des cellules réticulo-endothéliales.

Il est vraisemblable que c'est, peut-être, par le jeu du déséquilibre protidique sanguin qu'on peut expliquer le mécanisme de l'apparition d'un **oedème chez certains paludéens.** Laissant de côté les états oedémateux, survenus dans les cas trop avancés et qui envahissent progressivement les téguments et les séreusse donnant le tableau de la cachexie hydroemique paludéenne, on peut parfois observer l'apparition des oedèmes même dans les formes de paludisme récent. Les oedèmes oet tous les caractères d'un oedème renal: ils sont importants, blancs et depressibles, plus ou moins généralisés, évoluant avec une fonction rénale et cardio-vasculaire normale et très sensibles au traitement spécifique. Dernièrement, ou cours d'une éipdémie, nous avons observé observé trois cas. Les oedèmes ont apparu après 1 à 2 semaines de l'évolution d'une tierce benigne primitive, acompagnés, une seule fois, d'une azotémie extra-rénale de 0,60 ‰ gr. (symptômes urinaires absents). Les modifications des albumines du sang, examinées avec Apreotesei dans deux cas, étaient évidentes: sérines diminuées à 37,6 et 38,8 ‰ gr. globulines, augmentées à 41,5 et 42,6 ‰ gr., le quotient albumineux étant diminué à 0,90 et 0,91. Les oedèmes ont disparu en même temps que les accès paludéens après un traitement à base de quinino-plasmoquine au cours de 5 à 7 jours.

Pendant l'accès palustre, la modification de l'équilibre protidique du serum et est plus caractéristique et évolue selon Thyodet et Ribière comme dans l'anaphylaxie et les états anaphylactoïdes. Au cours de la période correspondant à la sensibilisation, le taux du rapport sérines-globulines monte pour atteindre des valeurs dépassant notablement la valeur normale puis à l'approche de l'accès, ce même rapport baisse et atteint sa valeur la plus basse au moment où la température est

la plus haute. Les auteur citent aussi d'observations de crises d'urticaire accompagnant l'accès paludéen, coïncidant avec une baisse du rapport protidique. On sait que l'équilibre humoral du rapport sérines-globulines se place au centre du métabolisme protidique et qu'un trouble de cet équilibre revèlerait une atteinte du parenchyme hépatique, qui d'après nos recherches, ne se manifeste pas constamment par une épreuve positivé au galactose ou à la quinine.

Enfin, la **réaction de Takata-Ara-Jetzler** en est positive d'après Zito en 21,5% et même plus selon nous parce que dans les formes aiguës du paludisme, la réaction de Takata et se variante, la réaction de Gros apparaissent régulièrement positives en dehors même d'une épreuve positive au galactose on à la quinine [2]). En même temps, nous avons recherché, avec Apreotesei, **l'albuminocholie** chez les paludéens soit avec la méthode gravimétrique soit à l'aide de la réaction d'Aufrecht. L'albuminocholie était constamment positive, la bile C contenant des chiffres situés entre 1—2,36‰ gr. d'albumine. Il s'agissait des paludéens examinés en période apyrétique et dans un stade chronique avec splénomégalie et anémie consécutive où l'insuffisance du fois était indéniable. D'où vient cetie albuminocholie? On sait qu'à l'état normal, le liquide duodénal et biliaire obtenu avant et après l'épreuve de Meltzer-Lyon ne contient pas d'albumine coagulable, en y constatant seulement une grande quantité de mucine et une quantité à peine perceptible de nucléo-albumine. La présence de l'albuminocholie constitue d'après quelques auteurs un argument pour une lésion parenchymateuse du foie (Raue, Simici et Theodoru, Tudoranu et Popa). On a émis, en effet, l'hypothèse d'une altération spéciale de la cellule noble du foie (inflamation sèreuse d'Epinger), altération qui conduit aux troubles dans la perméabilité de l'épithéliam avec la désintégration de la cytoplasme épithéliale. Mais il paraît fort vraisemblable qu'il existe aussi une modification d'une part et une transminéralisation d'autre part, pour que la molécule d'albumine puisse traverser la membrane cellulaire vers son pôle biliaire.

CC-0. Jahia Jain Library. Panjab Univ. Chd. http://eGangotri

Il est donc évident que le métabolisme des protides qui dépend en première ligne de la fonction uréogénique du fois se trouve en déséquilibre chez les paludéens. D'une part, une déficience d'assimilation et d'autre part une déperdition de protides qui étant donné la durée de la maladie (récidives multiples), ce déséquilibre ne reste pas sans danger pour l'organisme impaludé. Une conséquence pratique s'impose au point de vue de la thérapeutique: les malades ont besoin d'un régime riche en protéines facilement digérables tout comme on le prescrit dans certaines nephrites et nephroses.

Dans cet ordre d'idées, nous pouvons recommander des substances à base protéique, administrées en soupes (nutrose, plasmon, suc de viande). Tout récennent on a introduit dans la thérapie des affections hépatiques la méthionine, qui n'est qu'un produit de désintegration protidique et dont le rôle de proteger la cellule hépatique contre les aggressions toxiques ou infectiieuses a été démontré par un auteur américain, M. Radvin.

Il est évident que les modifications des albumines du sang,

réaction de Takata et la positivité des épreuves expérimentales, ci-dessus mentionnées, ont comme le paludisme lui-même un caractère récidivant. Elles subissent l'influence de différents facteurs parmi les quels nous citons la fièvre, le type du plasmodium et l'action de divers médicaments spécifiques. D'autres signes comme la bilirubinémie, l'anémie, la mélano-floculation de Henry peuvent persister en dehors même du dérèglement protidique. En tout cas, il semble que les troubles protidiques disparaissent assez rapidement par la thérapeutique antipaludéenne, ce qui n'en est pas de même du retour normal de l'assimilation hydrocarbonnée, lorsque cette dernière elle même en est aussi troublée [3]).

Institutul de Anatomie Umană-Cluj
Director: Prof. D-r Victor Papilian

REFLEXUL CARDIO-PERIFERIC

de

D-r I. G. RUSSU şi **D-r V. V. PAPILIAN**
Conferenţiar Asistent

Multiplele cercetări executate în Institutul de Anatomie şi Embriologie din Cluj, publicate în ordinea executării lor asupra nervilor periferici: genito-crural, accesor brachial cutanat intern, brachial cutanat intern, frenic, intercostali, femuro-cutanat, ramurile posterioare ale nervilor cervicali (I-VIII), trigemen, asupra vagului şi simpaticului; precum şi scrutarea datelor de experienţă rezultate din acţiunea sistemului organo-vegetativ, ne-au format convingerea că: a) sincopa adrenalino-cloroformică este datorită unui mecanism (desechilibru) nervos şi

b) există un sistem depresor periferic, cu rol foarte important în menţinerea funcţiunii reflexe a inimii.

Astfel sincopa adrenalino-cloroformică fiind un fenomen funcţional, spre deosebire de ceilalţi excitanţi utilizaţi curent în cercetările fiziologice (curent electric, substanţe chimice etc), am utilizat-o drept test în toate experienţele noastre.

Concluziunile de până acum, concordând în interpretarea lor cu datele cunoscute, sunt totuşi noi, căci completează laturea necunoscută bine a relaţiei dintre inimă şi periferie.

Se ştie că excitaţia nervului lui Cyon produce o scădere a presiunei sanghine şi o rărire a bătăilor inimii. După secţiunea nervilor vagi rărirea se produce totuşi (v. Brücke), ceeace însă nu se mai întâmplă după smulgerea ganglionilor stelaţi.

Aceleaşi efecte (scăderea presiunei sanghine şi rărirea bătăilor inimii) se observă şi după: a) pensarea sinusului carotidian sau: b) exercitarea unei presiuni endo-vasculare. Fenomenul este suprimat prin secţiunea vagilor (Heymans) Tournade însă a demonstrat că bătăile

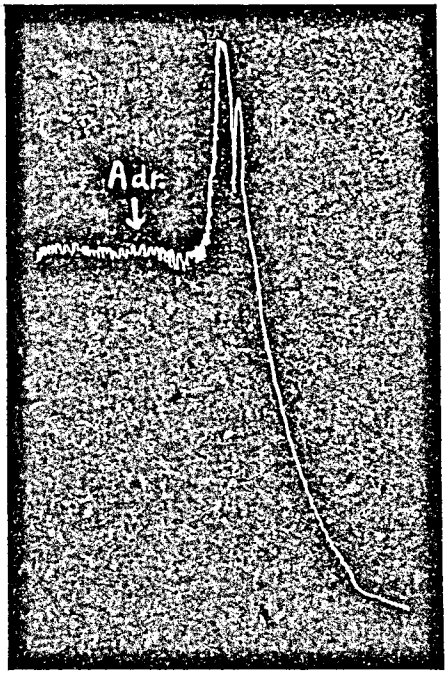
inimii se răresc, dar presiunea nu scade. Şi acest fenomen (disociaţie) este suprimat prin smulgerea ganglionilor stelaţi. Explicaţia de până acum era dată prin o diminuare reflexă a tonusului acceleratorilor (Tournade) sau prin reducerea secreţiei de adrenalină, declanşată în urma excitaţiei nervului lui Hering (Heymans). Iar de aci concluzia că: „efectele cardiace ale excitaţiei depresorilor aortici şi sinusali nu sunt în definitiv decât exagerarea acţiunii frenatoare, pe care aceşti nervi o exercită permanent asupra inimii; ele (efectele) denotă existenţa la nivelul aortei şi arterei carotide interne a „avertizorilor" sensibil în special la variaţiunile de tensiune sanghină şi al căror rol este de a suscita punerea în joc a reacţiunilor regulatoare a travaliului inimii şi a presiunei arteriale (Herman).

Experienţele noastre au permis să demonstrăm în plus rolul important al periferiei corpului asupra funcţiunii inimii. Disociaţia arătată de Tournade după secţiunea nervilor pneumogastrici la experienţele lui Heymans; ca şi faptul cunoscut şi recontrolat de noi că secţiunea vagului (chiar bilaterală) nu împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice, par să arate că este vorba de două fenomene sau două căci diferite în mecanismul reglementării ritmului cardiac. Sincopa adrenalino-cloroformică depinde însă şi de tonusul sistemului nervos organo-vegetativ, căci orice modificare în sensul excitării parasimpaticului: (pilocarpină, glucoză, stări funcţionale) împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică.

Experienţele noastre anterioare au demonstrat în mod indubitabil că sincopa adrenalino-cloroformică este datorită unui brusc desechilibru nervos; ea poate fi împiedecată prin secţiunea unei întregi serii de nervi periferici sensitivi. Mecanismul intim al procesului de desechilibru ar putea să dea naştere la două ipoteze asupra valorii funcţionale a sistemului nervos, ce intră în joc: a) există un sistem depresor, care pentru a funcţiona necesită o integritate absolută; scoaterea unei părţi din el îi anihilează acţiunea sau o slăbeşte, neputând astfel produce desechilibrul necesar producerii sincopei; sau

b) sistemul este presor periferic şi prin scoaterea din funcţie a unei părţi din el se uşurează travaliul cardiac (factor miocardic), inima rezistând nu se va putea produce desechilibrul (factor nervos). In sprijinul acestei ultime păreri s'ar putea interpreta anumite grafici, în care după căderea bruscă, totală şi iremediabilă caracteristică sincopei adrenalino-cloroformice, se mai produce totuşi — în drumul descendent brusc — o încercare de redicare a presiunei sanghine. Fenomenul ar arăta lipsa forţei pline şi insuficienţa tendinţei de revenire, pentruca imediat presiunea să cadă definitiv. Am remarcat acest aspect şi la animalul, la care se extirpase jumătatea superioară a ganglionului stelat stâng (vezi grafica).

In orice caz — dacă se produce sau nu sincopa adrenalino-cloroformică — ridicarea presiunei sanghine, după administrarea de adrenalină (— intravânos —), este absolut constantă şi prezintă aceleaşi caractere. Există deci două momente importante în acţiunea periferică a adrenalinei, care în cazul neproducerii sincopei se disociază, unul fiind abolit. Intr'un prim moment adrenalina acţionează



Grafica presiunei carotidiene la animalul, la care s au smuls · ganglionul stelat drept şi jumătatea superioară a ganglionului stelat stâng.
In somn cloroformic s a administrat o injecţie intravânoasă de adrenalină (adr.) producându-se o sincopă adrenalinocloroformică caracteristică.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

asupra presiunei sanghine periferice, acţiune care persistă absolut totdeauna; iar în al doilea moment vazo-constricţia declanşează un reflex; este indubitabilul factor nervos (reflex) cu acţiune determinantă în producerea sincopei adrenalino-cloroformice.

Examinând totalitatea graficelor am rămas cu impresia că, în cazul când, datorită unei manopere oarecare, sincopa nu s'a produs (pilocarpină, secţiunea vreunui nerv periferic, sincopă respiratorie anterioară, smulgerea ganglionilor stelaţi), acest fapt se datoreşte lipsei unui moment deslănţuitor; căci dacă ar fi un factor în plus (sistemul fiind presor şi excitat) sincopa s'ar produce cu atât mai mult. Reamintim cu această ocazie experienţele făcute de Papilian-Russu, prin care s'a arătat că o injecţie anterioară de atropină (paralizia parasimpaticului) favorizează producerea sincopei adrenalino-cloroformice.

In producerea sincopei cauza ar putea fi un efect depresor sau o paralizie a centrilor. Mecanismul ar fi următorul: se transmit dela periferie influxe nervoase, anunţând ridicarea de presiune (datorită adrenalinei) şi inima cedează. De ce? De ce nu cedează şi după ce s'a secţionat nervul accesor brachial cutanat intern de exemplu? Este posibil ca totalitatea incitaţiunilor nervoase venite dela periferie să fie necesare pentru a pune în acţiune centrii inhibitori, care, fiind sub acţiunea cloroformului, nu se sesizează decât la o cantitate masivă

(totală) de incitații. Trezit brusc centrul emite un ordin prea puternic (sau prin lipsa celuilalt centru antagonist și el sub acțiunea cloroformului), care oprește inima. Nu trebue să omitem a prezenta și părerea unor autori, după care factorul miocardic este cel mai important și să-l admitem cel puțin ca factor intermediar.

Sistemul nostru este deci depresor. El împreună cu fibrele presoare descrise (nervul vertebral etc.) formează în organism un sistem presoro-depresor, înglobat în sistemul organo-vegetativ.

Funcțiunea sistemului depresor ne arată doi timpi: primul al drumului periferic (avertizori-centru), al doilea al drumului visceral (centru-inimă); iar morfologia ne prezintă trei neuroni: unul periferic cu celula în ganglionul spinal, al doilea intermediar având celula situată în măduva spinării (cervicală inferioară și dorsală superioară — cornul lateral) și al treilea visceral cu celula în ganglionii lanțului simpatic. Drumul anatomic ar cuprinde dela periferie spre centru următoarele elemente: avertizori (din vase sau țesuturi), nervi periferici, ramurile nervilor rachidieni, rădăcinile posterioare, centrii depresori din măduvă (neuromere), rădăcinile anterioare, nervul rachidian, rami comunicanți, simpatic (ganglioni), nervi cardiaci, viscer.

Dela prima privire se observă că acest drum nu coincide cu calea nervoasă din experiențele lui **Claude Bernard**, prin care a arătat că secțiunea rădăcinilor posterioare, a vagului și secțiunea subbulbară a măduvei spinării întrerup numai reflexul moderator; în timp ce în experiențele noastre secțiunea nervului pneumogastric nu influențează producerea sincopei adrenalino-cloroformice; care este împiedecată însă de: secțiunea unor nervi sensitivi periferici, extirparea unei cantități mai însemnate din simpatic sau alte manopere și probabil și de secțiunea rădăcinilor posterioare și a rădăcinilor anterioare.

Iată demonstrarea evidentă a importanței legăturii funcționale dintre periferia corpului și inimă și deci existența unei căi nervoase centripete (periferie-inimă). Am căutat în completarea experiențelor anterioare să determinăm elementele și drumul acestui reflex cardio-periferic.

Observațiunile și experiențele diferiților autori ne mai furnizează o seamă de date demne de reținut. **Herman** arată că: „**excitația nervilor vaso-sensibili ai circulației generale determină o rărire cardiacă** care se poate atribui unui reflex cu punct de plecare în pereții vaselor, capilarelor sau în țesuturi. **Nu este demonstrat că acești nervi sensibili au rol fiziologic în regularea frecvenței cardiace**".

Carlson și Luckhardt au demonstrat că există în nervii gâtului un mare număr de fibre centripete presoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Brondgest, Dogiel, Kratschner, Francois-Franck, iritând mucoasa căilor respiratorii, au obţinut o oprire trecătoare sau o încetinire a bătăilor inimii. **Magne, Mayer şi Platefol** au demonstrat că secţiunea trigemenului opreşte reflexul cardio-moderator, pe când secţiunea laringelui superior nu are efect. **Coffey şi Brown, Eppinger şi Hoffer, Staehelin şi Holz** au stabilit că prin rezecţia unor nervi ai gâtului se pot împiedeca accese anginoase.

Danielopolu arată, în diferitele capitole ale lucrărilor sale, date pe care trebue să le scoatem în evidenţă. Astfel observă că mai există un sediu al durerii în angina de piept: ceafa, gâtul şi maxilarul; iar în altă parte înseamnă: „suntem forţaţi a admite că este suficient a reduce, fără a suprima complet, numărul fibrelor sensitive, pentru a vedea dispărând durerea viscerală"; fapte care concordă evident cu multe din concluziile noastre.

In privinţa traectului fibrelor sensitive cardio-aortice Danielopolu scrie: „aproape totalitatea fibrelor sensitive cardio-aortice trec prin răspântia ganglionară dela baza gâtului. **Fibrele stângi joacă un rol mai important în sensibilitatea cardio-aortică decât cele drepte.** Eşind din această răspântie fibrele sensitive urmează două căi: un grup important trece prin ramii comunicanţi în rădăcinile posterioare a celei de a 8-a cervicală şi a primelor 4—5 dorsale; un alt grup iese din răspântia ganglionară şi urmează traectul simpaticului cervical".

Am extras câteva date ce ni se par de o reală importanţă şi asupra căróra nu vom mai reveni. Din acest motiv trebue precizat acum că fibrele descrise mai sus (Danielopolu) reprezintă fibre din grupul neuronului periferic (al reflexului nostru), iar fibrele grupului neuronului visceral (al reflexului nostru) vor fi descrise mai jos.

Intr'o primă parte a experimentelor noastre am căutat să evidenţiem rolul nervului trigemen. La un singur animal (câine), ceeace ne face ca să considerăm această concluzie încă neverificată, am secţionat — sub narcoză cloroformică — nervul trigemen înaintea (periferic) ganglionului lui Gasser. Incercarea de a produce la acest animal sincopa adrenalino-cloroformică a eşuat, ceeace ne face să-l catalogăm în categoria nervilor periferici, ce conţin fibre din arcul reflexului cardio-periferic; iar regiunea inervată de el (nasul în special) ca o regiune similară ca importanţă funcţională cu regiunea axilară, cervicală posterioară şi genitală. De altfel această experienţă pare să fie confirmată de datele expuse de Brondgest, Dogiel etc.

Grupul principal de experienţe a constat în extirparea ganglionilor stelaţi uni — sau bilateral, complet sau incomplet şi din câteva alte secţiuni ale simpaticului regiunei.

Iată protocolul experienţelor, care s'au executat pe un număr de **zece câini**:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr.	OPERAŢIA EXECUTATĂ	Se produce sincopă adrenalino-cloroformică sau nu?
1	Secţiunea bilaterală a trunchiului simpaticului cervical	Da
2	Extirparea ganglionului cervical inferior stâng	Da
3	Extirparea ganglionului cervical inferior stâng	Da
4	Extirparea ganglionilor cervicali inferiori bilateral	Da
5	Extirparea ganglionului cervical inferior drept şi secţiunea trunchiului simpaticului drept	Da
6	Extirparea ganglionului stelat drept	Da
7	Extirparea ganglionului stelat drept şi jumătatea superioară a ganglionului stelat stâng	Da
8	Extirparea ganglionilor stelaţi bilateral	*Nu*
9	Extirparea ganglionului stelat stâng	*Nu*
10	Extirparea ganglionului stelat stâng	*Nu*

Deoarece technica este personală (fără rezecţia primei coaste) o dăm în cele ce urmează: după pregătirea animalului (raderea părului de pe regiune) se face narcoza cu cloroform. Incizia se duce pe faţa externă a muşchiului sterno-cleido-mastoidan şi se întinde dela nivelul cartilagiului tiroid până în regiunea pectorală. Secţiunea interesează pielea, ţesutul celular subcutanat ferind vâna jugulară externă voluminoasă. Se deschide teaca muschiului sterno-cleido-mastoidian printr'o incizie similară primei, apoi se dezinseră complect capătul sternal al muşchiului; se pune în evidenţă pachetul vasculo-nervos al gâtului şi se recunoaşte confluentul vânos (foarte mare). Pentru a se face loc, în primul rând se izolează cu grije confluentul vânos, care se îndepărtează dorsal (sub un depărtător plat).

Se secţionează apoi între două pense hemostatice mari fibrele muşchiului pectoral mare, pe o direcţie cranio-caudală, până ce spaţiul de acces este suficient. Se revine la pachetul vasculo-nervos al gâtului. Confluentul vânos este dat sub un depărtător — valvă — şi tras de data aceasta ventral. Se pătrunde pe deasupra confluentului, prin unghiul dintre vâna jugulară externă şi vâna subclaviculară şi se izolează vago-simpaticul de artera carotidă primitivă (vâna jugulară internă este neglijabilă la câini); se trece şi carotida sub un depărtător şi se urmăreşte caudal vago-simpaticul până la despărţirea lui de cele 2 elemente componente: pneumogastric şi simpatic. Se recunoaşte (lucru nu totdeauna uşor din cauza vaselor), trunchiul simpaticului care are o direcţie oblică înpuntru şi dorsal şi se urmăreşte până ce se vede şi se simte ganglionul stelat. Nu vom insista asupra posibilităţilor de a întâlni variaţiuni anatomice.

In antimerul stâng manopera se complică prin prezenţa canalului toracic, care trebueşte evitat, ruperea lui putând da o limforagie abundentă, ce inundă câmpul operator.

In continuare, după reperarea ganglionului stelat, se introduce o pensă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

hemostatică deschisă, sub controlul degetului index al mâinii stângi, care protejează în acelaşi timp artera subclaviculară (mai ales în partea stângă). Se prinde între ramurile presei ganglionul stelat pe cât posibil mai profund, astfel încât să se simtă că s'a trecut cu vârful ramurilor (o ramură a pensei dedesubtul şi una deasupra ganglionului) de extremitatea inferioară (caudală), lucru uşor, realizabil şi chiar s'a atins ganglionul dorsal următor. Se închide pensa bine şi se smulge. Hemoragie nu am întâlnit niciodată; iar pensa extrasă aduce cu sine întreg ganglionul, care poate fi întins pe o lamă şi controlat.

Se face apoi legătura între carotida primitivă şi canula unui ac înscriitor. Presiunea se înscrie pe un cilindru Marey. Notăm că animalul a fost tot timpul în somn cloroformic.

Se administrează intravânos (în vâna femurală descoperită în prealabil) o injecţie de adrenalină 1%, în proporţie de 0,001 mlgr., pe kgr., de animal.

* * *

Concluziunile, ce se pot trage, scrutând datele rezultate din experienţele pe 10 câini, sunt următoarele:

1. extirparea ganglionilor stelaţi bilateral împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică;

2. sincopa este împiedecată şi dacă se extirpă numai ganglionul stelat stâng (în special jumătatea sa inferioară);

3. secţiunea sau extirparea celorlalte elemente ale simpaticului cervical inferior nu poate influenţa sincopa adrenalino-cloroformică;

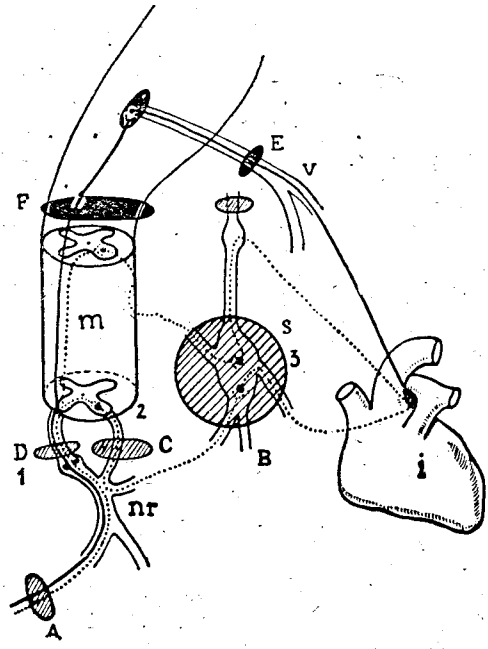
4. fibrele ce fac parte din arcul reflex cardio-periferic trec prin ganglionii stelaţi (în special cel stâng).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din totalitatea datelor noastre şi ale celorlalţi autori citaţi se poate deduce în primul rând că fibrele sensitive cardio-aortice au o mai mare importanţă decât cele presoare, deci este de făcut o diferenţiere; primele fac parte din arcul reflex cardio-periferic. Deasemeni nervul depresor nu intră în sfera noastră şi atunci experienţele noastre pun în evidenţă numai traectul fibrelor, ce fac parte din arcul reflex cardio-periferic, ca individualitate aparte şi funcţiune importantă.

In rezumat căile reflexului cardio-periferic ar avea următoarele traecte:

a. pentru trunchi, gât şi membre (vezi schema Nr. 1): nervi periferici, ramuri anterioare sau posterioare ale nervilor rachidieni (la cele anterioare natural plexurile respective: lombar, brachial, cervical), nervii rachidieni, rădăcina posterioară, cordoanele posterioare, fibrele ascendente (mijlocii), sinapsă în cornul anterior (lateral?), ceeace ar reprezenta **neuronul periferic**; urmează apoi un **neuron intermediar** din coarnele anterioare prin rădăcinile anterioare, nervii rachidieni, ramii comunicaţi, ganglion stelat, aici se face o nouă sinapsă, pentru ca să urmeze **neuronul visceral** prin nervii cardiaci toracici şi nervii cardiaci simpatici inferiori la inimă.



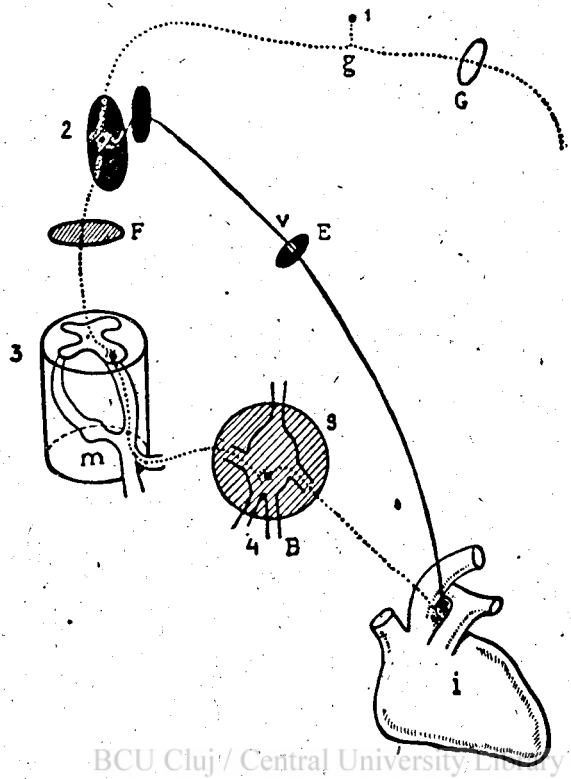
Schema 1

1 neuron periferic, 2 neuron intermediar, 3 neuron visceral
v. nervul vag. i. inimă, m. măduva spinării, nr. nerv rachidian. s ganglion stelat.
A. secţiunea ramurilor posterioare a nervilor rachidieni,
B. smulgerea ganglionilor stelaţi.
C secţiunea rădăcinilor anterioare (ipotetic).
D secţiunea rădăcinilor posterioare (ipotetic).
E. secţiunea nervului pneumogastric.
F. secţiunea subbulbară a măduvei (ipotetic): traectul punctat reprezintă arcul reflex cardio-periferic, traectul plin reprezintă arcul reflex moderator.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

b. Pentru extremitatea cefalică (vezi schema Nr. 2.), dela periferie prin ramurile trigemenului, ganglionul lui Gasser, rădăcina sensitivă la nucleul gelatinos (**neuron periferic**), sinapsă apoi prin fascicolul longitudinal posterior la coarnele anterioare ale măduvei (**neuron** de asociaţie) cervicale, urmează a 2-a sinapsă, ca prin rădăcinile anterioare, nervii rachidieni, ramurile comunicante, să ajungă la ganglionul stelat, unde se face o nouă sinapsă (**neuron intermediar**); iar de aci prin nervii cardiaci toracici şi inferiori (**neuron visceral**) să ajungă la inimă.

Se cunoaşte din experienţele lui Claude Bernard că secţiunea vagului, secţiunea subbulbară a măduvei ca şi secţiunea rădăcinilor posterioare (vezi cele 2 scheme) împiedecă reflexul moderator, produs prin excitarea unui nerv senstiiv periferic. Reflexul cardio-periferic nu este întrerupt de secţiunea pneumogastricilor (sincopa adrenalino-cloroformică se produce); dar căile acestui reflex sunt întrerupte prin secţiunea anumitor nervi periferici sensitivi şi prin extirparea ganglionilor stelaţi (bilateral sau numai stâng) (sincopa nu se mai produce).



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Schema 2

1. neuron periferic, 2. neuron de asociaţie, 3. neuron intermediar, 4. neuron visceral
g ganglionul lui Gasser
G secţiunea nervului trigemen
în rest toate datele se vor orienta după legenda schemei 1

Este probabil, dar rămâne de controlat, ca şi secţiunea subbulbară a măduvei, prin secţiunea neuronului de asociaţie, secţiunea rădăcinilor anterioare, ca şi a rădăcinilor posterioare să împiedece producerea sincopei adrenalino-cloroformice, întrerupând căile arcului reflex dintre periferie şi inimă.

BIBLIOGRAFIE

1. Antonescu C. V. şi Antonescu F.: Factorii necesari producţiei sincopei adrenalino-cloroformice. Mişacrea Medicală Română No. 5, 1941, p. 419. — 2. Antonescu C. V. şi Vinţi I.: Sincopa adronalino-cloroformică şi vagul. Clujul Medical No. 8, 1936, p. 515. — 3. Antonescu C. V.: Prevenirea sincopei adrenalino-cloroformice prin paralizia simpaticului. Mişcarea Medicală Română No. 3—4, 1940, p. 145. — 4. Antonescu C. V.: Contribuţiuni la studiul sincopei adrenalino-cloroformice. Teză, Facultatea de Medicină, Cluj, 1935. — 5. Bardier E., Soula C. et Stillmunkés A.: Syncope adrenalino-chlorophormique et pneumogastrique. C. R. Soc. Biol., Paris, 1928, T. XCVIII, p. 191. —

6. Bouckaert J. et Heymans C.: Syncope adrénalino-chloroformique et sinus carotidien. C. R. Soc. Biol., Paris, 1930, T. CV., p. 878. — 7. La Barre J. et Housse R.: Adrenalino-secreţia în cursul diabetului experimental la câine. C. R. Soc. Biol., Paris, T. CIX, p. 1133. — 8. La Barre J. et Houssa A.: Asupra variaţiunilor adrenalinemiei în cursul glicemiei insulinice. C. R. Socc. Biol., Paris, T. CIX, p. 967. — Bardier E. et Stillmunkés A.: Apropos de l'antagonisme de la pilocarpine et de l'adrenaline. C. R. Soc. Biol., Paris, 1927, T. XCVII, p. 161. — 10. Claes E.: Influence de glucose sur les effets de l'adrénaline sur le coeur isolé du lapin. C. R. Soc. Biol., Paris, 1922, T. LXXXVII, p. 783. — 11. Ellenberger W. und Baum H.: Handbuch der vergleichende Anatomie des Haustiere. — 12. Danielopolu: Resultats du Traitement chirurgical de l'Angine de Poitrine. — 13. Papilian V.: Sincopa adrenalino-cloroformica, Sibiu Medical No. 5, 1934, p. 255. — 14. Papilian V., Comşa I. şi Russu I. G.: Recherches experimentales sur la syncope adrénalino-chloroformique. C. R. Soc. Biol., Paris, 1934, T. CXV, p. 311. — 15. Papilian V. şi Antonescu C. V.: Mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice pe baza unor noui cercetări experimentale. Mişc. Med. Rom. No. 3—4, 1945, p. 138. — 16. Papilian V. şi Jianu M.: Influenţa ligaturii vinei porte şi a pediculului hepatic asupra glicemiei. C. R. Soc. Biol., Paris, 1927, p. 733. — 17. Papilian V., Russu I. G. şi Antonescu C. V.: Noi cercetări asupra mecanismului sincopei adrenalino-cloroformice. Clujul Medical No. 4, 1935. — 18. Papilian V., Russu I. G. şi Papilian V. V.: O funcţiune nebănuită a nervilor genito-crurali. Ardealul Medical No. 1, 1943, p. 6. — 19. Papilian V. şi Russu I. G.: Raportul dintre nervii periferici şi inimă. Ardealul Medical No. 7, 1944, p. 335. — 20. Papilian V., Russu I. G. şi Papilian V. V.: Sistem depresor în nervii periferici. Mişc. Med. Rom. No. 8—12, 1944, p. 459. — 21. Papilian V., Russu I. G. şi Papilian V. V.: Noi cercetări asupra sistemului presoro-depresor la periferie Comunicare Soc. Ştiinţelor Medicale, Cluj, Decembrie 1944. — 22. Raymond-Hamet: Syncope cardiaque par adrenaline chez les chiens traités par pilocarpine. C. R. Soc. Biol., Paris, T. CXIII, 1933, p. 566. — 23. Roget-Binet: Traité de Physiologie. H. Herman, T. VI, Circulation. — 24. Russu I. G. şi Papilian V. V.: Echilibrul simpatico-parasimpatic şi sincopa adrenalino-cloroformică. Ardealul Medical No. 3, 1945, p. 116. — 25. Russu I. G. şi Spârchez T.: Neu-e Untersuchungen über die Wirkung der Analeptika auf das Kreislauf und Atemzentrum so wie auf das organo-vegetative System. Zeitsch. f. die. ges. exp. Medizin B. 98, H. 6, S. 772. — 26. Santenois D., Merklen L., Grandpierre R. et Vidacovitch: Vagotonine et syncope adrenalino-chloroformique. C. R. Soc. Biol., Paris, 1934, T. CXV, p. 612. — 27. Testut: Traité d'Anatomie Humaine. T. III, Ed. VII, Paris. — 28. Velluda C. C. şi Russu I. G.: Le systéme réticulo-endothelial et la syncope adrénalino-chloroformique. Journ. de Physiol. et de Path. gen. T. 34, No. 3, 1936, p. 815. — 29. Ceilalţi autori sunt citaţi după: Roger-Binet: Traité de Physiologie şi Danielopolu: Angine de Poitrine.

Cluj Central University Library Cluj

CONTRIBUŢIUNE LA CUNOAŞTEREA EFECTELOR NOCIVE ALE AMONIACULUI GAZOS

de

M. CÂNCIULESCU

Articolul documentat al D-lor Prof. D-r N. I. Ioanid şi D-r G. D. Borş „Otrăvirile cu amoniac" scot din trecutul îndepărtat notele cari urmează.

In calitate de intern de gardă la diferitele spitale din Bucuresti, în care am functionat în timpul unui internat anticipat şi prelungit, recurgeam la tradiţionalul Flacon cu amoniac, neîpsit din arsenalul camerelor de gardă, pentru a-l pune sub nasul pacienţilor (copii, adulţi şi bătrâni) aduşi în stare de nesimţire şi coma, în primul rând al alcoolicilor în stare de ebrietate. Efectul excitant se manifesta pe loc, pacientul începea să se mişte, să dea semne de agitaţie; nasul se înfunda, conjunctivele se înroşeau, faţa devenea vultuoasă, începeau să strănute, să tuşească; chiar bolnavii cu ictus şi fenomene apoplectice schiţau mişcări în membrele neatinse. Fenomenele de jenă respiratorie se manifestau cu mai mare intensitate la bronşiticii emfizematoşi cari erau mai toţi alcoolici. Personal nu puteam suferi nici mai blândele Sels anglais, la cea mai superficială inspiraţie nasul înfundându-mi-se de tot şi încercând o transfixiantă durere naso-frontală. Am pus această quasi intoleranţă pe seama unei rinite cronice cu hipertrofie de cornet şi status adenoidian de care sufeream. Aceaşi intoleranţă o manifestau copii cu stări similare de vegetaţii adenoide necunoscute sau latente, pentru a căror punere în evidenţă clinică, dispensându-mă adesea de tuşeul digital sau nasoscopia revelatoare nu întotdeauna uşor de practicat, foloseam **proba cu amoniac** ca un mijloc practic de diagnostic al acestor stări.

Primind însărcinări oficiale de a conduce temporar în câteva rânduri Azilul de sugaci găsiţi „Sofia Caneciu, şi Centrul de Ocrotire a Copiilor din Craiova, am constatat **atmosfera amoniacală cu miros de grajd** care domneşte la noi în toate Instituţiile de Ocrotire a primei copilării, începând dela Institutul de Puericultură din Bucureşti şi continuând în Azile şi în Centrele Regionale de Ocrotire a copiilor din ţară. Duhoarea nesuferită, de care pomeneşte D-na Liane Roland Polinger în scrisoarea care tratează despre „Copii, viitorul neamului", este datorată urinelor cari înbâcsesc scândurile, paturile, saltelele, cearşeafele şi scutecele cari se folosesc în mai multe rânduri, ca numai uscate nu şi spălate, fie că sunt în stare bună sau „zdrenţe" cenuşii. Se constată mai ales la Instituţiile cu linoleu pe jos, sub care pătrunde şi fermentează pe îndelete urinele împinse până la perete cu cârpele udate de şters pe jos; domneşte mai ales în aşa zisele „boxe" cari realizează cele mai perfecte spaţii cu aer confinat. Aerul este tot aşa de necesar copiilor caşi alimentaţia; condiţiile de mai sus lucrează la fel, chiar dacă s'ar ţine ferestrele deschise zi şi noapte în sezoanele cari permit, chiar dacă localurile s'ar bucura de aer condiţionat. La anemia copiilor de 4—6 kgr. la 1—2 ani contribue în cea mai largă

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

măsură atmosfera cu miros amoniacal în care trăesc în mod permanent copii, întreţinută prin lipsa de lanţuri de schimb în număr suficient şi de economia de săpun. De opus ca aspect, din punct de vedere clinic, „copilul ocrotit" de copilul care trăeşte în libertate la ţară. Fenomenul de obişnuinţă prin toleranţă, urmărit din punct de vedere experimental de Lehmann, nu se poate realiza cu amoniac, aspectul acestor copii îl tăgăduesc.

O doamnă, care obişnuia hipnotice, ia într'o seară, sunt mulţi ani de atunci, o doză mai mare, poate că chiar prea mare, din greşală sau voluntar. O văd la câte-va ore, dimineaţa când dormea adânc, cu toate reflexele relaxate; respira adânc, calm; toate mijloacele de a o readuce la cunoştinţă, nu lucraseră; plămânii indemni anterior de orice afecţiune. O revăd dupe prânz, cu un flacon de amoniac lăsat deschis pe un scaun, la o palmă de faţa înclinată spre dreapta: respira pe gură; nasul se înfundase; respiraţia se îngreuia în mod vizibil; până seara începe a tuşi, apar manifestări de bronşită; de-a doua zi raluri fine în ambii plămâni; a sucombat cu focare de broncho-pneumonie în aceeaşi stare de comă. Pe atunci nu era cunoscută metoda stricnoterapiei intensive care readucând pacienta la viaţă cu un moment mai de vreme ar fi făcut-o să lupte conştient în contra celei de a doua stări de **intoxicaţie prin aspiraţie prelungită de amoniac gazos.** Nu aveam dreptul a publica această observaţie atunci, pentru motive multiple între cari acela că observaţia prezenta lacune, asemenea cazuri nu erau cunoscute, literatura medicală nu le menţiona. Dar am înregistrat faptul de observaţie şi mi-am procurat de pe atunci revista cu acest studiu aprofundat **„Acţiunea amoniacului asupra plămânilor"** publicat de autorul chinez A. A. Horvath *), lucrare a cărei prezentare vom face mai jos. Lucrarea D-lor Prof. N. Joanid şi D-r G. Borş, ce publicăm în numărul prezent, ne-a scos din rezerva impusă.

Articolul, ce analizăm, constitue **partea experimentală** a chestiunei. Autorul prezintă, critic, cercetările făcute de K. B. Lehmann (începând de la 1886), Mori, E. Ronzani (1909) E. Seifert (1911) Karpoff (1915), ş. a., pe diferite animale, precum şi **protocolul experienţelor,** împreună cu **metoda aplicată** de ceilalţi şi de el în cercetările de control întreprinse. Expune concluziile ferme la cari s'a ajuns, în ce priveşte: **dozele maxime şi minime** (de prag) nocive; **lesiunile macroscopice şi microscopice** constatate pe animalele moarte spontan sau sacrificate; **rezultatele,** expuse în tabele şi tablouri sinoptice, obţinute prin inhalaţie de vapori de amoniac şi injecţii subcutanate de amoniac; **starea chimică a amoniacului în experienţele de inhalaţie;** mecanismul de ordin patogenic al **penetraţiei amoniacului în plămâni.** Menţionăm din aceste date: o concentraţie peste 0.5 la mie este pericoloasă în inhalaţiunile prelungite;

*) In 1914 D-rul A. A. Horvath a fost rugat de autorităţile ruseşti să studieze cauzele cari pot influenţa ivirea pleuro-pneumoniei contagioase la cai — deci în funcţie de grajdurile în cari caii trăesc cea mare parte din timp şi de efectele amoniacului asupra plămânilor. Comunicările au fost publicate în 1916—1918 în Rusia. Prezentul articol este rezultatul unui studiu de 10 ani al problemei, inclusiv rezultatele obţinute în Lab. de chimie al Fac. de medicină din Peking.

de 1—2 la mie ar fi inofensivă pentru perioade scurte (Lehmann); — diferitele animale variau în sensibilitatea şi rezistenţa lor faţă de concentraţia de amoniac în aerul inspirat; — o concentraţie de 0.5 la mie este vătămătoare dupe inspiraţie prelungită (Ronzani); — **teoria „obişnuinţei" este contestată** de Ronzani care dupe inspiraţii prelungite de 0.5 la mie a găsit în sânge o disproporţie între număul de eritrocite şi cantitatea de hemoglobină, o scădere a capacităţii bactericide a plămânilor, o mai mare susceptibilitate de infecţie prin culturi virulente (Ronzani); — Seifert ar fi constatat o oarecare toleranţă pentru amoniac la animalele cu sânge cald, dar toate animalele (câini) au pierdut din greutate în viaţă, iar după moarte la 2 din cele 3 animale s'au constatat leziuni ale plămânilor; — în grajdurile din Europa insuficient aerisite s'a găsit o concentraţie de amoniac de 1 la mie (Klimmer). Din **protocoalele dif. experienţe** rezultă că cea mai mare parte din animale supuse la inhalaţii mai prelungite cu concentraţii medii mureau spontan; greutatea tutulor animalelor scădea; animalele prezentau conjunctivită; sinusită; catar nasal; dispnee inspiratorie; beau apă multă; luau poziţie verticală; altele prezentau părul vâlvoiu. La **autopsie** se constatau lesiuni de tracheo-bronşită şi de broncho-pneumonie macro şi microscopice. **Procesul inflamator,** datorat iniţial influenţei amoniacului şi secundar invaziei de bacterii din cauza micşorării de rezistenţă a ţesuturilor, prezenta un caracter acut, subacut şi cronic; uneori era pur cataral, purulent, indurativ, necrotic, hemoragic; localizarea tipică era de-a-lungul bronchiilor şi radia în părţile apropiate ale plămânilor, se întindea la pleură şi subpleură, la pericard, la muschiul inimei. Cercetările autorului **tăgăduesc orice fenomen de obişnuinţă faţă de amoniac,** obişnuinţa consistă în schimbarea unui proces acut într'unul cronic. **Injecţiile subcutanate de amoniac** cu concentraţii slabe au determinat leziuni locale şi la distanţă, fără ca aerul viciat de sub clopot să fi contribuit, de unde concluzia autorului că injecţiile subcutanate (cu atât mai mult cele intravenoase) de amoniac produc în plămâni aceleaşi leziuni ca cele ivite dupe inhalaţiile de amoniac. Se prezintă aprofundat **starea chimică a amoniacului în experienţele de inhalaţie,** în cuşcă, în sânge, în plămâni; nu s'a putut preciza forma sub care amoniacul ajunge la epiteliul pulmonar. **Penetraţia amoniacului în plămâni** se face prin mucoasa tracheii şi a bronşiilor, prin globulele roşii ale sângelui a căror membrană devine permeabilă la amoniac, prin arterele pulmonare prin limfaticele şi venele pulmonare în cari pătrunde din spaţiile limfatice peritracheale şi peribronchice (**hiperemia peribronşică** a fost găsită constant în inhalaţii de amoniac de scurtă durată), ca să expună epiteliul alveolar din 2 părţi. **Compuşii amoniacului măresc secreţia bronşică,** tracheea şi bronşiile sunt bogat prevăzute cu glande de mucoasă şi cu celule epiteliale mucoase; dacă secreţia mărită a mucoasei nu este îndepărtată — şi la pacienta, care se afla sub influenţa narcoticului, nu putea fi îndepărtată — **bronchopneumonia poate survenî ca un rezultat al supraacumulării de secreţiuni bronşice** ca la bolnava noastră.

Chestiunea prezintă, dupe autor, o importanţă deosebită din cauza numărului mare de persoane ocupate în numeroase meserii şi industrii a căror natură necesită utilizarea vaporilor de amoniac sau trăesc în asemenea atmosferă, precum: lucrătorii ocupaţi în instalaţiile frigorifere; în uzinele de gaz aerian; în rafinăriile de petrol; în fabricele de zahăr; în industriile de materii coloante şi în multiple

alte industrii chimice, în primul rând în industria carbonatului de sodiu; lucrătorii agricoli cari vin în contact cu materii organice în descompunere, precum gunoaele ce servesc de îngrăşăminte; locuitorii din oraş de pe terenurile îngrăşate artificial sau de lângă canale; persoanele cari golesc haznalele, cari trăesc în grajduri; animalele cari trăesc cea mai mare parte din timp în grajduri.

Noi o legăm de **viaţa sugacilor şi a copiilor mici din Azile, Orfelinate, Instituţiile de puericultură şi toate Centrele de Ocrotire a Copiilor.**

Atmosfera viciată amoniacală în care trăesc aceşti copii îi anemiază, îi slăbeşte, le diminuă forţele de rezistenţă la infecţiunile microbiene cari se exercită în primul rând asupra aparatului respirator, le favorizează şi chiar provoacă turburările de nutriţie generală; şi de alimentaţie. Socotim convieţuirea în asemenea atmosferă mai periciosă decât insuficienţa de lapte, vitamine, medicamente, pentru-că ea se exercită şi în prezenţa acestora şi le exagerează efectele în lipsă. Copilul dela ţară are de luptat numai cu lipsa de igienă generală şi cu ecarturile alimentare; el nu moare în proporţia celor din azile şi dacă trăeşte nu prezintă aspectul celor din instituţiile noastre de ocrotire.

Concluziile pe cari le putem scoate din lucrarea de faţă, sunt:

a) Efectele nocive ale amoniacului gazos asupra organismului omenesc sunt multiple; ele se exercită în primul rând asupra organelor de pătrundere în organism, căile respiratorii, producând lesiuni superficiale de congestie cu vasodilataţie urmate de lesiuni inflamatorii profunde la cari participă microbismul latent; — ulterior, lesiuni la distanţă, asupra altor organe, prin intermediul sângelui circulant în care pătrunde şi asupra căruia exercită o acţiune certă;

b) Manipularea terapeutică a amoniacului în stare gazoasă — se poate că şi lichidă, prin pătrunderea transcutanată în cazurile de aplicare pe piele pentru vezicaţie sau de administrare per os sub formă de Acetat de amoniac şi de Licoare amonianizată ca expectorant, diaforetic şi stimulant — trebue făcută cu grije;

c) Creşterea amoniacului în organism, printr'un metabolism depăşit sau viciat, trebue supraveghiată şi corectată la nevoe, pentru-ca nu cumva la efectele cauzelor primare să se adaoge şi efectele secundare ale amoniacului rezultat în exces;

d) Cercetările clinice se pot face asupra lucrătorilor din industriile cari folosesc amoniacul, cele de biochimie în laboratoarele adequate, cele experimentale (de reluat) pe animale pentru a stabili limitele de toleranţă şi fenomenele de obişnuinţă.

Aşezăm această mică contribuţie clinică alături de competentul studiu al autorilor români precitaţi, însoţind-o de datele inedite de ordin experimental scoase din prima parte a lucrării Doctorului A. A. Horvath dela Facultatea de Medicină din Peking, publicate în Revista The Iapan Medical World, Volumul VI, No. 2 din 15 February 1926.

Digitized by Centrul de Cercetare pentru Istoria Medicinei

I

Chirurgie cu specialităţi

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL VARICELOR PRIN SCLEROZARE CU BIIODURA DE MERCUR

de

D-r ALDEŞIU IOAN-Arad

Numărul mare de cazuri de varice şi ulcere varicoase întâlnite la diferitele clasări şi cari au fost internate în Spital, ne-a îndemnat să încercăm din nou Sclerozarea venelor varicoase prin biiodură de mercur. Aceasta datorită şi faptului că cea mai mare parte dintre bolnavi nu acceptau tratamentul chirurgical. Acest tratament care ne-a dat rezultate bune l'am întrebuinţat şi în practica particulară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Menţionăm că acest tratament este lung dar bolnavul nu este obligat să-şi părăsească obligaţiunile zilnice.

Această maladie este răspândită în toate clasele sociale, pare totuşi mai frecventă în mediul rural şi clasele muncitoare, reducând capacitatea de muncă şi uneori fac incapabili pe cei care suferă de această maladie. După unii autori boala ar fi în legătură cu ocupaţiunea pe care o ocupă bolnavii în special la cei cari ocupaţiunile îi obligă să stee mult în picioare. Mai frecventă la femei, poate fi considerată ca o maladie familiară căci s'a observat că mai mulţi membri din aceeaşi familie suferă de varice şi complicaţiile lor.

Pende a clasat un biotip al varicosului.

Aceste dilataţiuni patologice şi permanente îşi au sediul pe membrele inferioare, sunt foarte rar cazurile de varice ale membrelor superioare. Am întâlnit un singur caz de varice al membrului superior, într'o practică de 12 ani.

Orice bolnav de varice sau ulcere varicoase, supus unui tratament prin sclerozare trebueşte minuţios examinat pentru a ne putea da seama de reţeaua venoasă varicoasă, de circulaţia

venoasă superficială, de circulaţia venoasă profundă şi anastomoză. Numai cunoscând acestea se va putea începe tratamentul.

Rezultatele obţinute prin întrebuinţarea biodurului de mercur, ca sclerozant sunt din cele mai bune, uşor de aplicat, uşor de procurat şi este un medicament puţin costisitor.

Se începe cu prima injecţie, în safena internă deobicei în treimea superioară a gambei. Bolnavul culcat se aplică un garou la 2 cm. deasupra locului unde voim să injectăm şi se introduce în venă un centimetru cub de biodură de mercur 2 %. Se tamponează locul injectat şi mai menţinem garoul 1—2 minute. După ridicarea garoului se observă de cele mai multe ori o colabare a venei în locul ei apărând o depresiune.

In cazul când ambele membre sunt varicoase se începe cu un singur membru, deobicei la cel care maladia este mai accentuată. Incepând cu a doua zi se observă la nivelul venei injectate un cordon dur induraţie care merge până la 6—8 cm. In câteva cazuri după prima injecţie sclerozarea s'a produs pe întreaga safenă din treimea superioară a gambei până la 3 cm. în apropierea crosei. Tegumentele sunt uşor inflamate şi eritematoase pe traectul vasului injectat. Uneori bolnavii acuză şi uşoare dureri cari ţin 2—3 zile, cari cedează prin compresiuni reci. A doua injecţie se va face a treia sau a patra zi, când ne putem da seama precis de porţiunea sclerozată prin injecţia anterioară. Din numeroasele cazuri tratate voi descrie câteva cari mi-au părut mai instructive.

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

Observ. I-a. Femeea U. M. în etate de 36 ani, căsătorită cu trei copii.

A. P. Fractura oaselor gambei stângi în treimea mijlocie acum patru ani.

Istoric. In urma ultimei sarcini avută acum 5 ani a observat apariţia dilataţiilor varicoase pe ambele gamoe.

De 3 ani i-au apărut ulcere supramaleolare pe ambele gambe cu edeme pronunţate şi dureri care o obligă de cele mai multe ori să-şi întrerupă orice muncă. Fiind femee de serviciu la un ambulatoriu al Casei Asigurărilor Sociale, a fost tratată de mai mulţi medici prin pansamente cu diferite pomezi.

Starea prezentă. La examenul general nici-o maladie din partea organelor interne. La examenul local prezintă edeme ale ambelor gambe cu ulcere de mărimea unui pod de palmă pe faţa internă a gambelor regiunile supramaleolare. Ulcere de mărimea unei piese de 20 lei în regiunile supramaleolare externe. Marginile ulcerilor sunt nete cu adâncime de 2—3 mm., fundul neregulat, acoperit de o membrană brună cu o secreţie purulentă mirositoare. Regiunea învecinată inflamată cu tegumentele roşii violacee în unele părţi exematizate. Pachete varicoase pe faţa internă şi posterioară a gambelor cu dilataţia varicoasă a safenei până în treimea mijlocie a coapsei. Se începe tratamentul cu biodură de mercur, din cauza serviciului se prezintă neregulat la tratament. In timp de două luni se face opt până la 10 injecţii în fiecare gambă. După o lună de tratament dispare edemul şi durerile, iar ulcerile îşi schimbă aspectul reducându-se ca mărime cu o tendinţă de cicatrizare vădită. După patru luni dela începerea tratamentului, ulcerile

sunt vindecate cu gambele normale, bolnava ne declară că se simte perfect sănatoasă.

Revăzută după patru ani, vindecarea este completă şi nu se mai observă nici-un fel de turburări la nivelul gambelor.

Observaţia II. Bolnavul M. F. de profesie cojocar în etate de 45 ani vine la consultaţii pentru ulcere varicoase la ambele gambe.

A. H. C. şi P. nu poate preciza nici-o maladie.

Istoric. Suferă de ulcere varicoase de 8 ani. A fost văzut şi tratat de mulţi medici la Casa Asigurărilor Sociale. In două rânduri ulcerile s'au închis pentru scurt timp. A fost internat şi în Spital şi tratat prin pansamente. De 2 ani ulcerile s'au mărit şi membrele s'au tumefiat mult în special membrul inferior drept. Are dureri vii la nivelul gambelor ziua şi noaptea. De 3 luni nu mai poate munci.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie medie, cu ţesut celulo grăsos şi muscular redus. Subfebril. Merge greu sprijinit pe două bastoane. Nimic din partea organelor interne.

La examenul local prezintă tumefierea membrelor inferioare mai ales al membrului inferior drept, care este încă odata mai voluminos decât cel stâng. Pe faţa internă a gambei drepte prezinta 5 ulcere cel mai mare în regiune supra maleolară de mărimea unui pod de palmă, cel mai mic de mărimea unei piese de 1 leu.

Ulcerile au marginele tăiate drept cu fundul murdar supurat în unele părţi cu marginele subminate. Exemă în jumătatea inferioară a gambei cu tegumentele acoperite de cruste groase aspect solzos. Gamba stângă mai puţin tumefiată prezintă doua ulceraţiuni de mărimea unei piese de 20 lei pe faţa internă.

Tratamentul durează 11 săptămâni până la complecta vindecare, când bolnavul a abandonat bastoanele şi şi-a reluat ocupaţiunile. Revăzut după un an şi jumătate, vindecarea este complectă cu gamba dreaptă puţin mărită ca volum faţă de cea stângă.

Observaţia III-a Femeea E. E. în etate de 47 ani vine la consultaţii pentru ulcere varicoase ale gambei stângi cu inflamaţia întregei gambe.

A. H. C. Fără importanţă.

A. P A suferit în copilărie de scarlatină. A avut două sarcini duse la termen.

Istoric. Sufere de varice din tinereţe. Acum 10 ani i s'a făcut ligatura safenei, în apropiere de crosă la un sanatoriu.

N'a avut nici-o ameliorare după această intervenţie. Boala a progresat şi acum 3 ani, i-a apărut ulcere mari supramaleolare. Din cauza durerilor a schiopătat mergând cu piciorul în extensie, s'a anchilozat, având în prezent un picior equin

Starea prezentă. Bolnava de constituţie medie cu ţesut celulogrăsos şi muscular normal desvoltat. Febrilă, cu puls accelerat, acuză dureri vii în gamba stângă. La examenul local se constată tumefierea cu edemul gambei. In regiunile supra maleolare ulcere de mărimea unui pod de palmă. Ambele ulcere mult supurate cu un puroi sanghinolent greu mirositor. Regiunile foarte dureroase sângerează la cea mai mică atingere. Treimea inferioară a gambei cu tegumentele roşii viu colorate se aseamănă cu un placard de erizipel.

Pachete varicoase în treimea superioară a gambei şi treimea inferioară a

coapsei. La palpare, regiunile eritematoase sunt sub tensiune şi nu lasă după deget godeul de edem din jur. Ceeace mă face să presupun prezenţa unor vase mult dilatate, ceeace se adevereşte prin explorarea făcută prin puncţie. Par adevărate lacuri sanghine prin dilatarea excesivă a vaselor. La acest nivel se face injecţia cu biiodură de mercur. Bolnava a fost ţinută în repaus în timp de două săptămâni. Pansamentele s'au făcut cu soluţie de rivanol. După cinci injecţii bolnava întrerupe tratamentul din cauze familiare timp de 20 zile. La reluarea tratamentului bolnava se prezintă într'o stare cu totul nesperată. Tumefacţia şi edemul gambei foarte mult diminuate, durerile dispărute şi ulcerile aproape vindecate. După alte 20 zile de tratament bolnava este complect vindecată. Revăzută după 8 luni se constată o vindecare complectă.

Observaţia IV-a. Bolnava I. A. în etate de 64 ani mă chiamă să o văd la domiciliu.

A. H. C. Nimic important.

A. P. Nu poate preciza nici-o maladie. A avut patru naşteri normale.

Istoric. Dela etatea de 30 ani, i-a apărut dilataţii varicoase pe membrul inferior drept. Acum câţiva ani a avut o ruptură a varicelor cu o hemoragie mare pe care abia a oprit-o. Nu poate preciza câţi ani sunt de când s'a ulcerat regiunea supra maleolară externă stângă. De două săptămâni gamba sa tumefiat mult şi are dureri mari în gambă însoţită de febră şi o stare generală rea care a fixat-o la pat.

Stare prezentă. Bolnava de constituţie medie cu ţesut celulo grăsos şi muscular redus. Stare generală rea, febră 39 puls accelerat, 90 pe minut, limbă saburală, constipaţie şi transpiraţie abundentă.

Bolnava acuză dureri vii în membrul tumefiat, tumefiere foarte accentuată în treimea inferioară a gambei. Treneu de limfangită pe faţa antero-internă a coapsei cu tumefierea ganglionilor inghinali respectivi. Pe faţa internă a gamoe şi treimea inferioară a coapsei, conglomerat de pachete varicoase de grosimea indexului.

Fenomene inflamatorii în ţesutul peri-venos, placard de exemă pe faţa dorsală a piciorului şi treimea inferioară a gambei cu mâncărimi foarte vii.

Se institue un tratament general cu sulfamide, comprese cu apă de plumb pe membrul inferior şi în regiunea inghinală şi se face prima injecţie de sclerozare pe gambă la nivelul jartierei.

Bolnava părăseşte patul după şeapte zile, fenomenele inflamatorii fiind dispărute şi se continuă tratamentul de sclerozare în timp de patru săptămâni şi în acest timp se vindecă şi ulcerul.

Mă limitez la aceste patru cazuri deşi numărul cazurilor tratate este destul de mare.

Din acestea 10 cazuri au fost varice voluminoase cu tumefacţia gambelor şi dureri vii în membre. Unsprezece cazuri au fost de varice complicate cu ulcere varicoase şi edeme voluminoase.

Rezultatele bune obţinute în aceste cazuri m'au încurajat la întocmirea lucrării de faţă.

Complicaţii în urma acestui tratament am observat într'un singur caz, când s'a ivit o tumefiere a gambei cu uşoare dureri.

http://Clujiana.Central University Library.com

Aceasta datorită faptului că a doua zi după injecţie bolnava a făcut o excursie cu ascensiunea câtorva dealuri. După un repaus de două zile tumefierea a cedat.

O altă complicaţie este de technică; prin injecţii paravenoase se produce o durere vie cu tumefierea regiunei, necroza ţesuturilor cu o ulceraţie târzie dar care se vindecă destul de rapid. Dar această complicaţie trebue să fie înlăturată, şi să nu se injecteze substanţa, până nu suntem siguri că suntem în plin vas.

Trebue să adaog că în câteva cazuri am aplicat în cursul tratamentului bandajul compresiv cu feşi elastice. Pare a fi un adjuvant folositor.

Unii autorii recomandă ligatura safenei la nivelul cârjei. Nu am făcut-o şi rezultatele au fost bune. Am început tratamentul prin sclerozarea pachetelor din treimea superioară a gambei.

In două cazuri încercate în ultimul timp am sclerozat safena internă pe o porţiune de aproximativ 20—25 cm. prin trei injecţii într'o singură şedinţă.

Sclerozarea a fost perfectă cu o uşoară reacţie inflamatorie perivasculară însoţită de uşoare dureri cari au dispărut după patru zile.

Recomand ca acest tratament să fie încercat în special în câmpul muncii unde numărul varicoşilor este destul de mare şi unde se pierde un număr mare de zile lucrătoare şi cheltueli mari pentru întreprinderi prin pansamente cari nu duc niciodată la vindecare.

Digitized by Romanian Academy Cluj

Note de Terapeutică Chirurgicală

TRATAMENTUL EMBOLIEI PULMONARE.

de

D-r CORNELIU DUMITRESCU

Medic-şef al Spit. Babadag-Tulcea

In ultimul timp studiul E. P., a făcut progrese reale. Recent a fost obiectul unui raport foarte amănunţit la Congresul Francez de Chirurgie, prezentat de R. Fontain şi H. Redon şi prin datele relevate prin acest raport, cât şi prin cele cunoscute anterior din importanta lucrare a lui Ducuing, reese că în multe puncte, care privesc acest sindrom, s'au obţinut rezultate pozitive.

Este sigur, că prezenţa embolusului în art. pulmonară, determină pe lângă turburări mecanice, intense reacţiuni neuro-vegetative şi vaso-motorii pulmonare, analoage cu cele ce apar în obliterarea oricărei artere după principiul stabilit de Leriche în fiziopatologia arterială, că orice obliterare vasculară este însoţită pe lângă fenomenele mecanice, rezultate din trombozarea vasului, de reacţiuni vaso-constrictive ce apar în jos de punctul obstrucţiei.

Aceste turburări din câmpul pulmonar, sunt urmate de reacţiuni din partea cordului şi a circulaţiei generale — a cărei funcţiune este profund alterată încât să producă moartea fulgerătoare.

Deşi în urmă, unii autori ca Flehrer, Fischer Duval şi Binet, pun pe seama unei anafilaxii pulmonare sau a unui choc proteidotoxic, fenomenele descrise în E. P., rolul de căpetenie al embolusului ca prim factor declanşator nu poate fi negat după părerea lui Gery.

Pentru o mai complectă înţelegere a subiectului care priveşte această notă, este util să reamintim formele sub care se prezintă E. P., precum şi factorii care intervin în formarea trombosului şi emigrarea acestuia, precum şi faptul dacă există o predispoziţie la tromboze şi mijloacele biologice susceptibile de a decela această predispoziţie.

Formele în care se prezintă E. P.:

A) **Forma gravă** (aproape totdeauna mortală în câteva minute, ore, rar câteva zile).

După simptomatologie se descriu 4 forme:

a) Forma sincopală, cu moarte fulgerătoare (rară).

b) Forma anginoasă cu constricţie toracică, fără asfixie, paloare şi moarte în 10 minute.

c) Forma cu colaps cardio-vascular — slăbirea pulsului şi tensiunei — poate dura mai multe ore sau zile.

d) Forma respiratorie asfixică. Evoluţie rapidă, dar nu fulgerătoare, permite să se încerce o intervenţie radicală.

Mai există forme cu simptomatologie camuflată ca: forme nervoase cu semne centrale sau periferice, forme cardiace simulând infarctul, forme pulmonare, îmbrăcând tabloul clinic al broncho-pneumoniei sau edemului pulmonar, forme peritoneale, renale şi forme latente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B) **Forma benignă**, în care intră formele cu repetiţie, hemoptică, etc.

Factori care intervin în formarea trombosului:

a) Incetinarea circulatorie, nu este suficient sigură.

b) Alterarea pereţilor vasculari, poate fi inflamatorie, dar orice traumatism operator o poate provoca (Ritter).

c) Modificări sanghine, sunt cu mult mai importante, atât cele rezultate în urma actului operator, cât şi cele preexistente.

Astfel, după — Hans Storz, indivizii, care au prezentat o tromboză sau embolie, au un serum sanghin, coloidal anormal cu globulinele scăzute, timpul de coagulare micşorat, viteza de sedimentare încetinită, durată de aglutinare a plachetelor scurtată şi mărirea fibrinei.

Aceste fenomene constant regăsite, permit să se afirme că există indivizi cu o predispoziţie constituţională de a forma tromboze şi embolii.

Terenul predisposant mai comportă şi alţi factori ca: alterarea tonusului vegetativ cu fenomene de aritmie respiratorie, dermografism, limfocitoză şi eosinofilie.

Adrenalina excitând simpaticul, produce la aceşti indivizi,

prin mărirea globulinei, o încetinire a coagulării şi o accelerare a sedimentării, demonstrând că starea coloidală a serului sanghin este sub dependenţa sistemului vegetativ.

Turburările prezentate de embolici sau trombozici sunt de tipul acelora, care experimentul sunt produse prin excitaţia vagului.

Astfel există un paralelism între starea coloidală a sângelui şi labilitatea vegetativă, permiţând să legăm formarea trombozelor şi emboliilor, de o stare constituţională manifestată prin hipervagotonism.

g) Bankoff ajunge la aceiaşi concluzie că indivizii cu tromboze sunt vagotonici.

Nu mai puţin importante sunt modificările sanghine, consecutive actului operator, atât a elementelor figurate — şi dintre acestea hiperplachetoza este cea mai de seamă, cât şi elementelor chimice.

Actul operator creiază condiţiuni optime pentru naşterea unei trommboze: alterarea pereţilor vasculari, încetinirea circulaţiei ajută coaglutinarea plachetelor şi ca urmare a modificărilor morfologice şi biochimice ale sângelui, coagulare secundară se face extrem de uşor.

Trombosul, fiind format, ridicarea presiunei venoase, printr'un efort, produce mobilizarea lui.

Din aceste considerente putem folosi unele date pentru prevenirea şi constituirea trombozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL PREVENTIV.

Prevenirea trombozei venoase. Plecând dela ipoteza că indivizii cari fac tromboze venoase sunt hipervagotonici; G. Bankoff, preconizează tratamentul următor: la fiecare operat, începând din prima zi a operaţiei să se facă 1/2 miligr. atropină şi 1 1/2 miligr. efetonină. Injecţiile se fac la fiecare două zile. Trei injecţii în total. Şease ore după prima injecţie, numărul plachetelor scade la mai puţin de 100.000, hematiile cresc, iar timpul de coagulare se alungeşte. In cazul că nu s'a putut efectua testul tiroxinei, pe care-l practică, sfătueşte să se facă o injecţie preventivă la toţi operaţii.

Se vor evita traumatismele vasculare inutile; actul operator cât mai blând, hemostoza îngrijită, iar în ceea ce priveşte prevenirea trombozelor infecţioase se va institui un tratament preoperator cu sulfamide şi penicilină (Fredet).

Staza este combătută prin gimnastică precoce la pat, masaje şi ridicarea picioarelor patului.

In ceea ce priveşte ridicarea precoce, părerile sunt împărţite: Chalier şi Pachoud o susţin cu căldură. Nu de aceiaşi părere sunt Cotte, Villard care citează două cazuri mortale în urma ridicării precoce. La fel, Kraul nu permite ridicarea decât după ce viteza de sedimentare revine la normal.

Payr şi Cotte, preconizează tratamentul chirurgical sau prin injecţii sclerozante — preoperator — ale varicelor, la bolnavii ce prezintă varice.

HIPERCOAGULABILITATEA poate fi influenţată prin Citratul de sodiu, hirudinasă, lipitori sau auto-hemoterapie. In timpul din urmă au apărut două substanţe noi: heparina şi derivaţii Cumarinei.

Heparina este o substanţă anticoagulantă extrasă din ficat de Mac Lean şi Howell. Acţionează ca antitrombina sau antiprotrombină, împiedicând aglutinarea plachetelor. Se întrebuinţează sub formă de injecţii în jurul focarului operator sau pe cale venoasă în injecţii continui sau discontinui. Acţiunea ei pare manifestată. Astfel Crafoord şi Jorpes pe 325 operaţi preparaţi cu heparină, nu observă nicio embolie, pe când pe o serie de 1111 cazuri nepregătite, constată 9% trombo-embolie.

Derivaţii Cumarinei — descoperiţi de Olivier şi Mattei, Varangot şi Vassy. Se întrebuinţează numai Dicumarina. Diminuă protrombina, alungind timpul de sângerare, fără a influenţa timpul de coagulare. In timpul întrebuinţării se va verifica zilnic testul lui Quick (determinarea timpului protrombinei), supraveghind ca acesta să nu scadă sub 10—30% din normal. Orice scădere mai mare va trebui corectată energic prin administrarea intravenoasă de vitamina K.

Lehman, tratând 170 cazuri ginecologice cu Dicumarină, observă o singură embolie, în timp ce o serie de control îi da 9 flebite, 5 embolii cu 3 morţi.

Iradierea oaselor lungi a fost preconizată de R. Jurgens, plecând dela ipoteza, că bolnavii care fac tromboze sunt poliglobulici.

Trebue mărturisit că nicio metodă profilactică cu eficacitate sigură nu a fost găsită până în prezent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL TROMBOZEI CONFIRMATE.

Teoretic se vizează două lucruri: limitarea progresiei cheagului şi topirea cheagului format.

Şi în acest caz se continuă cu administrarea intensă de anticoagulante, mai ales Heparina şi Dicumarina.

Metode chirurgicale de prevenirea emboliei.

1. Imobilizarea riguroasă poate fi mult redusă prin:

a) **Infiltraţia simpaticului lombar,** metodă preconizată de Leriche, care trebue aplicată îndată ce au apărut primele semne de flebită. Acţionează asupra elementului vaso-motor, care însoţeşte orice obliteraţie vasculară, suprimând spasmul, micşorează staza şi evită progresia cheagului.

b) **Ligatura marilor trunchiuri venoase,** în sus de tromboză. Martins şi Rosenstein, recomandă ligatura V. femurale sau iliace. Collins, Mayo, Walters, Priestley, fac ligatura V. Cave inf. cu rezultate bune.

c) **Flebectomia** (R. Fontaine), înlocueşte cu succes intervenţiunile de mai sus. Consistă în a rezeca segmentul venos obturat. Are asupra ligaturei avantajul de a asocia la efectul mecanic şi efectul vaso-dilatator al rezecţiei venoase.

Flebectomia va fi precedată de o flebografie pentru a fi bine lămuriţi asupra sediului trombozei.

d) **Trombectomia** (Fründ, Kulenkamf, Unger). Se incizează vena — cele mai adeseaori V. safenă int. şi se extrag chiagurile sanghine prin exprimare sau cu pense, din femurală, iliacă sau chiar din cava inferioară. Sunt cazuri când niciun chiag nu se găseşte la operaţie. Din această cauză, flebografia este necesară. Unger pe 70 cazuri nu găseşte chiagul decât de 25 ori.

2. Metoda Willaret, Besançon şi Bardin, are ca scop profilaxia chocului embolic, prin urmare embolia începută, trebue să i se diminue efectele ei.

Constă în administrarea de simpatico mimetice, vagolitice şi alcalinizante.

Simpaticomimetic este efedrina. Se administrează 5—10 ctg. în 24 ore. Poate fi înlocuită prin sympatol, pressyl sau eftonină. Ca vagolitică se dă atropină în doze de 1—5 miligr. zilnic, iar ca alcalinizante bicarbonatul de natriu 5—10 gr. zilnic.

TRATAMENTUL CURATIV AL E. P.

(Exceptând complicaţiunile infecţioase):

A) Tratamentul medical.

a) Morfină, şi barbiturice contra neliniştei şi agitaţiei.

b) Analgetice — efedrină, strichnină, pressyl contra colapsului cardio-vascular.

c) Oxigen (acidul carbonic se va întrebuinţa cu precauţie — Geissendorf).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) Cardiotonice minus digitală (S. Frey) este recomandabilă ouabaină.

e) Metoda Villaret, Besançon şi Bardin.

f) Vaso-dilatatoare periferice: papaverină, acetylcholina şi eupaverina în doze de trei cm. repetate (Denk).

g) Infiltraţia ggl. stelat (Leriche şi Fontaine), bazată pe consideraţiuni analoage cu cele ce au călăuzit cercetările lui Villaret, Besançon şi Bardin. Dar după cercetările lui Leon Binet, inflitraţia ggl. stelat nu produce nicio vaso-dilataţie în domeniul circulaţiei pulmonare. Chiar Fontaine arată că rezultatele infiltraţiei sunt nesigure pe 5 cazuri cu un singur succes sigur.

h) Injecţie intravenoasă de novocaină (Dhos, Ghall, Bourdin şi Guiot). Se injectează 5—10 cm. novocaină fără adrenalină. Influenţează întrucâtva dispneea. Metoda aceasta dă rezultate foarte nesigure. S'au citat câteva cazuri mulţumitoare, dar s'au înregistrat şi agravări care au mers până la o moarte rapidă.

i) Injecţiunile intrapleurale de novocaină la locul unde apare durerea (Kurt Lange).

j) Infiltraţia frenicului (Meissner şi Peters).

B) Tratamentul chirurgical al emboliei pulmonare.

Adevăratul tratament ce poate vindeca E. P. este numai cel chirurgical.

Operaţia a fost preconizată şi executată de Trendelenburg în 1907. Incercarea nu a fost urmată de succes. In 1924, Kischner,

elevul lui Trendelenburg, execută cu succes pentru prima dată această intervenţie.

Până la 1939 pe un total de 130 cazuri numai de 12 ori intervenţia a reuşit, salvând bolnavii.

In 1940, R. Nicolle (din Basel), execută cu succes operaţia la o bolnavă, care face această complicaţie la trei săptămâni în urma unei hysterectomii. La 22 de zile în urmă, bolnava face o nouă embolie; se reintervine şi după 17 ore, subcombă prin pneumonie prin aspiraţie.

Din totalul cazurilor operate, 4 aparţin lui W. Meyers, 2 lui Nyström, 2 lui Crafoord şi 1 lui Valdoni.

Prin urmare, embolectomia pulmonară este grevată de mortalitate de 90%. Pentru Eichelter, încercările nereuşite, cunoscute, sunt în număr de 160. In realitate numărul trebue să fie mai mare, deoarece unii chirurgi nu ş'au publicat eşecurile lor.

Pentru ca această intervenţie să aibă sorţi de izbândă, este absolut obligator să îndeplinească următoarele trei condiţiuni:

a) Organizarea materială specială studiată în cele mai mici amănunte.
b) Indicaţie precisă (diagnostic exact şi localizarea leziunei).
c) Technica impecabilă.

Timpul de care dispune un chirurg, pentru a interveni util este în medie 30—35 minute, putând ajunge uneori până la câteva ore.

Diagnosticul clinic fiind pus, trebuiesc încercate metodele medicale expuse mai sus, care după caz pot vindeca unele embolii periferice sau să amelioreze starea altora, permiţând astfel să se facă pregătirea materială a intervenţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când se intervine?.

Willy Meyers, intervine când bolnavul începe să moară.

De Takats şi J. Jesser sfătuesc să se opereze cazurile grave, dar nu imediat mortale.

Nyström operează bolnavii care supravieţuesc 10 minute.

In concluzie, operaţia este indicată la bolnavii, la care nu există alt mijloc de scăpare (H. Redon).

Factorul timp jucând un rol atât de important în reuşita intervenţiei, este indispensabil ca în fiecare centru chirurgical, să existe un serviciu de gardă care să dispue de următoarele elemente în permanenţă: un chirurg, care să posedă technica precisă a intervenţiei, ajutor, ajutor instrumentar şi tot materialul pregătit.

Prin mijloace rapide aceste elemente pot fi transportate (în cel mult 30 minute) la locul bolnavului, unde să se execute operaţia.

Materialul.

In afară de instrumentele necesare unei toractomii, mai sunt indispensabile următoarele:

1. O pensă ciupitoare specială la rezecţia rapidă şi netedă a marginei stg. a sternului.

2. O pensă specială destinată să treacă prin napoia arterei pulmonare, o sondă de cauciuc, care face hemostază temporară a arteriotomiei.

Această pensă are la extremitatea sa un sistem, care permite fixarea rapidă a sondei cu ajutorul unui dispozitiv în baionetă.

3. O pensă pentru extracţia chiagurilor intra-arteriale.

4. O clampă cu braţele suple, învelită cu pânză fină pentru închiderea provizorie a arteriotomiei în timpul suturei arteriale.

5. O pensă de disecţie fără ghiară cu braţe lungi, învelită în pânză, destinată să apuce artera în timpul când se plasează clampa.

6. Materialul de sutură este compus din ace fine, curbe montate cu fire de in sau mătase rezistente şi trecute printr'un ulei.

Instrumentele aşezate în trusă în ordine sunt prezentate chirurgului de ajutorul instrumentar în ordinea precisă a timpilor operatori.

Chirurgul trebue să posede technică la perfecţie fără tatonări. In acest scop este necesar să execute în prealabil de nenumărate ori pe cadavru, cronometrând timpul până ajunge să o efectueze precis şi în minimul de timp.

Operaţia. (După W. Meyers citat de H. Redon), chestiunea anesteziei nu se pune, mai cu seamă dacă chirurgul se conduce după sfatul lui W. Meyers, cel mult dacă operaţia reuşeşte, se face anestezie locală pentru închiderea peretelui.

Churchill preconizează o intubaţie intra-trachează, permiţând să se utilizeze O sau CO^2 în cursul respiraţiei artificiale. Acest procedeu face mai puţin periculoasă deschiderea pleurei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. **Linia de incizie** este un T orizontal (Trendelenburg) compus din o ramură verticală parasternal sau paramedian stâng şi o ramură orizontală paralelă cu coasta II.

2. **Toracotomia** după ridicarea lambourilor.

In timpul acesta trebue menajată cu orice chip pleura, deoarece deschiderea ei este urmată de un choc de multe ori mortal sau infecţii grave.

Grilajul costal denudat, operatorul începe liberarea condrală, imediat lângă stern: Cu rugina curbă se denudează unghiul sterno-costal şi se pregăteşte trecerea ruginei Doyen, care lucrând dinăuntru, liberează coasta; se secţionează atunci cartilagiul răzând sternul şi coasta la 6—8 cm. înafară.

La fel se procedează şi cu coasta III şi uneori dacă este cazul cu coasta IV-a.

Se rezecă apoi cu pensa specială sternul pe o distanţă de 2 cm. Acest lucru face ca pleura să fie ferită în timpul descoperirii pericardului.

3. **Descoperirea pericardului şi pericardotomia.**

In partea inferioară a inciziei, deasupra coastei a 4-a, cu foarfecele curbe, închise, se degajează fundul de sac pleural, în timp ce cu indexul stâng, se eliberează grăsimea de pe pericard. Vasele mamare sunt îndepărtate odată cu pleura.

Pericardul este incizat vertical, apoi cu două degete introduse în cavitatea pericardică se continuă secţiunea în sens vertical.

Pentru a fi siguri că pleura nu va fi atinsă, se poate sutura pericardul prin câteva puncte la tegumente.

4. **Reperarea arterei pulmonare** și trecerea pensei cu sondă.

Recunoașterea arterei se face după situația anatomică și după aspectul său turgid și în tensiune, pe când aorta este flască și turtită. Cu toate acestea, mari chirurgi au comis greșala și au deschis aorta. Leriche recomandă puncția diagnostic cu un ac foarte fin. Artera recunoscută, indexul, liberează marginea stângă a arterei pentru a ușura trecerea sondei și apoi marginea dreaptă pe unde va ieși sonda.

Sonda trecută pe sub arteră și fixată este încredințată ajutorului.

5. **Arteriotomia.** Se face o incizie longitudinală de 2 cm. Prin aceasta se scurge sânge sau (poate chiar chiaguri intracardiace. Se ridică artera prin tracțiune pe sondă și se introduce pensa pentru chiaguri.

Pensa explorează întâi ramura dreaptă. Este introdusă în trei rânduri în arteră, în sens orizontal.

In acest moment cu indexul și policele stâng se închide breșa arterială, sonda este relaxată și se permite sângelui să treacă prin arteră înainte de a se explora ramura stângă care nu se face decât, atunci când cordul este regularizat.

Pensa este introdusă apoi vertical în ramura stângă în 3 reprize.

6. **Sutura arterială.** După terminarea embolectomiei, cu pensa de disecție se apucă extr. superioară a breșei arteriale și se afrontează buzele și se așează clampa curbă în așa fel încât să nu lase stofă decât strict necesară pentru sutură și să se permită o trecere cât mai largă a sângelui prin arteră.

Sonda retro-arterială este scoasă.

Nu se trece la sutura arterială, decât dacă cordul funcționează și respirația este restabilită. In cazul când este oprită, se practică masajul inimei, se face o injecție intracardiacă sau intraaortică cu adrenalină sau ouabaină în plus respirația artificială.

Artera este suturată prin puncte separate, operatorul ținând tot timpul clampa și ajutorul făcând nodurile fără să strângă prea tare.

După terminarea suturei se ridică clampa și se verifică etanșitatea suturei.

7. **Sutura pericardului.**

8. **Inchiderea peretelui.**

Din cauza fragilității centrilor nervoși, timpul de ocluziune complectă al arterei, nu poate trece de 45 secunde, după cum a socotit și Trendelenburg.

Complicațiunile infecțioase ca: pericardita, mediastinita sunt obișnuite. Vor fi combătute energic cu sulfamide și penicilină.

Complicațiuni imediate ca: deraparea clampei și deschiderea aortei au ca urmare moarte imediată.

Oprirea cardiacă în timpul operației este frecventă și după caz, se acționează diferit; dacă se explorează artera se continuă intervenția, dacă este vorba de un timp inițial sau terminal se va face tot posibilul să se readucă cordul în funcțiune.

Recidivele sunt frecvente și din cauza gravității operației cei mai mulți chirurgi sunt pentru operațiile venoase preventive (ligatura venei, flebectomie sau trombectomie venoasă).

Digitized by Centrul Universitar Iași / Digitized by Google

II.

Medicină cu specialităţi

PENICILINA IN TRATAMENTUL SIFILISULUI NEVRAXIAL

de

Conf. Dr. STATE DRĂGĂNESCU şi **Dr. BOGDAN VASILE**

Rezultatele strălucite obţinute cu penicilină în diferitele afecţiuni cauzate de germenii Gram pozitivi şi o parte din cei Gram negativi au fost un impuls pentru o serie de cercetări experimentale şi apoi clinice interesând toate capitolele patologiei medicale.

Posibilitatea aplicării eficace a penicilinei în sifilis a reţinut dela început atenţia clinicienilor de peste Ocean.

1. In tratamentul sifilisului recent, Mohoney [1]) a fost primul care a introdus penicilina pe 4 cazuri, cu doze de 25.000 U. O. la 4 ore interval, administrate pe cale intramusculară, timp de 8 zile. Agentul patogen dispare din şancru la 16 ore dela începutul tratamentului, iar ca evoluţie ulterioară, după 9 luni bolnavii au sero-reacţia încă negativă, B. W.

Digitized by Centrul Național de Informare și Documentare în Medicină

După aceste rezultate excelente apar numeroase alte date, dintre care semnalăm cele mai importante.

Moore [2]) **şi colaboratorii** tratează 1418 cazuri, cu doze totale de 60.000—1.200.000 U. O. ei ajung la concluzia, că insuccesul tratamentului penicilinic în sifilis, este datorit în primul rând dozelor prea mici şi în al doilea rând instituirii tardive a tratamentului. Calea de elecţie pentru aceşti autori este cea intramusculară.

Leifer [3]) din 96 de bolnavi trataţi cu 1.200.000 U. O. penicilină şi urmăriţi timp de un an găseşte numai 8 cazuri cu reşute, din care 7 aveau sifilis secundar. Din 72 de bolnavi urmăriţi până la 20 de luni, 70 rămân cu seroreacţia negativă.

Craig [4]) tratează 250 de bolnavi cu sifilis recent, cu doze totale de 2.400.000 U. O. penicilină (a trei ore interval câte 40.000 U. O. timp 7 zile şi jumătate) obţinând rezultate bune în 237 cazuri. In 7 cazuri tratamentul a eşuat complet şi în 6 cazuri s'au produs recidive la intervale variabile.

Ca o urmare firească a rezultatelor menţionate cu totul sumar mai sus, a fost introducerea oficială a tratamentului cu penicilină a sifilisului primar şi secundar în armata americană la 11 Octombrie 1944, fixându-se doza totală a unei cure la 2.400.000 U. O. administrată intramuscular la trei ore interval câte 40.000 U. O.

E. M. Lourie[4] tratează 17 cazuri de sifilis primar secundar — ambulatoriu — cu o doză totală de 9.000.000 U. O. penicilină timp de 5 zile, făcând 3 ore la rând, în cursul dimineţii, câte 600.000 U. O. pe oră. Cu acest dozaj se realizează o concentraţie de 5—20 U. O penicilină pe cc. de ser, timp de 3—4 ore. In vitro, spiroceta este distrusă prin această concentraţie într'o proporţie de 99% în 3—4 ore, ceea ce nu se obţine cu doze mai mici. Depe suprafeţele leziunilor spirochetele dispar în 1—2 zile, iar titrul anticorpilor serici se reduce la zero, în 4—7 săptămâni în infecţiile seropozitive. In luesul secundar negativarea se obţine în 8—20 săptămâni, fără nicio recidivă. Cu această metodă de administrare a penicilinei infecţiunea sistemului nervos (meningita sifilitică secundară sau primară) este excepţională, deşi concentraţia minimală în penicilină a lichidului cefalo-rachidian atinge abia 1% din concentraţia serică.

2. Incercările de aplicare a penicilinei nu s'au oprit la sifilisul recent dermatologic, ci s'au extins şi în **domeniul sifilisului tardiv** şi în special al **neuro-sifilisului.**

Administrând penicilina exclusiv pe cale intramusculară la 122 de bolnavi de neuro-lues, **Stokes**[5]) şi colaboratorii (Sept. 1944) obţin ameliorări cu doze totale de 1.200.000—4.000.000 U. O. In paralizia generală simplă, din 30 de cazuri tratate în 15 ameliorări 50%, în 8 ameliorare 75% şi într'unul vindecare completă. In paralizia generală demenţială 2 ameliorări din 10 cazuri tratate. In tabes din 14 cazuri la doi bolnavi dispar durerile fulgurante. In sifilisul meningovascular la 40% dintre bolnavi, ameliorări importante. In atrofia optică un singur caz ameliorat din 7 cazuri tratate.

Recent **Stokes, Feiger**[6]) şi o serie de colaboratori revin asupra cazurilor de mai sus la care adaugă o nouă serie de 101 de cazuri de neuro-lues, observate pe o perioadă de 3 ani. Ei conchid, că o cură de cel puţin 4800.000 U. O., penicilină administrată în 7—8 zile, pe cale strict i. m. poate fi utilă în neuro-lues. Rezultatele cele mai bune le găsesc în sifilisul lichidian (asimptomatic), în care obţin o negativare în 60% din cazuri, după o perioadă de observaţie prelungită. In ce priveşte celelalte forme de neuro-sifilis, autorii nu dau rezultate lichidiene sau clinice mai mulţumitoare decât în cazurile semnalate anterior. Ei au aplicat la o serie de bolnavi doze de penicilină ridicate (10.000.000 U. O.), cu eficacitate nu mult superioară.

Pentru a pune agentul patogen într'un contact mai intim cu penicilina, o serie de autori încearcă administrarea penicilinei pe cale intrarachidiană. Astfel **Douglas Goldman**[7]) tratează o serie de 18 bolnavi de sifilis nervos (p. g.) cu manifestări serologice, lichidiene şi clinice. In 11 cazuri se administrează 900.000 U. O. în 6 zile pe cale intramusculară şi câte 10.000 U. O. intrarachidian, în primele două zile, ridicând doza la 20.000 U. O. în următoarele. După o lună, o nouă cură de 1.000.000 U. O. intramuscular. In 7 cazuri se institue electropirexie (şedinţe de 2—3 ore la 40°,5 ajungându-se după trei patru săptămâni la 30 de ore de febră) urmată de două

cure de 1.000.000 U. O. penicilină la o lună interval (câte 25.000 U. O. la trei ore interval), cu următoarele rezultate: 8 bolnavi cu remisiune rapidă, 8 ameliorați și două cazuri letale (erau muribunzi dela începutul tratamentului).

Neyman[8]) și colaboratorii (Iunie 1945) tratează 5 cazuri de paralizie generală cu penicilină pe cale intramusculară și suboccipitală în doze de 350.000 U. O. zilnic i. m. și 30.000 U. O. suboccipital. Dozele de 100.000, până la 40.000 au cauzat pe cale suboccipitală reacțiuni toxice: contracțiuni musculare generalizate și semne de iritație meningee cu rigiditate a ceșii și uneori Kernig. Tratamentul s'a continuat 15 zile, după care reacțiile serologice devin negative la doi bolnavi.

A. S. Rose și colaboratorii[9]) tratează 70 de bolnavi de neurolues, administrând câte 50.000 U. O. la trei ore interval, până la doza totală de 3.000.000 U. O., pe lângă tratamentul piretoterapic prin substanțe chimice sau impaludare. Rezultate: 28 ameliorări, 5 agravări iar în 37 de cazuri nicio modificare.

Cele mai bune rezultate se obțin în paralizia generală. Ca modificări lichidiene se semnalează după o creștere trecătoare a pleocitozei, scăderea numărului elementelor și a albuminei, iar mai târziu o scădere în intensitate a reacției Bordet-Wassermann.

In urma acestor rezultate bune, obținute de autorii străini, am aplicat și noi în câteva cazuri de neuro-lues penicilinoterapia. Iată în rezumat observațiile.

Observ. 1-a. — Ant., 54 ani. Oftalmoplegie totală dreaptă. Tabes. Disbet, reumatism poliarticular deformant. (Cazul unuia din noi cu D-r Chiricean) L. c. r. (24 Oct. 1946): Pandy pozitiv, Nonne Apelt slab pozitiv, Albumina 0,25%. Benzoe coloidal: 0022221100. R. W. pozitiv. Ameliorare clinică, în urma unui tratament arsenical pentavalent, asociat cu bismut și piretoterapie (sulf). După 3 luni, lichidul abia ușor modificat. Se institue un tratament penicilinic (2.500.000. U. O. în 12 zile pe cale intramusculară și suboccipitală (acesta cu 10.000, apoi 20.000. U. O. zilnic). Ultima punctie suboccipitală arăta un lichid cu toate reacțiile negative, afară de reacția B. W., care se menține slab pozitivă (dubios). Ameliorarea clinică netă, oftalmologia dispare.

Observ. 2-a. — Gr. V., 50 de ani, P. G. P. cu deficit psihic moderat (continuă profesiunea de avocat) și disartrie. L. C. r. prezintă reacții pozitive. Bolnavului i se aplicase anterior, în repetate rânduri un tratament piretoterapic și medicamentos, însă incomplect (intoleranță la arsenicale și stare refractară la mijloacele piroterapice suficiente). Tratament penicilinic în 1945, în același mod, ca în cazul precedent, cu o manifestă ameliorare clinică (putere de muncă crescută) fără ameliorări lichidiene. Remisiunea se menținea încă în Iulie 1947.

Observ. 3-a. — Bolnavul R., de 49 ani, face în cursul unui P. G. P. și hipertensiune arterială, un ictus cu hemiplegie dreaptă, afazie și azotemie. L. c. r.: în momentul accidentului toate reacțiile intense pozitive, cu 2,5 limfocite pe mmc. In acest caz, singura metodă posibilă de tratament era penicilina. Am dat 500.000, U. O. pe zi, până la doza totală de 5.000.000, U. O. După a patra zi de administrare intramusculară se asociază și cea intrarachidiană, folosind în mod alternativ, o zi calea suboccipitală și o zi cea lombară, 10.000—20.000. U. O. odată. La sfârșitul tratamentului nicio ame-

liorare lichidiană, deşi clinic s'a obţinut o remisiune evidentă, psihică şi vindecarea hemiplegiei. După tratamentul penicilinic s'a prescris stovarsol (20 gr.), însă nici după aceasta nu s'a modificat lichidul, ceea ce a dus la punerea indicaţiei de impaludare. Nu a tolerat însă decât trei crize malarice. In prezent continuă stovarsol sodic. Starea sa i-a permis reluarea ocupaţiei (cazul unuia din noi cu D-r Torosian).

Observ. 4-a. — Priveşte un bolnav tratat de unul dintre noi împreună cu D-r **L. Marinescu.** I. M. de 44 ani, în Noembrie 1941, primele fenomene clinice de P. G. P. Incapacitate de lucru, uşoară agitaţie, disartrie, etc. L. c. r. B. W. intens pozitiv, Pandy şi Nonne Apelt pozitive, Limfocite 2 mmc. Albumină 0,33%. Ameliorare clinică manifestă, cu scăderea reacţiunilor lichidiene după o cură de malarie. Lichidul nu se negativează decât după un an, în care timp s'a aplicat un tratament suficient cu pentavalente, care se continuă şi anul al doilea. In Dec. 1943, puncţia lombară arată din nou reacţiuni slab pozitive. Se instituie un tratament piretogen cu sulf asociat cu arsenic pentavalent, care nu modifică formula lichidiană, deşi din punct de vedere clinic, capacitatea de lucru este sporită. In cei trei ani care urmează, bolnavul îşi continuă ocupaţiile în mod normal. In Martie 1947, în urma unei activităţi extenuante, bolnavul prezintă o stare de uşoară agitaţie, euforie, logoree, scăderea simţului epicritic şi stări de mare oboseală. La controlul lichidian, în Mai 1947, se găseşte: R. B. W. intens pozitivă, Pandy pozitiv. Nonne Apelt slab pozitiv, 0,5 limfocite pe mmc. Albumină 0,60 la mie, Benzoe coloidal subpozitiv în zona sifilitică.

Se institue un tratament penicilinic de 200.000 U. O. la trei ore, timp de zece zile, făcându-se în total 15.800.000 U. O. pe cale intramusculară şi 200.000 U. O. pe cale intrarachidiană, dintre care 6 prin puncţii suboccipitale şi două pe cale lombară, introducându-se câte 10.000—25.000 U. O. de fiecare dată. După primele 4 inj. intramusculare de 200.000 U. O., bolnavul face o reacţie febrilă până la 39 grade, care durează 12 ore. După a 6-a inj., face o erupţie scarlatiniformă, foarte pruriginoasă, mai accentuată pe abdomen şi faţa internă a coapselor. Se administrează Euphoryl per os, o inj. de clorură de calciu i. v. şi una de ephedrină s. c., după care pruritul dispare. A doua seară, temperatura se ridică din nou la 38°. C, erupţia se accentuează mult. In regiunea plicilor inguinale apar pe fondul roşu violaceu numeroase vezicule mici cu un conţinut seros. Pe torace, în jurul mameloanelor, apar câteva pete congestive nepruriginoase cu diametrul de 1/2 cm., la început de culoare roz palidă, devenind din ce în ce mai intens colorate, pentru ca după 12 ore să fie violacee, apoi centru se decolorează, petele luând aspect inelar cu margini violacee şi centrul roz. Dispar după 36 ore. Incepând din ziua a 3-a temperatura rămâne sub 37,5 C. Pe tot restul corpului şi în special la plici, erupţia îşi păstrează caracterele iniţiale până în ziua a 7-a, când începe o descuamaţie fină. După 4 zile dela ultima inj. dispare orice urmă de erupţie şi descuamaţie. Puncţiile suboccipitale au fost bine suportate, după fiecare instalându-se uşoare vărsături şi dureri mari în regiunea frontală dreaptă. După 6 ore dela puncţie, dureri fulgurante în membrele inferioare. A 10-a zi, la ultima injectare rachidiană, l. c. r. a dat următorul rezultat: B. W. pozitiv cu lichid normal, negativ cu lichid inactivat, uşoară reacţie limfocitară (22 celule pe mmc.), albumină 0,50 la mie, Pandy slab pozitiv. Benzoe coloidal 0120012000.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest caz deci din punct de vedere al lichidului cefalo-rachidian găsim o modificare a reacţiilor, fără a înregistra o totală negativare, imediat după terminarea tratamentului. Dacă am fi administrat în continuare penicilina în doze mari, nu ştim dacă rezultatul ar fi fost mult schimbat, deoarece, după cum rezultă şi din observaţiile altor autori, numai începând dela două luni după tratament se poate aştepta un rezultat mai satisfăcător. La acest bolnav ulterior s'a aplicat un tratament piretoterapic levură de bere în sol. 5%, metodă piretogenă preconizată de prof. Urechia asociat cu stovarsol.

Aspectul farmacodinamic al penicilinoterapiei în neurosifilis.

Cercetările savantei **Lina Stern** au arătat, că trecerea diverselor substanţe din sânge în L. c. r. şi ţesutul nervos este reglată la nivelul sistemului complex, care constitue **bariera hemato-nevraxială**, asupra căreia nu insistăm. (Vezi referinţe în monografia: Lichidul Cefalo-rachidian de D-r State Drăgănescu şi D-r Grigorescu). In ce priveşte neuroluesul, altă dată, **G. Marinescu** pe de o parte, **Swift-Ellis** pe de alta, au arătat că dificultăţii de trecere a Salvarsanului în L. c. r. se datoreşte în parte insuccesul tratamentului pe cale sanguină, ceea ce a dus la introducerea de ser salvarsanizat în spaţiile subarachnoidiene cu bune rezultate **(metoda Marinescu-Swift Ellis)**. La început, când penicilina se administra în doze relativ mici, toţi autorii au fost de acord, că penicilina nu traversează bariera hematonevraxială, decât în doze extrem de mici, care nu se pot pune în evidenţă. Din momentul, în care s'au putut folosi cantităţi mari de penicilină în scop experimental sau terapeutic concepţiile s'au modificat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel: **Mac Dermot** [10]), studiind trecerea penicilinei în L. c. r. la bolnavii trataţi de neurolues pe cale parenterală, o pune în evidenţă în cantităţi foarte mici în L. c. r. după inj. i. m. de 300.000—500.000 U. O. El trage concluzia, că penicilina traversează bariera hematonevraxială în proporţie foarte mică. **Schwemlein** injectând goutte à goutte i. v. 10.000.000—50.000.000 U. O., penicilină în 24 ore, disolvată în 1000 cc. apă, găseşte în l. c. r., o concentraţie de 0,02—0,55 U. O. pe cc., deci traversarea barierei hematonevraxiale, în cazul penicilinei este în funcţie de doză.

După **Barker Beeson** [11]) în sistemul nervos central pot exista cantităţi eficiente de penicilină, chiar dacă nu se pot pune în evidenţă în l. c. r. In legătură cu concentraţia utilă a penicilinei, **Mac Dermot** atrage atenţia asupra faptului că **0,078 U. O.**, penicilină pe cc. de ser este concentraţia eficace contra treponemei şi nu este necesar să se obţină una superioară, factorul important fiind timpul cât se menţine. Pentru a ajunge la această concentraţie de 0,078 timp de 120—220 ore, sunt necesare 1.600.000—3.000.000 U. O. administrată în 8—12 inj. pe zi timp de 10—15 zile.

Bronfenbrenner şi **Favour**, stabilesc în 1945, că se poate întârzia eliminarea penicilinei şi prelungi astfel durata concentraţiei eficace prescriind un regim sărac în sare şi apă (3 gr. sare şi 1000—1500 cc. apă în 24 ore) şi acid benzoic per os, în doze de 2,5 gr. divizat în 4 capsule, la 4 ore odată.

Tot acest scop urmăreşte şi **Kirby**, care preconizează penicilina

uleioasă (disolvată în ceară de albine) injectată subcutan în doze de 600.000 U. O. (2 cc. de substanță) odată sau de două ori în 24 ore.

Din datele de mai sus rezultă, că pentru a obține o concentrație eficientă și de durată, în l. c. r., este necesară introducerea intrarachidiană a penicilinei.

Technica tratamentului intrarachidian este suficient de cunoscută; credem însă aici util a aminti principalii factori, care pot cauza accidente:

1. Prezența unor impurități în lichidul disolvant, dând naștere la reacțiuni meningeale aseptice.

2. Dozajul excesiv, care dă accidente grave, ca accese epileptiforme, paralizii.

3. Inocularea unui germen de infecție secundară (piocianic).

Pentru a stabili **doza maximă de pennicilină,** care se poate injecta fără pericol intrarachidian, **Neyman** și colaboratorii au introdus doze de 100.000—80.000—30.000 U. O. pe cale suboccipitală, obținând reacțiuni toxice convulsii generalizate, iritație meningee cu redoarea cefii și Kernig. Așa s'a ajuns a stabili că, doza maximă care se poate introduce intrarachidian fără nicium pericol este 30.000 U. O. diluată în 20 cc. lichid din care 10 cc. ser fiziologic și 10 cc. l. c. r.

Majoritatea autorilor care au tratat sifilisul cu penicilină, semnalează reacțiuni de focar, care au fost descrise de Herxheimer în cursul arsenoterapiei. Reacțiunea Herxheimer pare a fi constantă în sifilisul recent, tratat cu penicilină, unde se caracterizează ca și în cursul arsenoterapiei, prin creșterea tranzitorie a eruptiei, eventual reacțiune febrilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sifilisul tardiv sau neurolues se pot produce șocuri terapeutice, mai ales când tratamentul a început cu doze mari, constând în convulsii generalizate sau jacksoniene, exagerarea durerilor fulgurante, etc.

Intr'un caz de sifilis tardiv cu localizări viscerale și nervoase la un bolnav de 50 de ani (caz. prof. D-r Sisești cu unul din noi) după administrarea a 100.000 U. O. penicilină, făcute pentru o boală intercurentă, apar halucinații (bolnavul avea senzația că sunt cristale de penicilină pe tegumente), delir și stare subcomatoasă, care durează 4 zile, după care se instalează un sindrom poliradiculonevritic, asupra naturii căreia suntem puțin edificați (reacție Herxheimer?).

Aceste fenomene reapar când i se institue peste trei săptămâni un tratament masiv cu penicilină (4.000.000 U. O. în zece zile) însă mult mai atenuate.

Datele expuse mai sus și observațiile noastre ne îndreptățesc a afirma că în neuro-lues, numai tratamentul cu doze mari de penicilină, administrate pe cale mixtă, i. m. și intrarachidiană poate fi eficace, ducând pe lângă ameliorarea clinică, la negativarea lichidului.

Tratamentul numai pe cale i. m., după cum se vede și din rezultatele lui Stokes, — cu excepția cazurilor de sifilis fără manifestări clinice (sifilis lichidian) — nu poate constitui o metodă în neurolues, superioară malarioterapiei.

Scopul pe care trebue să-l urmărim în tratamentul neuro-luesului rămâne vindecarea clinică cu negativarea lichidului prin toate mijloacele terapeutice. De aceea se impune obligaţiunea de a asocia tratamentul penicilinic pe cale mixtă cu piretoterapia şi atunci când starea hepato-renală permite, cu medicaţie arsenicală pentavalentă. In toate cazurile însă, în care starea generală a bolnavului nu permite instituirea unui tratament piretogen, penicilinoterapia, chiar şi numai pe cale intramusculară, cum o aplică Stokes, rămâne tratamentul cel mai indicat.

BIBLIOGRAFIE

1) J. F. Mahoney; Am. J. Syph. Gonorh. & Ven. Dis. 27 p. 525-528 Sept. 1943. — 2) Moore şi col. J. A. M. A. 126. p. 67-73 Sept. 1944.— 3) Leifer şi col. J. A. M. A. 129. p. 1247-1251 Sept. 1945. — 4) E. M. Lourie: Lancet 6379. 1945. — 5) J. H. Stokes şi col. J. A. M. A. 126 p. 73-79 Sept. 1944 — 6) J. H. Stokes şi col. W. Kl. Wchschr. No. 11-12 1947. — 7) D. Goldman: J. A. M. A. 128 No. 4 1945. — 8) Neyman: J. A. M. A. 128 No 6 1945. — 9) A. S. Rose: Urol. Cutan. Rev. No. 49 1945. — 10) Mac Dermot: Bull. North African Theat. 2 No. 10-12 1944. — 11) Barker Beeson: Ann. de Dermatol et de Syph. Iulie-August 1946.

ACHIZIŢIUNE RECENTĂ DE TRATAMENT IN „ENUREZA NOCTURNĂ"

de

D-r VASILE GASNAŞ

Specialist în Pediatrie şi Puericultură — Galaţi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am căutat să scriu această lucrare datorită rezultatelor bune, obţinute prin achiziţiunile recente de tratament în Enureză Nocturnă — boală ce este în continuu progres. Ţinând seama de considerentele sociale, ca risipă de lingerie, miros neplăcut şi de frica şi chinul copiilor, or ce contribuţie adusă la cunoştinţa generală pentru înlăturarea acestui rău este justificată. La aceasta se mai adaugă faptul că, copiii mai mărişori sunt mereu hărţuiţi şi batjocoriţi de către cei din jurul lor şi că părinţii nepricepuţi consideră această boală drept obrăznicie, care trebue înlăturată. Astfel ne putem face o imagine aproximativă a timpului copilăriei acestor copii. La aceasta se mai adaugă şi dificultatea cu care se procură rufe noi şi material de spălat în împrejurările de astăzi. Intreagă problema a vindecării acestor copii este deci destul de importantă, spre a indica o cale simplă, realizabilă ambulatoriu, în împrejurările actuale. Prin enureza nocturnă se înţelege o evacuare involuntară a urinei în somn, dincolo de vârsta la care copiii se obişnuesc să-şi reţină udul (cel mai târziu în cursul anului 2 ziua, al anului 3 şi noaptea Popovici, Rochet). Micţiunea involuntară nocturnă astfel înţeleasă se produce în general în primul somn. Ea este precedată de oarecare agitaţie. Copilul se mişcă însă nu se deşteaptă. Ea poate să se repete de 2—3 ori într'o noapte, în cazurile de o anumită intensi-

iate. Insă în general micţiunea din primul somn, (care este cel mai profund) este cea mai constantă şi care dispare ultima când se produce vreo ameliorare. Câteodată micţiunea se întovărăşeşte de un vis, câteodată ea deşteaptă bolnavul, însă cel mai adesea el rămâne adormit şi nu-şi aminteşte nimic la deşteptare (Ed. Weil et G. Mouriquand).

In privinţa **etiologiei** cauzele generale şi locale sunt cel mai adesea obscure. Este poate posibil să fie ceva ereditar, deşi nu totdeauna prin anamnează găsim că unul sau ambii părinţi ar fi suferit în tinereţe de o boală similară. Kisticenco susţine că 44% din cazurile întâlnite de dânsul se datorau unui sifilis, ceea ce nu este confirmat nici de D-r P. Zehn — care a studiat această chestiune pe 300 de cazuri — nici de noi care am examinat complect 71 de copii ce sufereau de această boală. De asemenea bazat pe numărul de observaţii făcute de mine nu admit drept origină a boalei fenomenul degenerativ al copiilor sub formă de imbecilitate şi nici alte maladii psiho-patologice, (fapt susţinut şi de Zehn). După cum a stabilit de curând şi Tieman, enureza este atât de frecventă printre copiii inteligenţi şi talentaţi, încât trebue să găsim alte cauze ale boalei. Se incriminează din când în când câte o fimoză, balanită sau frenul prea scurt. Totuşi din cele mai multe ori, înlăturarea acestor defecte, nu suprimă enureză pentru multă vreme.

Aceste cazuri reprezintă însă numai un procent de 10—12% (Zehn). La ceilalţi tineri nu se pot dovedi asemenea defecte. La fete nu găsim niciun punct de sprijin exterior pentru enureză. Este înlesnitor faptul că adesea poate să existe o hipostenurie. Urina are adesea greutatea specifică scăzută chiar şi atunci când stăruim să bea cât mai puţin posibil. Această dispoziţie dată în interesul vindecării, este respectată în totdeauna cel puţin de copiii mai mărişori. Adesea părinţii susţin că copilul n'ar fi băut mai mult de 250—300 gr. lichid că vezica ar fi fost golită complect înainte de culcare şi totuşi copilul ar fi eliminat o mare cantitate de urină, noaptea în timpul somnului. Desigur că nu se poate determina exact cantitatea de urină eliminată, însă adesea auzim vorbind că copilul a „înnotat". Zehn a remarcat de asemenea şi afirmaţie contrară: se spune de pildă că bolnavul ar fi băut mult lichid imediat înainte de culcare şi că totuşi aşternutul ar fi rămas uscat. Totuşi susţine că aceasta nu se întâmplă prea des. La toate aceste procese are desigur un rol sistemul nervos. Este vorba de sistemul simpatic şi para-simpatic. Plexul hipogastric, care aparţine de sistemul simpatic—are misiunea de a împiedeca golirea, deci de a îngriji de închiderea vezicei pe când nervul pelvian — care aparţine de sistemul parasimpatic are misiunea de a excita, golirea, producând prin relaxarea sfincterului intern — golirea vezicei. Din acest antagonism al acestor nervi se formează ceea ce denumim „tonusul vezicei" (Zehn). De aceia rădăcinile acestor nervi se află în măduva sacrală, iar cele ale flexului hipogastric la extremitatea inferioară a măduvei lombare de unde sunt apoi continuate spre creer, putem admite că este vorba de o turburare congenitală. Conducerea nu-i

Digitized by Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu

complect paralizată, însă capacitatea ei de lucru este după greutatea boalei — mai mult sau mai puţin tulburată. De oarece golirea este complect supusă voinţei omului, scurgerea se face însă pe cale pur reflexă şi abia închiderea vezicei se poate iarăşi face după voinţă — tot acest procedeu este denumit tonusul vezicei. Nevoia de a urina este transmisă conştiinţei noastre, prin contracţiunea muşchilor vezicei, care se produce — după ce vezica s'a umplut. Aici trebue să căutăm îmbolnăvirea. Tonusul vezicei nu funcţionează. Creerul nu este anunţat că vezica s'a umplut, iar în caz de diureză depăşită — nu este posibilă trezirea. Urina este golită în pat, fără să-şi dea bolnavul câtuşi de puţin seama. La enureză diurnă care se întâlneşte mult mai rar decât cea nocturnă, nu trebue să ţinem seamă numai de conducerea deficitară a măduvei sacrale, ci şi de factorul educaţiunei — care nu trebue subevaluat. Copiii sunt adesea preocupaţi cu joacă şi nu ţin seamă de semnal, care poate că nu-i atât de pronunţat ca la omul sănătos. La copii putem contribui mult pentru vindecare sau cel puţin pentru ameliorare — obligându-i în mod energic să-şi golească vezica în mod regulat, cam la fiecare 2—3 ore. In tot cazul ei nu trebuesc pedepsiţi. Se mai incriminează în etiologia enurezei nocturne vermi intestinali, constipaţia cronică, atonia prostatei, onania (ultima nu se poate afirma cu certitudine) E. Majer atrage atenţia că la apariţia târzie a enurezei — trebue să ne gândim la o epilepsie ascunsă. Ea este favorizată de un teren nevropatic (în ascendenţă întâlnim histeria, alcoolism, etc.). Copilul însuşi adesea a prezentat convulsii, terori nocturne, etc. S'au mai încriminat vegetaţiile adenoide, diverse maladii infecţioase care pot favoriza desvoltarea sa etc..

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prognoza enurezei nu este absolut favorabilă, după cum se poate citi în majoritatea tratatelor. Curios e faptul că tocmai fetele care suffăr de această boală dau rezultate negative mai frecvente, decât băieţii, cu toate că fetele se pot mai uşor învăţa cu curăţenia. Dintre cei 300 de bolnavi cercetaţi de Zehn 60% erau de sex masculin, iar restul de sex femenin. Dintre cei 71 de bolnavi văzuţi de noi, 42 erau de sex bărbătesc iar 29 de sex femenin. Dintre aceştia 71 de bolnavi — cel mai mic era de 3 ani — iar cel mai mare de 15, Zehn — citează cazul la 2 bolnavi — unul de 43 ani şi una de 38 ani. După părerea lui Zehn, trebue să deosebim două feluri de bolnavi de enurezie. Majoritatea — 95% o formează bolnavii cu somnul profund anormal, şi restul de 5% o formează celălalt tip — care este uşor excitat şi în timpul zilei — noaptea doarme foarte neliniştit şi au visuri urâte. Nu se poate afirma precis că e vorba de hipomanie, fiindcă la aceasta poate contribui şi educaţiunea greşită: bătăi sau alte asemenea. Aceşti copii adorm într'adevăr uşor însă au somnul neliniştit şi urinează în pat. Spre deosebire însă de ceilalţi ei se trezesc uşor, chiar imediat după ce au urinat în pat şi adesea sunt mai indispuşi decât ceilalţi. Ambele forme sunt desigur înăscute şi dacă anamneza este exactă aflăm că boala dăinueşte dela naştere. Enurezis câştigat, după cum susţin Tiemann şi Brack nu prea există. Aceşti

adolescenţi la care se observă boala mai cu seamă mai în timp de război nu sunt decât enuretici veritabili care au scăpat temporar de boală. Nu se poate răspunde atât de uşor la întrebarea cât timp va dura enureza? La un număr relativ de mare de bolnavi enureza încetează deobicei dela sine în timpul pubertăţii. Câte necazuri a produs însă până atunci enureza atât copiilor, cât şi părinţilor nu-şi poate da seama decât acela, care vede mulţi bolnavi de aceştia. Numărul bolnavilor care sufăr toată viaţa de enureză, nu-i atât de mic pe cât se crede în general. Aceasta mai cu seamă în ce priveşte sexul femenin. Din cei 300 de bolnavi observaţi de Zehn, 16 femei şi fete nu s'au putut vindeca de enureza diurnă şi nocturnă cu toate că au fost tratate cu toate mijloacele posibile. Calamitatea aceasta în timp de război mai cu seamă, nici nu poate fi imaginată gândindu-ne numai la mirosul greu al urinei pe care-l exală bolnavii, ne facem o idee cam ce au de îndurat aceşti bolnavi. La aceasta se mai adaugă neputinţa lor de a face vizite, de a frecventa teatrul, cinematograful şi pierderea speranţei de-a mai scăpa vreodată de boală.

Tratamentul. In practica mea n'am observat niciun rezultat nici aşezând bolnavul în pat în poziţie anumită. Bazinul mai ridicat, nici dela picăturile „inofensive" administrate copiilor seara înainte de culcare spre a-i influenţa pe cale psihică, nici dela stricnină (sulfat, soluţie 1‰ 5—10 picături progresiv, înaintea celor 2 mese principale, nici dela genostricnină, nici dela t-ră nucă-vomică, 2—4 picături pe zi).

De asemenea am mai întrebuinţat ergotină, beladonă, t-ră de beladonă, 2 picături pe zi pe an de vârstă, belafolină, beladenal, sulfat de atropină, soluţie 1—2‰, seara atâtea picături, de câţi ani este copilul; genatropină, camfor, cadehol, dimineaţa, la amiază 1 tabletă, seara 2 tablete; vitamina B 1, razele ultra violete, camfor monobromat, 10—20 ctgr. pe zi, antipirină, bromuri, cloral, luminal, (gardenal, sevenal), opiu, calciu, efedrină, t-ră rhus aromică (10—15 picături mai de multe ori pe zi), valeriană, chinină (sol. 2% seara) injecţii epidurale de ser fiziologic, apă distilată (compresii cu apă fiartă în regiunea vesicală), puncţii lombare, urotropină (1 gr. la 2 zile intrafesier în total 6 injecţii), extirparea vegetaţiilor adenoide unde am constatat prezenţa lor, medicaţie tiroidiană în ipotiroidie — tratamente locale sau chirurgicale — fără a obţine rezultate demne de remarcat.

Cei 71 de bolnavi, care au făcut subiectul acestei lucrări au fost trataţi după metoda lui P. Zehn; în principiu trebue înlăturată la băieţi orice anomalie, orice fimoză, balanită, etc. Mamei trebue recomandat imperios să cureţe bine aceste regiuni, atunci când face baie copilului. Apoi le administrează imediat 10 mgr. Anertan intramuscular în regiunea fesieră la locul de elecţie. Aceasta se face patru zile consecutiv. Dintre cei 71 de copii trataţi de mine 56 deci circ. 80% au încetat de a urina noaptea după prima injecţie cu 10 mgr. Anertan, 5 copii au încetat de a urina după 2 injecţii de 10 mgr. Anertan şi 10 după 3 injecţii de Anertan.

Totuşi nu trebue să ne declarăm mulţumiţi numai cu o injecţie, ci trebue să le continuăm toate patru. Spre a fi mai sigur de rezultat se mai face o serie de patru injecţii la interval de două zile una. In acest fel se evită toate recidivele (care le-am observat la primele cazuri). Cu aceste opt injecţii copilul este vindecat. Zehn — recomandă că în cazul când nu se obţine o ameliorare (ceea ce nu mi s'a întâmplat la cele 71 de cazuri) să se întrerupă tratamentul pentru un an — şi apoi să se încerce încă odată acelaşi tratament — şi el susţine că a obţinut rezultate bune în felul acesta în multe cazuri. Din cei 71 de bolnavi având vârsta între 3 şi 16 ani toţi s'au vindecat deci 100%. N'am avut nicio recidivă. Zehn — din cei 300 de bolnavi — obţine 54 nevindecaţi dintre care 34 fete adică 18%. La aceştia nu s'a obţinut nici măcar o ameliorare. Dintre cei 246 vindecaţi, 25 de cazuri au recidivat (circa 10%), însă după al doilea tratament s'au vindecat complect. Dintre copiii nevindecaţi — 6 au plecat din spital — pierzând urina mai rar şi mai slab. Zehn recomandă că dacă nu obţinem niciun rezultat după primele 4 injecţii, nu mai are nici un rost să încercăm doza de 25 mgr. şi în, general să mai continuăm tratamentul cu Anertan. Obţinem o deşteptare prea timpurie a sexualităţii şi o inflamaţie neplăcută a părţilor genitale, care dispar totuşi imediat după întreruperea tratamentului. In acest mod nu obţinem însă o influenţă a tonusului vezicei. Pe lângă tratamentul descris mai sus se adaugă abţinerea dela lichide. Seara copiii nu trebue să ia mâncăruri calde. Cartofii fierţi şi fripţi sunt dăunători. De asemenea trebue evitat orezul, mâncările cu grişi, cu tomate. Copilul trebue aşa obişnuit încât la orele 3 după amiază să bea ultimul lapte, din care să capete în general numai un sfert de litru pe zi. Dimineaţa poate să bea cafea, care se elimină imediat. Prânzul poate să-l ia împreună cu părinţii, după prânz însă nu mai trebue să li se dea să bea nimic. Seara nu li se va da decât pâine. Rufele de pat, orice muşama de pat, pătura dedesupt sau orice rufă urinată trebue imediat îndepărtate, de asemenea şi saltelele urinate. Rufăria umedă acţionează ca şi un compres umed şi aminteşte mereu copilului răul de care suferă. Aceasta trebue evitată în orice împrejurări. De asemenea trebue sfătuită mama să nu trezească copilul din somn. Este just ca însuşi medicul să se ocupe de micii săi pacienţi, să-i povăţuiască liniştit şi să-i protejeze în orice împrejurări. Astfel ei capătă o încredere oarbă, copiii ascultă de toate sfaturile ce li se dau. Ei preferă să doarmă într'un pat curat decât pe un aşternul umed şi mirositor. De îndată ce le merge mai bine ei mărturisesc în mod spontan că se culcau mai liniştiţi decât înainte. Faţă de copiii nervoşi trebue procedat altfel. Ei se trezesc uşor, sunt neliniştiţi, chiar şi în timpul zilei sunt uşor iritabili. Ei se trezesc imediat după ce au urinat în pat, însă s'au urinat inconştient. La aceşti bolnavi este necesar să le producem un somn corespunzător vârstei. Acest punct este decisiv pentru tratament. In afară de injecţii de Anertan, se va administra acestor copii un somnifer sub formă de Luminallete 0 gr. 015 seara înainte de culcare. După

vindecare se va înceta imediat administrarea hipnoticului. Copiilor mai mari li se pot da fără grijă 2 tablete. Enureza diurnă se vindecă fără excepţie cu 10 mgr. Anertan pe cale de injecţii afară de femeile mai în vârstă.

Este de prisos să cităm cazuistică, fiindcă dignosticul şi terapia sunt uniforme la toţi bolnavii de enureză.

Concluzii.

1. Enureza nocturnă se vindecă în marea majoritate a cazurilor cu Anertan. Noi am obţinut 71 de vindecări din 71 de cazuri având vârsta între 3—16 ani, deci un procent de 100% (Zehn obţine 82% vindecări din 300 de cazuri având vârsta între 3 şi 43 de ani dintre acestea 25 de recidive şi 54 nevindecări).

2. La majoritatea cazurilor trebue să mai adăugăm şi dieta uscată.

3. In caz de anomalie ale părţilor genitale trebue mai întâiu înlăturate acestea.

4. La copii cu stări nervoase care n'au somnul profund, se adaugă şi somnifere.

Lucrare făcută în Sanatoriul Moroeni

Director: D-r Sextil Rusu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BALONIZARE CAVITARĂ DUPĂ PNEUMOTORAX EXTRAPLEURAL CHIRURGICAL REDUSĂ PRIN NOVOCAINĂ INTRAVENOS

de

D-r CONSTANTIN IONESCU şi **D-r PETRE ROŞU**

Complicaţie redutabilă şi nedorită prin evoluţia dramatică ce o poate lua la un moment dat, balonizarea cavernelor se produce după Even şi Lecqoeur în trei până la cinci la sută din cazuri şi nouăzeci la sută în urma colapsoterapiei.

După crearea unui pneumotorax şi de cele mai multe ori după completarea lui cu secţiunea de aderenţe, sau cu ocazia executării unui pneumotorax extrapleural chirurgical, se observă o cavernă că începe să se destindă şi să ia un aspect balonat.

Balonizarea poate fi cauzată fie prin colapsul însuşi şi în consecinţă strângerea bronşiei de drenaj funcţionând ca o supapă, fie prin căderea lobului pulmonar şi prin aceasta producându-se o cudură sau torsiune a bronşiei de drenaj, producând astfel, o supapă permeabilă numai în inspiraţie (Dumarest).

In afară de cauzele de mai sus, strimtorarea bronşiei de drenaj mai poate fi datorită prezenţei de puroi vascos intra-bronşic, un chiag sanguin pe acelaş traiect (mai rar), sau existenţei unui edem

al mucoasei bronşice (Bernou), care uneori poate fi consecinţa unei tuberculoze cazeoase a bronşiei de drenaj sau a unei bronşite tuberculoase proliferante.

Ca o consecinţă a leziunilor bronşice de mai sus, Ameuille şi Scheid, cred că pierderea sensibilităţii bronşice şi a reflexelor tusigene şi deci şi a peristaltismului bronşic şi a mişcărilor cililor vibratilii, nu fac decât să agraveze strimtorarea bronşiei prin stagnarea buşonului fibrino-cazeos.

Privitor la mecanismul de pătrundere a aerului la presiuni pozitive în cavernă pentru a produce balonizarea, Bernou crede că în afară de stagnarea secreţiilor lichidiene patologice cari pot ridica presiunea aerului blocat în cavernă, trebuie avut în vedere şi rolul posibil al tusei în producerea suprapresiunii locale şi deci a distensiei. Intr'adevăr, după cum au constatat Duplant, Rist şi Bernou, în efortul de tuse în timpul primei faze expiratorii când glota este închisă, se produce o puternică presiune endobronşică. Această suprapresiune, poate favoriza în această fază trecerea aerului în cavernă în ciuda retracţiei posibile a bronşiei de drenaj, forţând obstacolul constituit de edem, secreţii sau depozite fibrino-cazeoase.

Evoluţia spontană a unei caverne balonizate, se face fie către vindecare fie către perforaţie. Cum ultima posibilitate este de cele mai multe ori de întrevăzut, s'a căutat să se înlăture abandonarea colapsoterapiei care ar fi mijlocul cel mai simplu de rezolvare momentană a problemei, aducând după sine deci şi pierderea mijlocului terapeutic principal al colapsoterapiei, prin diverse mijloace terapeutice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In afară de metoda clasică a iritaţiei pleurale prin diverse substanţe medicamentoase hipertonice, s'au încercat intervenţii vizând direct cavitatea balonizată. Astfel Dumarest a obţinut rezultate încurajatoare prin puncţia cavernei, condiţionând reuşita, de grosimea importantă a parenchimului pericavitar şi obliterarea permanentă a bronşiei de drenaj.

Lemoine, Diacoumopulos şi Paillas pe cinci cazuri din şase de caverne balonizate, au obţinut vindecarea prin broncho-aspiraţie.

Bariety, Gras şi Vautier au obţinut rezultate bune prin injecţii de atropină intravenos.

Benda şi Poirot se arată entuziasmaţi de rezultatele obţinute cu injecţii intravenoase zilnice de novocaină 1% şi acid paraaminobenzonic, entuziasm pe care Roger Even şi Jacques Lecœur nu-l împărtăşesc deloc.

In ultimul timp, în Sanatoriul Moroeni ni s'a prezentat un caz de balonizare cavitară după pneumotorax extrapleural chirurgical, pe care am redus-o prin injecţii intravenoase de novocaină şi a cărui observaţie o redăm mai jos.

Este vorba de bolnavul P. D., în vârstă de 33 ani, de profesiune funcţionar, care se internează în Sanatoriul Moroeni, în ziua de 21 Oct. 1946, pentru tbc. pulmonară cavitară retroclaviculară dreaptă (cavitate de 6 cm. diametru). Stare generală bună, afebril, tuse şi expectoraţie redusă mucopurulentă matinală, B. W. pozitiv, curba greutăţii în scădere. Viteza de sedimentare 20—45—104, capacitate respiratorie vitală 3200 cc.

Crearea unui pneumotorax artificial fiind imposibilă din cauza simfizei pleurale, se propune deşi este vorba de un caz limită prin topografia mai mult subapicală a leziunei, pentru pneumotorax extrapleural drept, care se execută la o lună şi jumătate dela internare (D-r Roşu).

Decolarea extrapleurală se face cu oarecare dificultate, reuşindu-se totuşi să se creieze un colaps tridimensional. Mers post operator normal, pacientul are un nivel de două laturi de deget de lichid în punga extrapleurală creată, caverna se vede în bontul pulmonar diminuată la jumătate din dimensiunile ei anterioare. A şasea zi dela operaţie, pacientul face un puseu termic brusc de 40 grade, însoţit de tuse frecventă fără expectoraţie; radioscopic, balonizare a cavernei care capătă dimensiunile aproape duble dela volumul iniţial, cu nivel lichidian, ocupând 1/3 inferioară, stare ce se continuă şi în zilele următoare.

Incercăm prin insuflaţii la 2—3 zile cu presiuni mari pozitive să reducem volumul cavernei, ceea ce nu ne dă niciun rezultat. Incercăm atunci exuflaţii, bănuind o cudură a broşiei de drenaj prin basculă, dar nici acestea nu ne dau rezultate. In disperare de cauză, deoarece bolnavul risca să-şi piardă punga de extrapleural şi deci rezultatul nul al operaţiei, şi cum starea generală rea continua, având în vedere rezultatele strălucite obţinute de Benda, aplicăm bolnavului tratamentul preconizat de acesta în cazuri similare, adică novocaină soluţie 1% intravenos, 10 cc. zilnic, la care asociem injecţii i. v. de 20 cc. soluţie, 10% de benzoat de sodiu, ca adjuvant al fluidificării spuţei.

Din primele zile ale tratamentului, pacientul începe să se simtă mai bine, începe să expectoreze o spută mucopurulentă groasă, 15—20 spute pe zi, febra are tendinţa uşoară la scădere, iar nivelul de lichid din cavernă începe să diminueze.

La a zecea zi a tratamentului, cavitatea şi-a redus volumul la jumătate, fără nivel de lichid, pacientul a devenit uşor subfebril, tusea a diminuat mult, expectorează 10—15 spute purulente pe zi.

La a 20-a zi a tratamentului, pacientul este afebril, tusea aproape absentă, expectorează una două spute pe zi, cavitatea a diminuat la dimensiunile unei alune mici. Se întrerupe tratamentul şi se continuă insuflaţiile la 4—5 zile, caverna dispărând şi bolnavul părăseşte în săptămânile următoare Sanatoriul.

In rezumat, ne-am aflat în faţa unui caz tipic de suflaj sau mai bine zis de balonizare cavitară şi mai puţin obişnuit, întâlnită după o decolare pulmonară extrapleurală chirurgicală rezolvată în mod fericit după injecţii intravenoase de novocaină.

Fără a intra în amănunt asupra mecanismului patogenic al balonizării cavitare, se pare că în cazul nostru se poate incrimina obstrucţia bronşiei de drenaj a cavernei, prin stagnarea secreţiilor purulente vâscoase pe susnumita bronşie provocată de colapsul brusc şi brutal ce se produce în orice decolare pulmonară chirurgicală. la care desigur că factorii neuro-vegetativi de bronchoconstricţie nu pot fi neglijaţi.

Privitor la injecţiile de novocaină în curentul sanguin, acestea au fost aplicate prima dată de Leriche intraarterial în 1930, calea intravenoasă nefiind utilizată decât sub stază pentru a se evita pericolele toxice ale medicamentului.

Digitized by Romanian Academy Library, Bucharest

In 1941 Dos Ghali, Bourdin şi Guiot atrag atenţia asupra foloaselor injecţiilor intravenoase de novocaină în tratamentul dispneilor în general şi în 1944 Le Lourd arată rezultate bune în hemoptiziile vazomotrice.

In balonizările cavitare Benda şi Galby publică în Revue dela Tuberculose în 1945 primele încercări cu rezultate din cele mai satisfăcătoare, fără a explica mecanismul de acţiune al novocainei în reducerea balonizării, dând numai tehnica tratamentului pe care am aplicat-o şi noi: injecţii zilnice intravenoase de 10 cc. din soluţia 1% făcute foarte încet, 2—2½ minute, ajungând până la 25 injecţii în total.

Cum J. S. Bourdin explică tăierea accesele de astm cu injecţii intravenoase de novocaină prin blocarea reflexelor de bronchoconstricţie, credem că astfel se explică şi acţiunea în reducerea balonizării cavitare, printr'o permeabilizare a bronşiei de drenaj şi posibilitatea evacuării cavernei sub influenţa colapsului (medical sau chirurgical), de secreţiile patologice şi aerul în supratpresiune.

Având în vedere gravitatea pronosticului ce-l impune balonizarea cavernelor, credem că injecţiile intravenoase de novocaină sunt un mijloc preţios şi trebuie încercat cu stăruinţă de câte ori această problemă ne va pune în dificultate în practica colapsoterapiei medicale sau chirurgicale în tuberculoza pulmonară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIFILIS PRIMAR ENDO-URETRAL LA BĂRBAT

(Caz clinic)

de

D-r ION MARTIN

Bolnavul U. I. în vârstă de 47 ani, militar, se prezintă la consultaţiile particulare ale subsemnatului, pentru uşoară scurgere uretrală şi dureri în timpul micţiunilor, localizate într'un punct pe uretra anterioară, înaintea unghiului penoscrotal.

Antecedente heredito-colaterale: Fără importanţă, soţia şi copiii fiind sănătoşi.

Antecedente personale: In urma unei metrite gonococice pe care a avut-o cu 10—12 ani în urmă, bolnavul a rămas cu o strictură la fundul de sus al bulbului, pe care de trei ani o tratează regulat în fiecare an, prin dilataţii lente progresive în beniqui carbe, din cauza turburărilor micţionale pe care le prezenta: jet diformat, fără presiune, în uşoară incontinenţă post micţională.

Ultima serie de dilataţii a fost terminată la 13 Aprilie 1942; însă după o şedinţă în cursul acestor dilataţii, bolnavul a sângerat acuzând şi dureri micţionale, totul reintrând în ordine după 48 ore. Nu poate preciza data când s'a petrecut acest accident uretral (probabil 6—7 Aprilie).

Neagă sifilisul.

Istoricul boalei actuale: Bolnavul declară că la 29 Aprilie 1942, a avut un raport sexual extraconjugal şi cu toate măsurile de profilaxie luate, începând dela 6 Maiu, deci după 8 zile interval, a început să simtă o durere localizată într'un punct pe uretra anterioară în timpul micţiunilor şi totodată a observat apariţia unei secreţii la meat.

Medicul curant i-a prescris 20 comprimate eleudron per os (10 gr.) şi i-a făcut câteva spălături metrale cu Kahi permanganic însă, cu toate acestea, starea uretrală nu s'a ameliorat cu nimic, aşa că la 22 Maiu 1942, s'a prezentat la consultaţiile subsemnatului.

Starea prezentă: La masă se observă o picătură de secreţie seroasă, uşor rozată; la palpare uretra prezintă o sensibilitate dureroasă, cam la 10 cm. înapoia meatului, totodată simţindu-se în acelaşi loc şi o induraţie. In timpul micţiunilor bolnavul acuză dureri şi arsuri în acelaşi punct.

Ganglionii inguinali bilaterali sunt prinşi, duri, nedureroşi, de mărimi variabile nedepăşind o migdală. Alunecă sub piele şi pe straturile profunde.

Nimic deosebit anormal pe tegumente şi mucoase.

Proba celor trei pahare arată o urină limpede, cu filamente numai în primul pahar.

Examenul microscopic al secreţiei uretrale fără importanţă.

Serodiagnosticul B. Wassermann în sânge pozitiv +++ (24 Mai 1942, Inst. Cantacuzino).

Sonda în bulă olivară No. 22 întâmpină rezistenţa la 10 cm. de meat, apoi trece mai departe, provocând durere. La scoatere, sonda întâmpină aceiaşi rezistenţă însă mai accentuată şi este pătată de sânge.

La palparea uretrei pe un beniqui drept, se descopere o induraţie nodulară, cât un bob de porumb, puţin dureroasă.

B.T. Cluj Central University Library Cluj

Uretroscopia anterioară (26 Mai 1942), arată un aspect particular al mucoasei uretrale, la 10 cm. înapoia meatului. La acest nivel mucoasa şi-a pierdut aspectul strălucitor, se observă o papulă eroziva dură, cât un bob de porumb, cu conturul net, având fundul uşor granulos de culoare roş-închis. Pliurile longitudinale ale mucoasei dispărute în acest loc, iar figura centrală uretrală neregulată, deviată lateral, peretele indurat rămânând rigid înaintea tubului uretroscopic.

In serozitatea recoltată cu o pipetă capilară lungă, dela suprafaţa leziunei, prin tubul uretroscopului, s'au găsit numeroase spirochete pallida la ultramicroscopic.

Bolnavul supus pe tratamentul clasic arseno-bismuţic, după câteva injecţii a scăpat de durerea din timpul micţiunilor. După 4 săptămâni dela începutul tratamentului, la un nou examen uretroscopic s'a constatat vindecarea leziunei cu rezorbţia complectă a induraţiei.

Pe baza datelor de mai sus, diagnosticul la bolnavul nostru a fost: *sifilis primar endo-uretral* sero-pozitiv, localizat la 10 cm înapoia meatului.

Cazul expus mai sus prezintă importanţă clinică din mai multe puncte de vedere.

Localizarea intrauretrală a sifilisului primar este excepţională, spre deosebire de localizarea la meat. Diagnosticul în asemenea cazuri nu se poate stabili decât indirect sau pe cale de prezumţie, atunci când există o adenopatie inquinală caracteristică, cu sero-reacţia B. Wassermann în sânge po-

zitivă. Pentru a confirma bănuelile de sifilis primar intrauretral, este nevoie de examenul uretroscopic urmat de examenul serozităţii recoltate, la ultramicroscop, pentru a identifica prezenţa spirochetei pallida.

Diagnosticul diferenţial este destul de complex şi atunci când nu se poate aplica nici uretroscopia nici ultramicroscopia, se face cu: şancărul moale, foliculitele blenoragice, tuberculoza şi tumorile uretrale, induraţia plastică a corpilor cavernoşi, accidentele şifilitice terţiare (goma şi infiltraţia difuză periuretrală).

Modalitatea de contagiune în cazul de faţă este probabilă. Transmiterea sifilisului s'ar fi putut face pe cale directă, dela partenera cu care a avut raport sexual extraconjugal însă incubaţia scurtă (28 Aprilie — 6 Maiu) ca şi proba confruntării negativă, nu pot sprijini această posibilitate.

Mai degrabă transmisiunea s'a făcut pe cale indirectă, prin intermediul canulei dela irigator sau chiar a unui beniqué, infectate accidental şi insuficient sterilizate înainte de întrebuinţare. Inocularea s'a putut face destul de repede, întrucât mucoasa uretrală supusă traumatismelor repetate tot la 2 zile prin şedinţele de dilataţii cu beniqueuri, este cert că a prezentat soluţii de continuitate. De altfel chiar bolnavul a afirmat că după o asmenea şedinţă a sângerat prin uretră.

Această probabilitate pare sprijinită şi de datele privitor la incubaţie. Dacă se va considera contaminarea făcută nu mai departe decât la 13 Aprilie, cu ocazia ultimei şedinţe de dilatare, interval de timp de 23 zile scurs până la 6 Maiu când bolnavul a acuzat primele semne uretrale, corespunde exact cu prima perioadă de incubaţie în sifilis. De asemenea dela 6 Maiu data probabilă a apariţiei sifilisului uretral şi până la 24 Maiu, când s'a executat sero-reacţia B. Wassermann, sângele a avut suficient timp pentru a se pozitiva, ştiindu-se că în mod normal după 15 zile dela apariţia sifilisului primar, reacţia B. W. devine pozitivă.

Spitalul de boale contagioase din Craiova
Medic primar: D-r E. Buttescu

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL SEPTICEMIILOR STAFILOCOCICE ACUTE

de

D-r A. MARINESCU şi **D-r V. MOTELICĂ**
Medici secundari

Piorry (1847) întrebuinţează expresia de septicemie pentru a îngloba o categorie de maladii diferite care aveau drept cauză alterarea sângelui prin materii putride.

După descoperirile lui Pasteur, cuvântul septicemie implică prezenţa agentului infecţios în sânge, deci nu e vorba numai de o intoxicaţie, dar şi de o infecţie, noţiune ce este confirmată ulterior prin lucrările lui Pasteur, Roux şi Chamberland asupra vibrionului septic; lucrările lui Pasteur, Doléris, Widal asupra streptococului.

Treptat, cercetătorii au încercat să precizeze şi să limiteze conţinutul atât de vast şi de vag al termenului de septicemie, astfel că s'a ajuns la o concepţie clasică admisă mult timp de majoritatea autorilor după care septicemia era condiţionată de pătrunderea şi multiplicarea microbilor în mediul sanghin (Ziegler, M. Nicolle).

In 1914 Schottmuller afirmă experimental că multiplicarea bacteriilor în sângele circulant nu e posibilă, lucruri confirmate apoi de numeroşi autori (Boez, M. Blokh şi P. Hebert, Veillon, Sacquépée).

Sângele e un mediu rău de cultură pentru microbi şi organismul caută să-i elimine din sânge ca pe nişte corpi străini (Widal, Lemiérre Abrami, Fiessingher).

Sacquépée defineşte septicemia ca o stare morbidă datorită generalizării unei infecţii pe cale sânghină.

In 1929 Dreyfuss-Sée afirmă că starea septicemică este caracterizată prin punerea în circulaţie a microbilor patogeni, emişi de focarul infectant care se găseşte totdeauna în conexiune intimă cu curentul sanghin.

Azi, avem o definiţie clinică-bacteriologică bazată pe cercetările şcoalei lui Schotmüller şi pe care Gastinel-Reilly o rezumă astfel: septicemie este orice infecţie generală condiţionată de prezenţa constantă ori trecătoare în sânge de bacterii patogeni şi de toxinele lor, cu plecare dintr'un focar septic iniţial, apreciabil ori neapreciabil, putând da semne generale grave determinate de multiplicarea microbilor în organe, desvoltându-se uneori în aceste organe focare septice secundare, care se pot transforma în focare din care constant rees microbi în circulaţia generală şi care pot forma adevăratul focar septic.

Intr'adevăr putem avea un focar septic iniţial care să pună periodic în circulaţie bacterii şi putem surprinde prezenţa acestora în sânge prin hemocultură, fără a avea vreun simptom clinic, dând în aceste cazuri stări numite bacteriemice care nu pot fi considerate ca septicemii.

Alte ori însă găsim pe lângă prezenţa microbului în sânge şi un tablou clinic care exprimă maladie gravă fără a avea totuşi localizări organice evidenţiate clinicește. In aceste cazuri e vorba de septicemii pure deşi la autopsii s'au găsit dese ori şi aici focare septice pe organe.

In majoritate însă, localizarea secundară pe organe este foarte frecventă dând maladia clinică cunoscută sub denumirea de septico-pioemie cu hemocultură totdeauna pozitivă.

Babeş-Bolyai University Library

In mult mai puţine cazuri găsim un tablou clinic de o gravitate mai redusă cu localizări succesive pioemice pe organe şi în care hemocultura nu rare ori este negativă dând formele de pioemie atenuate.

Din punct de vedere al originei, septicemiile sunt: *endogene* când agentul infectant exista în organism înaintea apariţiei accidentelor infecţioase şi *heterogene* când agentul infectant provine din afară.

Credem totuşi, că nu există decât infecţiuni cu origine endogenă întrucât orice stafilococie dermică (chiar furunculul) nu este decât expresiunea cutanată a unei maladii interne.

In ceia ce priveşte septicemia stafilococică (stafilococemie) primele identificări din sânge ale stafilococului au fost făcute în 1890 de către Roux şi Lannois.

Sunt cunoscute după această dată lucrările experimentale ale diferiţilor autori: Rodet şi J. Courmont, Calmette şi Petit, Nicolle şi Cesari rămase clasice şi altele clinice: Etienne (1893, 1895, 1901), Hutinel şi Labbé (1896), Lenhartz (1903), Widal şi Giraud (1922).

Toţi aceşti autori au conchis că numărul accidentelor provocate de stafilococ sunt foarte rare şi mult mai puţin grave ca cele provocate de streptococ.

Ulterior, diferiţi autori în lucrările lor răstoarnă aceste noţiuni, arătând o frecvenţă relativă şi gravitate extremă a stafilococemiilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cităm în această privinţă lucrările lui Vaucher şi Waringer (1924), lucrările lui Lemière şi ale elevilor săi, memoriul lui Felsenthal (1930) şi monografia lui Worms.

După cifrele date de Sittman, septicemiile stafilococice constituie o treime din septicemiile cel mai des întâlnite, venind îndată după septicemiile streptococice (11 stafilococemii pentru 16 streptococemii).

Etiologie. Cauza determinantă este stafilococul care de pe mucoase, tegumente sau focar septic iniţial, prin căile limfatice — cu sau fără adenită — trece în sânge.

Cauze favorizante: debilitate fizică, surmenaj, stări post-infecţioase, unele maladii infecţioase acute cum e varicela, stări hiperglicemice, diabet.

Tratament. Incercările de terapeutică în stafilococemie sunt foarte numeroase şi variate.

Multiplicitatea cât şi extrema varietate impune o schematizare a acestui tratament.

Patel şi Moiroud în raportul prezentat la Congresul de chirurgie dela Paris din 1938 le clasifică astfel:

1. Trat. medicale (chimice, biologice, generale),
2. Trat. chirurgical,
3. Trat. mixte.

Tratamentele medicale constituesc prima terapeutică încercată în septicemia stafilococică.

Astfel medicaţia de şoc prin diferite metale coloidale ca: colargol (Crédé 1895), electrargol, preparate de aur, rhodiu, plumb, bismuth, cupru, sau diferite preparate proteinice ca: serurile animale, sângele de om citratat, plasmă citratată, lapte proaspăt sterilizat, soluţie de peptonă. Intensitatea reacţiilor este foarte variabilă dela individ la individ şi la acelaşi individ dela un moment la altul. Reacţiile nu sunt fără pericol mai ales cu cât nici o dozare a reacţiilor nu e posibilă.

Abcesul de fixaţie este o metodă preconizată de Fochèr care îi atribuia rolul de a fixa microbi sau de a atrage leucocitele încărcate cu microbi. In privinţa rolului ce-l joacă abcesul de fixaţie în stafilococemie părerile diferiţilor autori variază. Rezultatele terapeutice prin abcesul de fixaţie au fost relative. In România Nasta şi Tătaru publică un caz de vindecare în care însă hemocultura a fost tot timpul negativă. Pentru producerea abcesului de fixaţie sunt două metode: injectarea a 1—2 cc. esenţă de terebentină subcutan pe faţa externă a coapsei sau injectarea cu puroi aseptic dintr'un abces cu terebentină făcut la cal. După ce se produce abcesul, se incizează.

Alte tratamente medicale cităm: transfuzia, microtransfuzia, perfuzia sanghină, tratament cu adrenalină-hirudină terapeutică preconizată şi aplicată de Dimitriu şi Somnea, tratament cu benzol.

Tratamente biologice. Este terapeutica bazată pe reacţiile de imunitate specifică ce iau naştere atunci când un germen patogenic intră în contact intim cu un organism viu Cităm: Vaccinoterapia, anatoxinoterapia, seroterapia, anatoxinoseroterapia.

Tratamente chimice. Chimioterapia întrebuinţată odinioară exclusiv ca mijloc terapeutic în infecţiunile cu protozoare (chinina în malarie, arsenicul în spirochetoză) se extinde şi în domeniul bacteriilor dela cercetările lui Domagk în 1935, în special chimioterapia sulfamidată.

Tratament chirurgical. Are de scop să oprească disiminarea microbilor prin suprimarea focarului infecţios.

Prezentăm acest caz, mai mult pentru rezultatele terapeutice fericite, deşi era prin aspectul clinic un caz grav care credem că nu ar fi scăpat, dacă nu recurgeam la aplicarea tratamentului pe care îl vom arăta.

Am avut ocaziunea să vedem cazuri în aparenţă mai uşoare ca al nostru care deşi tratate intens chimioterapic, totuşi rezultatele tratamentului au fost nule.

Cazul acesta se încadrează în clasificaţia stafilococemiilor ca o septicemie cu tendinţă spre septico-pioemie.

Din punct de vedere al gravităţii putem spune că acest fel de septicemii pot fi privite ca foarte severe întrucât reacţiunea organismului — deşi e vorba de un microb pur pio-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gen — nu s'a manifestat sub forma nici unei colecţii purulente, căci evoluţia acestor septicemii pure e mult mai rapidă decât a septicopioemiilor.

Afirmăm acest lucru cu oarecare rezervă întrucât nu suntem siguri dacă nu cumva însăşi tratamentul nostru a împiedicat formarea de colecţiuni.

Redăm foaia de observaţie.

Bolnavul Alex. P., de 16 ani, din com. Şegarcea, jud. Dolj, intră în spital pe ziua de 25 N-brie 1946, pentru stare generală alterată, febră mare şi dureri vii în musculatura gambei stângi.

Antecedente heredo-colaterale: Părinţi sănătoşi, fraţi nu are.

Antecedente personale: Neagă maladiile infecto-contagioase şi venerice. Nu e tabagic, nici alcoolic. A suferit în repetate rânduri de amigdalită.

Istoric: Boala a început de 6 zile cu cefalee febră. Cu 5 zile înaintea apariţiei acestor simptome, bolnavul declară că a avut durere în gât, care însă nu a durat mai mult de 2 zile. Cefaleea a dispărut, febra s'a menţinut şi au apărut dureri în musculatura cefei, rachialgie şi lombalgii. In acelaşi zi a avut o vărsătură alimentară şi bilioasă. A treia zi au început dureri în molett-ul stâng, durerea s'a instalat insidios. Totuşi bolnavul a umblat 2 zile; apoi apare durere la genunchiul stâng, cotul şi umărul stâng. In acelaşi timp durerea din molett s'a exacerbat, intensificându-se mai ales în mişcări active şi pasive. Durerea prezenta un caracter lancinant. Articulaţiile sus menţionate s'au tumefiat într'o mică măsură. Durerile interesau şi musculatura cefei. Bolnavul s'a constipat, urina a diminuat cantitativ, febra se menţinea în jurul lui 40° transpiraţii abundente, starea generală s'a agravat.

Cu aceste fenomene se internează în serviciul spitalului nostru.

Starea prezentă: De constituţie robustă; prezintă facies teros, buzele arse, limba prăjită, dispnee, bătăi ale aripilor nasului, privirea pierdută, exprimă durere şi suferinţă, stare ataxo-adinamică, febră 39°.. Tegumentele uscate, lucioase, palide.

Ap. pulmonar: Cu toată dispneea nu se aud decât foarte puţine raluri de bronşită.

Ap. cardio-vascular: Cordul bine bătut, frecvent 100 pulsaţii pe minut. Pulsul uşor depresibil şi mai slab bătut.

Ap. digestiv: Dentiţia complectă, perfectă, limba arsă, faringele congestionat, amigdalele mici, criptice; abdomenul sensibil la presiune în hipocondru drept şi stâng. Splina percutabilă. Ficatul uşor mărit şi sensibil la presiune. Constipat.

Ap. urinar: Albumină nedozabilă.

Sist. nervos: Prezintă o rigiditate a cefei, Kernig pozitiv. Dermografismul net evidenţiat. Reflexele tendinoase exagerate. Conştient.

Ex. local: In regiunea molletului stâng se observă tegumentele şi ţesutele uşor oedemaţiate. Dureri atroce în mişcări active, pasive şi la presiune. Articulaţiile genunchiului stâng, a cotului şi a umărului stâng uşor tumefiate şi dureroase. Ţesutele din jur infiltrate, mişcările mult reduse. Se pune diagnosticul clinic de sindrom septicemic, se recoltează sângele pentru hemocultură şi imediat fără a mai aştepta rezultatul laboratorului, se face 100.000 u. penicilină.

A doua zi se constată că atât febra matinală cât şi cea vesperală a depăşit cu foarte puţin 37°. Starea generală se menţine serioasă.

In aceiaşi zi rezultatul de laborator ne arată **hemocultura pozitivă pentru stafilococ.**

A treia zi febra în urcare, starea generală aceiaşi; se institue tratament sulfamidat timp de trei zile, câte 5 comprimate Gombardol.

Intrucât febra se menţine ridicată — oscilând între 38—39°, se institue din nou penicilină aceiaşi doză ca la început.

A doua zi după aplicarea penicilinei, temperatura scade dela 39° la 37,2, pentru ca în zilele următoare să depăşească 38°.

După o zi pauză, se face o a treia injecţie cu penicilină, aceiaşi doză continuându-se concomitent şi în zilele următoare, prontosil şi gombardol (două zile 10 comprimate prontosil şi trei zile gombardol 5 comprimate pe zi).

A treia zi după administrarea ultimei doze de penicilină şi ultima zi de tratament sulfamidat, febra scade pe linia 37°, unde se menţine timp de două zile pentru ca apoi să revină la normal odată cu amendarea tuturor semnelor subiective şi obiective clinice.

După câteva zile părăseşte spitalul în perfectă stare de sănătate, cu recomandaţia extirpării amigdalelor.

După cum vedem din foaia de observaţie în acest caz este vorba de o septicemie stafilococică cu tendinţa numai spre localizări musculare şi articulare.

Punctul de plecare este focarul septic amigdalian.

Pronosticul în această formă era destul de sever.

Tratamentul aplicat de noi a constat din penicilină asociat cu sulfamide susţinut până la ultima zi de pirexie.

Rezultatul obţinut a fost: o scurtare a evoluţiei, oprire în localizare pe organe şi vindecare rapidă.

Credem că este bine în tratamentul actual al septicemiilor stafilococice să se institue un tratament precoce cu penicilină asociată cu sulfamide şi susţinut atât timp cât starea bolnavului necesită şi rinichiul permite.

Severitatea marcată a septicemiilor stafilococice acute, cât şi varietatea mijloacelor terapeutice imaginate până acuma de bacteriologi şi clinicieni pentru a modifica pronosticul sombru al acestor afecţiuni, ne-a determinat să comunicăm acest caz în lumina tratamentului actual.

SULFAMIDELE IN TRATAMENTUL ZONEI ZOSTER

de

A. PAUNESCU-PODEANU, TH. THEODOREANU şi Int. LUŢESCU

Tratamentul zonei zoster este încă foarte greu şi nesigur. Nu există un mijloc sepecific şi nici măcar o metodă terapeutică, dominantă, care să se fi impus printr'o eficacitate particulară. Numărul mijloacelor ce s'au încercat şi continuă încă să se încerce, metodele noi care încontinuu apar, lăudate şi recomandate, arată că problema nu are încă o soluţie satisfăcătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O revistă a acestor mijloace, semnalate în ultimii 10—15 ani arată clar, prin numărul şi varietatea lor, efortul ce s'a făcut în acest sens, ca şi relativul lui succes.

Intr'un studiu de ansamblu publicat în Presse Médicale No. 43 din 1935, se analizează toate tratamentele recomandate până atunci, (Sézary): Medicaţia antalgică se rezuma, atunci la medicamentele antinevralgice curente (antipirină, piramidon, aspirină, eventual novalgin intramuscular sau intravenos), la injecţiile epidurale de cocaină; la care se adăugau fisioterapia galvanică, de înaltă frecvenţă, de ultraviolete şi infraroşii, ca şi radioterapia radiculară. Niciunul din aceste mijloace nu se arăta capabil să domine suferinţele, care rămân problema fundamentală de terapeutică ce se pune medicului. Metodele terapeutice generale, adresându-se bolii bolii în ansamblu, ca entitate patologică, erau mai numeroase, erau apărate cu înverşunare de unii autori, dar nu inspirau convingere. Autohemoterapia (recomandată de Wintzer în 1926, de Spillmann ş. a.), sărurile arsenicale organice şi cianurul de mercur (Millian), Vaccinul antistafilococic (Camescasse), salicilatul de sodiu în soluţie de 5% intravenos (Quinquadon), iodaseptina în injecţii (Ganzinotti), albastrul de metilen 1%, extractul hipofisar, gluconatul de calciu în soluţie de 20% intravenos (Piotrovski), oleul sulfurat în soluţie de 2% intramuscular, înfine autouroterapia chiar (Amerigo Valerio) constituiau, la acea epocă, arsenalul terapeutic al acestei boli.

De atunci numărul mijloacelor ce s'au semnalat şi recomandat a crescut încă apreciabil, fiecare în parte reprezentând, cel puţin pentru autorul lor, metoda cea mai eficace.

Dintre mijloacele dinainte, extractul retrohipofisar s'a bucurat încă de oarecare apreciere. El numără de altfel şi în trecut cel mai mare număr de sprijinitori (Wendel, Sidlich, Nils, Gillet, Stohr). A mai fost reluat cu succes, se pare, de Brown (Lancet 6—1934) şi de Piotrowski (Paris Médical No. 22—1937).

Urotropina în doze masive, de 6—8 gr. pe zi, per os, a fost recomandată de Rost şi Jaeger, care pretind a fi avut rezultate din cele mai favorabile (Fschr. Ther. No. 7—1940).

Carnot cu elevii lui a obţinut efecte remarcabile cu sânge de convalescent (Paris Medical No. 46—1949).

Vaccinul antistafilococic recomandat pe vremuri de Camescasse a fost reluat, însă în administraţie intradermică, de Versari din Neapole (Riforma med. No. 10—1938). Iar Makai în Ungaria (Münch. med. Wschr. No. 14—1941) şi Lillie în America (N. York State Med. Journ. 43.847.1943), ar fi obţinut rezultate satisfăcătoare cu vaccin antivariolic obicinuit.

Au mai fost semnalate apoi, injecţiile intradermice sau subcutanate cu thiaminclorid (Smith, Med. Soc. Journ. Trenton, 38—1941) şi tartratul de ergotamină în injecţii (Stockly, Schweiz. med. Wschr. 1942 p. 1329).

Lupta contra durerii a concentrat şi ea atenţia şi eforturile medicilor. In acest domeniu, metodele au mers în pasul vremii. Au fost puse la contribuţie toate mijloacele antalgice pe care evoluţia ştiinţei medicale le-a scos la iveală între timp. S'a recurs la infiltraţia anestesică a ganglionilor spinali (Rosenak, Lancet No. 6010—1938), sau a nervilor rachi-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

dieni respectivi, în şanţul paravertebral corespunzător (Ravina Presse Medic. No. 10—1945), la alcolizarea nervului intercostal respectiv (Cerulli, Rass. interclin. ter. No. 15—1936), la infiltraţia anestesică a ganglionului stelat (Leger, Audoly Presse Méd. No. 42—1942), injecţii intradermice cu histamină (Weissenbach, Touraine, Arch. dermat. mars 1937) sau cu insulină (Touraine idem). Noi am obţinut deseori uşurarea durerilor cu injecţii de novocaină intradermic (Păunescu-Podeanu).

S'au mai folosit, în fine, în această direcţie, novocaina în injecţii intravenoase (Flury, Presse Méd. No. 10—1945), veninul de şarpe (Kelly, Arch. dermat. oct. 1938), vitamina B, în injecţii (Gordon, Med. Rec. 17—IV—1940; Barassi, Riv. ital. Terapia No. 7—1939; Hasselmann, Münch. med. Wschr. No. 19—1941).

Iar dintre metodele fisioterapice, în afară de radioterapie, de înalta frecvenţă, de razele ultraviolete reluate de diverşi autori, merită o menţiune specială, razele ultrascurte, lăudate de Cutner (Brit. med. Journ. No. 4281—1943) şi mai ales învelişurile cu substanţe emanatoare de radium (Radiumemanation Umschläge, Prantner Wien. med. Wschr. No. 22—1939). S'a recurs, în fine, chiar la intervenţii chirurgicale şi anume la stellectomie, cu rezultate favorabile în herpesul zoster al segmentului superior (Hyndman Arch. Neur. Psych. 1939).

*

Intrarea în scenă a sulfamidelor, a adus după sine, cum era şi firesc, folosirea şi a acestor mijloace. E drept că ele s'au dovedit aproape total ineficace în tratarea infecţiunilor nevraxiale cu virusuri neurotrope. Câteva succese au fost semnalate totuş în acest domeniu: un caz de mielită transversă al lui Guillain şi M-lle Corre. (Soc. med. hôp. Paris 15-XI-1940), un altul al lui Milhit, Fouquet, Raynaud (idem 16-IV-1941) ş. a.

Inepuisabila nădejde şi răscolitoarele frământări pentru a descoperi drumuri noi, au făcut totuş pe unii cercetători să încerce acţiunea sulfamidelor în herpesul zoster. Primele rezultate le-a publicat Lamers: efecte foarte satisfăcătoare, după pensulări ale vesiculelor cu prontosil, soluţie 1/30 în alcool-acetonă, însoţite de administrare orală de 3 tablete pe zi, tot de prontosil (Münch. med. Wschr. No. 19-1938). Liebhardt semnalează şi el remarcabila eficacitate tot a prontosilului, per os, 3 tablete zilnic. (Med. Welt. No. 25-1939). Şi după el, Roasenda, afirmă acelaş lucru: cu 3—4 tablete pe zi, timp de 3 zile, numai cu 2 tablete mai departe timp de 7 zile, evoluţia zonei se schimbă apreciabil, durerile scăzând mult, vesiculele uscându-se repede, vindecarea accelerându-se evident (Giorn. d. r. Acad. Med. Torino 1940 p. 112). Mai departe, vin să confirme bunele rezultate, Schmidt, prin aplicaţiuni locale (Dermatologica 85/47/1942). Heim prin administrare per os (Praxis, 1942 p. 841), Mariotti, şi el mai ales în aplicare generală (Ztschr. Dermat. 1943), în Franţa, Déreusc (citat de Cossa în „Therap-neurologiqua" pag. 21). Iar Blum se declară şi mai satisfăcut de asociaţia de sulfamidă cu vitamină B_1 şi C şi cu un regim declorurat bazic. (Schw. med. Wschr. No. 44—1942).

Folosirea sulfamidelor are însă şi un detractor, pe Da Cunna Cintra, care afirmă că acestea nu numai că nu dau rezultate, dar sunt şi periculoase prin acţiunea lor asupra sistemului nervos. (Riv. Neuro-Psich. Sao Paúlo 8/179/1942).

*

Experienţa noastră în această privinţă, este constituită din mai multe cazuri. In 6 cazuri, aplicarea tratamentului sulfamidic a putut fi urmărit şi efectele lui au putut fi controlate, aşa ca să poată servi pentru stabilirea unei judecăţi obiective. (Trei bolnavi au fost trataţi în spitalul 303, doi într'un serviciu de consultaţii al Min. Sănătăţii, iar ultimul în clinica medicală-terapeutică Prof. D-r Dumitrescu-Mante).

Am administrat în toate cazurile, doze de 4 gr., prima zi, de 3 gr., în zilele următoare, timp de 3—7 zile; în primele două cazuri sulfanilamidă, în celelalte sulfathiazol; în trei cazuri am făcut şi tratament local, cu pulvere de sulfamide.

La trei din bolnavi, efectul a fost prompt şi categoric; el s'a resimţit atât asupra elementului subiectiv, durerea, cât şi asupra celui obiectiv, erupţia. Durerile au scăzut până la dispariţie, în primele 24 de ore, în general. Bolnavi care nu puteau să se odihnească şi nici să muncească, au putut dormi din prima noapte de după aplicarea tratamentului şi au putut în 2—3 zile să-şi reia activitatea. Erupţia s'a uscat în 2—5 zile. Durata bolii s'a scurtat la mai puţin de o săptămână.

Un al 4-lea bolnav a folosit evident, dar suferinţele nu au dispărut complet: a persistat câteva zile o oarecare sensaţie de arsură locală limitată la o parte de erupţie, care dacă nu a mai făcut pe bolnav să sufere, i-a mai continuat câteva zile o sensaţie neplăcută. I-a permis însă să se odihnească şi l-a făcut să aprecieze însuşi, favorabil, influenţa tratamentului (după ce mai înainte simplele antalgice nu putuseră să-l facă să nu mai sufere).

La doi, înfine, starea a rămas neinfluenţată.

Analiza mai adâncită a faptelor arată influenţa a doi factori: data începerii tratamentului şi utilitatea acţiunii locale. Eficacitatea s'a arătat cu atât mai promptă şi mai fermă, cu cât aplicarea tratamentului a fost mai precoce, mai apropiată de data începerii boalei, în plină eflorescenţă a erupţiei. Iar pudrajul continuu al suprafeţei vesiculelor a adus nu numai rapida uscare a lor, dar a influenţat evident şi factorul durere. Cazurile nefavorabile au început tratamentul târziu şi are făcut numai tratament general.

Două din cazurile favorabile, exemplifică clar cele mai sus arătate:

Un bolnav de 45 de ani e văzut a treia zi dela apariţia bolii. O placă eritematoasă, acoperită de numeroase vesicule, ocupă partea antero-externă a coapsei stângi pe aproape toată lungimea ei; o alta se află în regiunea lombară corespunzătoare. Durerile caracteristice, atroce, usturătoare, chinuesc pe bolnav, care nu doarme şi nu are linişte de două zile şi două nopţi. Administrăm în aceaş zi 4 gr. de sulfathiazol (câte un gram la 4 apoi 5—6 ore) şi recomandăm bolnavului să-şi pudreze mereu

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

regiunile vesiculoase, cu o pulbere compusă din patru părţi de oxid de zinc şi una de sulfathiazol, dar aşa încât plăcile să fie permanent acoperite de această pulbere.

Peste 48 de ore, aspectul bolnavului e cu totul altul. Din prima noapte, durerile au scăzut apreciabil. Ziua şi noaptea următoare s'a putut odihni, a putut dormi, şi acum se mişcă în voe. Vesiculele sunt aproape uscate şi acoperite cu o crustă groasă albă. In decurs de alte câteva zile, bolnavul şi-a reluat activitatea şi erupţia s'a cojit, lăsând o urmă roşietică, uşor sensibilă. Involuţia bolii s'a făcut în aproximativ o săptămână în totalitate cu oprirea mersului ei din primul moment.

Alt bolnav, de 39 de nai, se internează în clinica medicală-terapeutică (Prof. Dr. Dumitrescu-Mante) cu dureri extrem de vii în regiunea scapulo-humerală dreaptă şi porţiunea superioară a hemitoracelui corespunzător, însoţind o erupţie erimato-vesiculoasă caracteristică ce ocupă regiunea subscapulară, zona subclaviculară pe două-trei degete şi partea posterioară a braţului corespunzător.

Boala a început brusc cu 8 zile înainte, spune bolnavul, prin dureri vii în braţul şi regiunea subscapulară din dreapta. A doua zi au apărut zona eritematoasă, care s'a acoperit apoi de vesicule, în decurs de câteva zile, în mai multe puseuri. Ultimele vesicule apăruţe datează, pe cât se pare de două zile.

Erupţia e într'adevăr tipică, vesiculoasă herpetiformă, unilaterală, în bandă, cuprinzând hemitoracele drept pe tot spaţiul I şi II intercostal şi faţa posterioară a braţului de aceaş parte. Vesiculele, de mărimi diferite, sunt în cea mai mare parte semi-transparente, cu conţinut lichid; unele sunt pustulizate, altele mai puţine, sunt ratatinate. In cea mai mare parte sunt confluente, mai rar izolate. Bolnavul are dureri foarte vii, ascuţite, ca arsuri sau ca cuţite împlântate, dureri terebrante, constrictive, care îi tae respiraţia, se exagerează la mişcările braţului sau la apăsare. De aceia nu se odihneşte de mai multe zile. E afebril.

In urină se găsesc: nor apreciabil de albumină, foarte rari cilindroizi, foarte frecvente leucocite izolate, rari oxalaţi.

Sero-reacţia Bordet-Wassermann în sânge negativă.

Incepem tratamentul sulfamidic. Administrăm, per os, 3 gr. de sulfathiazol, iar local pudrăm bine cu marfanil-prontalbin pulbere. (Bolnavul îşi pudrează foarte des placa eruptivă, aşa încât aceasta este permanent acoperită de un strat de pulbere).

In aceaş zi, examenul lichidului cefalo-rachidian arată: Reacţiile Nonne-Appelt şi Pandy slab pozitive, limfocite 5—6 pe mm., albumină 0,40 gr. $^0/_{00}$.

De-a doua zi, starea bolnavului s'a ameliorat simţitor. In noaptea care urmează, el poate să doarmă (prima noapte de somn satisfăcător, dela începutul bolii). Arsurile şi durerile transfixiante pe care le simţea înainte s'au ameliorat mult. Sensaţia de constricţie toracică a dispărut aproape. Erupţia a început şi ea să pălească. Mare parte din vesicule sunt ratatinate, unele au cruste.

La 48 de ore dela prima, repetăm o a doua puncţie lombară. Lichidul cefalo-rachidian arată de data aceasta: reacţiile Nonne-Appelt şi Pandy negative, limfocite 1—2 pe mm., albumină 0,30 gr. $^0/_{00}$.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 3 zile după începerea tratamentului sulfamidic, starea bolnavului este radical transformată. El nu mai are decât uşoare dureri, vagi, perfect suportabile. Mare parte din vesicule sunt uscate, ratatinate iar în zone izolate s'au descuamat, lăsând în urmă cicatrice roşii, curate, uscate.

Am lăsat într'adins o parte din erupţie neacoperită de sulfamide. In partea aceasta, vesiculele se păstrează încă, deşi uscate, involuţia lor, deşi evidentă a mers mai încet faţă de cea a vesiculelor care au fost tratate şi direct, prin pudraj sulfamidic.

Bolnavul solicită el însuş continuarea tratamentului sulfamidic şi-şi pudrează cu perseverenţă erupţia. In a 6-a zi dela internare solicită ieşirea din spital. Pleacă după o săptămână vindecat deplin.

*

Unele date ale literaturii medicale, la care adăugăm experienţa noastră, ne arată că sulfamidele dau uneori rezultate deosebit de bune în tratamentul zonei zoster.

E drept că rezultatele favorabile nu sunt constante — cel puţin după experienţa noastră. (Acest lucru ar putea fi pus în legătură, eventual, cu o aplicare tardivă sau insuficientă a acestui tratament).

Când sunt însă favorabile, rezultatele sunt aşa de prompte şi de categorice, că fac din această terapeutică una din cele mai active pe care le cunoaştem. Unul din cazurile noastre aduce, de altminteri, şi mărturia obiectivă, biologică, a eficacităţii, în rapida dispariţie a semnelor de inflamaţie neurală, sub tratament.

Condiţiile maximului randament par să fie instalarea precoce a tratamentului şi aplicarea lui concomitent, per os şi local, în pulverizaţii repetate, continuu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insemnări din practica
Pediatriei şi Puericulturii

DESPRE PATOGENIA ŞI TRATAMENTUL ENURESIS-ULUI

de

D-r I. ROSENSTEIN
Medic Primar al spitalului „Filantropia" din Craiova

Pediatria oferă, ca nici o altă specialitate medicală, o serie de stări anormale, asupra cărora clinica este încă în plină confuzie, fiindcă acestea se îngrijesc foarte rar în serviciile spitaliceşti şi cel mai adesea pot fi observate numai de medicul practician, mai ales de „medicul de casă" astăzi aproape dispărut.

Printre aceste boli este şi enuresis-ul.

Tratatele clasice de Pediatrie, continuă a înşira o serie de supoziţii patogenice şi mai ales nenumărate tratamente, cari nu dovedesc altceva decât lipsa unei cunoaşteri patogenice mai exacte şi absenţa unei medicaţii precise.

Intâi ca definiţie: se vorbeşte de „enuresis-ul nocturn" când

el este în acelaş timp diurn, numai că acesta din urmă este mai puţin manifest şi obiectiv, mai puţin vizibil.

De fapt prin enuresis trebue să se înţeleagă, aşa cum a difinit *Czerny* „*starea patologică, pe care o prezintă un copil care şi-a putut stăpâni perfect evacuarea vezicală şi care, din motive necunoscute, pierde această posibilitate, şi-şi golesţe vezica fără voia sa în timpul zilei sau noaptea, urinând în pat sau în hainele sale*".

Această pierdere a unei funcţiuni dobândită se observă la copiii de toate vârstele.

Tratatele clasice înşiră la etiologia enuresis-ului o întreagă serie de cauze: predispozante, generale ocazionale, locale predispozante şi locale ocazionale (nevropatia, degenerescenţa, emoţia, traumatismul, bolile infecţioase, diabetul, albuminuria, uremia, calcul vezical, urinele prea acide sau prea alcaline, oxiuri, vulvită, balanită, mese copioase seara, ingestia abundentă de lichide, etc., etc.)

In ce priveşte tratamentul se înşiră o întreagă serie de medicaţiuni, însoţite de un tratament psihoterapic. Dar şi asupra acestor tratamente părerile sunt împărţile şi rezultatele foarte puţin încurajatoare.

Unele din ele s'ar cuveni să intre deadreptul în Istoria medicinei: Astfel Pfaundler recomandă măsuri coercitive energice (aşternut puţin comod, covor de fibre de cocos sub cearceaf, îndepărtarea picioarelor unul de altul în timpul somnului etc.) precum şi utilizarea aparatului electric de semnalizare automată din momentul producerii enuresis-ului, care este cunoscut sub numele de „Bäby läutet", ca şi un aparat american, mai complicat, pe care nu a avut posibilitatea să-l încerce.

Tratamentul cu belladonă, preconizat de *Trousseau* care a publicat în vremea sa rezultate mulţumitoare, încercat de noi şi de maestrul nostru Dr. M. Cânciulescu în Serviciul de copii al spitalului «Filantropia» din Craiova nu a dat nici un rezultat.

De asemeni nici injecţiile epidurale.

Dacă excludem din patogenia enuresis-ului cazurile de spina bifida, echivalentele de epilepsie sau pyuria, manifestate prin incontinenţă nocturnă de urină, patogenia enuresis-ului nu a fost elucidată de autori, *fiindcă nu s'a ţinut seama de felul cum un copil dobândeşte o stăpânire asupra evacuării conţinutului băşicii sale.*

După cum este copilul de desvoltat, mama sau îngrijitoarea copilului începe să-l înveţe să-şi stăpânească sfincterele. Aceasta se întâmplă mai ales în cel de al doilea semestru al vieţii: Copilul este aşezat într'o anumită poziţie şi „solicitat" prin anumite sunete sau cuvinte să-şi trimită jetul urinar acolo unde doreşte educatorul.

Această solicitare este repetată până copilul urinează şi până învaţă să urineze de câte ori este aşezat în aceiaş poziţie. Repetarea exerciţiului duce cu timpul la golirea imediată a băşicii, ori de câte ori copilul este pus în această poziţie şi de îndată ce aude sunetul sau cuvântul întrebuinţat.

Este deci evident că deprinderea copilului de a-şi stăpâni sfincterul urinar se câştigă printr'un *reflex condiţionat* în sensul descris de *Pavlov.*

Cu cât acest reflex condiţionat este mai des exercitat, cu atâta este mai stabilizat şi cu atâta va funcţiona cu mai multă precizie.

Ştim tot dela Pavlov că orice reflex condiţionat poate fi turburat sau se poate stinge cu totul. Astfel se explică faptul că un copil care-şi stăpânea sfincterul vezical, începe dintr'odată să urineze în pat.

Uneori se poate stabili de îndată cauza turburării: o boală intercurentă, schimbarea personalului de îngrijire. Alteori cauza stingerii acestui reflex condiţionat nu poate fi precisată.

Se înţelege că o anumită *stare constituţională* este predispozantă în uşurinţa cu care un copil pierde un reflex condiţionat bine stabilit.

Sunt pe de altă parte copii la cari se stabilesc cu uşurinţă o întreagă serie de reflexe condiţionate, din cari multe nu sunt de dorit din punct de vedere educativ. La aceştia nu se observă enuresis-ul fiindcă la aceştia reflexele condiţionate se sting greu şi necesită o intensă muncă de reeducare.

Este deci evident că enuresis-ul este în directă legătură cu o stare nervoasă patologică a copilului, care face posibilă stingere cu uşurinţă a unui reflex condiţionat.

Această stare patologică nu determină numai stingerea unui singur reflex condiţionat; copiii cu enuresis prezintă o uşurinţă generală în stingerea reflexelor condiţionate. Enuresis-ul este cel mai evident rezultat al acestei stări. Aceşti copii prezintă turburări mai puţin evidente, rezultate din stingerea cu uşurinţă a reflexelor condiţionate. Aceşti copii prezintă în general *pierderea capacităţii de a se stăpâni.*

Am tratat 9 cazuri de enuresis în decurs de 10 ani prin metoda preconizată de Czerny pentru restabilirea reflexelor condiţionate. Cazurile prezentate în acest interval de timp la consultaţiuni au fost mult mai numeroase, dar numai 9 dintre părinţi au acceptat să urmeze şi mai ales să persevereze în tratamentul indicat. Trebue să mai subliniez că în Serviciul de Pediatrie ce conducem au fost aplicate în decurs de 20 ani toate tratamentele medicale propuse în enuresis — în deosebi metoda cu belladonă şi injecţii epidurale — fără să fi obţinut niciodată un rezultat pozitiv. Desigur că timpul cât puteam ţine un copil în spital era cu totul insuficient, pentruca

izolat de mediul familiar tratamentul nostru să influienţeze măcar prin sugestie.

Din 9 cazuri tratate 6 s'au vindecat complect, unul a recidivat şi două au dus la un eşec terapeutic. Este de semnalat că în ambele cazuri în care nu am avut nici un rezultat, părinţii erau nevropaţi, copilul era unic, astfel că se întruneau toate condiţiile necesare unei proaste educaţii, care incuraja lipsa de voinţă a copilului, spre deosebire de alţi copii unici, în mediu de nevropaţi, unde voinţa copilului se impune în toate împrejurările.

Intr'unul din aceste două cazuri, chiar tatăl suferise în copilărie de enuresis şi nu se reţinea să afirme în faţa copilului, că se va vindeca atunci când va fi mai mare, aşa cum s'a întâmplat şi cu el.

In cazul recidivat, părinţii, oameni ocupaţi, nu au perseverat în consolidarea reflexului condiţionat obţinut, astfel că stingerea lui s'a produs după două luni.

In toate cazurile de vindecare, tratamentul a fost urmat cel puţin un an, cu o precizie demnă de semnalat.

Metoda preconizată de Czerny, bazat pe cunoaşterea reflexelor condiţionate stabilite de Pavlov este următoarea:

Copilul este obişnuit să urineze, atât ziua cât şi noaptea, la ore *fixe »cu punctualitatea unui ceasornic deşteptător«*. Exactitatea este o condiţie indispensabilă, care foarte adesea nu este respectată şi de aceia nu se obţin rezultate. O altă condiţie a tratamentului este ca în *timpul nopţii copilul să fie complect trezit.* In acest scop copilul este pus să umble câtva timp în camera sa, apoi urinează şi se culcă din nou.

Trezirea în timpul nopţii se va face cel mult de două ori la orele când de obiceiu copilul îşi udă aşternutul.

Copiii readorm imediat şi aceste treziri nu influenţează cu nimic odihna lor.

Este important de subliniat că paralel cu această terapeutică este necesară ca educatorii să se ocupe cu *atenţia copilului* care trebue desvoltată şi întărită atât pentru consolidarea rezultatelor cât şi din motive medico-pedagogice. A lăsa atenţia copilului fără o îngrijire deosebită însemnează a nu-i putea fixa nici acest reflex condiţionat al stăpânirii băşicii sale, nici alte reflexe condiţionate necesare educaţiei.

Din experienţele celebre ale lui Pavlov este cunoscută importanţa atenţiei în determinarea şi fixarea reflexelor condiţionate. In cercetările sale de laborator a fost necesar să construiască acele *turnuri ale tăcerii* în cari animalele erau ferite de orice excitant exterior care i-ar fi putut devia atenţia.

In asemenea condiţiuni animalul răspunde la experimentarea reflexelor condiţionate cu o precizie matematică, deosebind cu o sensibilitate impresionantă diferenţe minime între excitanţii de acelaş fel.

In tratamentul enuresis-ului trebue fixată toată atenţia co

A.C.L. Cluj / Central University Library Cluj

pilului asupra funcționării vezicei pentru a putea obține o consolidare a reflexului condiționat dorit.

Pedepsele corporale propuse de unii autori — tratamentele medicale dureroase cari sunt o formă a acestor pedepse fizice — nu sunt de recomandat.

Ele nu pot nici provoca nici menține un reflex condiționat: din potrivă ele pot deștepta la copil manifestări masochiste cari să accentueze enuresis-ul în așteptarea pedepsei.

Este necesar să se vorbească copilului liniștit, hotărît și perseverent.

Trebue să mai adăugăm din experiența noastră observațiuni asupra pollakiuriei diurne și asupra regimului alimentar necesar acestor copii.

Pollakiuria diurnă poate însoți enuresis-ul chiar când acesta este numai nocturn. Copilul urinează frequent spre îngrijorarea părinților, în timpul zilei. Cantitatea de urină ce emite fiecare dată este minimă, doară câteva picături. Copilul este tratat de »Cistită«; se intreprind toate analizele și la copil starea aceasta persistă, se accentuiază chiar, grație faptului că și copilul se complace să rămână centrul atenției generale.

Această pollakiurie diurnă, când însoțește enuresis-ul nocturn, este de fapt tot o formă a enuresis-ului și trebue tratată ca atare, prin acelaș sistem de orar fix în funcție de golirea bășicii. De altfel Czerny propune ca în general copiii să fie deprinși a-și goli emonctoriile la ore fixe, aceste reflexe condiționate rămânându-le tot timpul vieții.

In ceiace privește alimentația, nu am observat nici o influență hotorâtoare a cantității de lichide ingerate asupra enuresis-ului

Acesta se produce chiar la aplicarea unui regim sever al lichidelor, dovedindu-se a nu fi în legătură cu starea de umplere a vezicei.

Desigur că la asemenea copii, cu o constituție nevropatică evidentă, sunt de evitat toate alimentele excitante și este necesară administrarea unui regim echilibrat și bogat în vitamine; dar nu am văzut necesară restrângerea lichidelor. Deasemeni credem că nici alcalinitatea sau aciditatea urinelor nu are nici o importanță.

* * *

Patogenia și tratamentul enuresis-ului după metoda Pavlov-Czerny este o demonstrație strălucită a importanței cunoașterii și aplicării reflexelor condiționate în educația fizică, fiziologică și psihică a copilului.

Cercetători sovietici și americani, prin metoda *reflexologiei*

genetice aplicată la copii au adus noui lumini asupra evoluţiei psihismului la aceştia.

Intreaga educaţie a copilului este un lung şir de reflexe condiţionale dobândite. In timp ce experienţa copilului este un eşafodaj de reflexe condiţionale cari se nasc spontan prin acţiunea diferiţilor excitanţi ai lumii exterioare, educaţia se face prin fixarea de reflexe condiţionate de către persoanele cari înconjoară copilul. Baza principală a educaţiei constitue reflexele condiţionate de inhibiţie, iar greşelile de educaţie pot fi explicate printr'o aplicare greşită a regulilor de fixare a reflexelor condiţionate.

Şi la noi cercetările întreprinse de Prof. Marinescu şi Kreindler, comunicate la Congresul de Psihiatrie Infantilă dela Paris, din anul 1937, au deschis căi noui care nu interesează numai pe pedagogi, dar şi pe Pediatri, fiindcă depe acum anumite stări anormale ca enuresis-ul, terorile nocturne şi bâiguiala şi-au găsit un tratament patogenic prin aplicarea cunoştiinţelor asupra reflexelor condiţionate.

Policlinica C. F. R. din Craiova

ASUPRA ENTERITELOR ACUTE NESPECIFICE
— ENTERITELE SEZONIERE —

de

D-r MAX. SCHNABEL

Enteritele pot surveni la orice vârstă şi în orice anotimp. La adulţi rar găsim pe cineva care nu ar fi suferit odată sau de mai multe ori de enterită. In marea majoritate a cazurilor bolnavul poate presupune cauza, care în general e o greşală de regim. Sunt cazuri destul de frecvente în special în rândul intelectualilor unde enteritele sunt deslănţuite în urma unei emoţii psihice; de exemplu înaintea examenelor, în timpul bombardamentelor etc.

Intr'un număr destul de mare însă, survin diareele fără nici o cauză bine determinată. In general primăvara când temperatura atmosferică se schimbă brusc în căldură mare, climatul temperat când este excesiv oferă asemenea condiţiuni. E de remarcat apariţia periodică în aceleaşi condiţii. La noi aproape în fiecare an când tranziţia la temperatura ridicată se face brusc, poate să ia caracterul unei mici epidemii. Cum s'a petrecut în Craiova în decursul ultimilor ani.

Din primele zile de căldură mare şi anul acesta au început să apară enteritele. La început sporadic, ca mai târziu zilnic să văd 4—5 bolnavi după care să înceteze brusc. Fapt remarcat de toate serviciile şi în special de Spitalul de boli contagioase din localitate.

Boala, care poate să se prezinte cu variații mari în intensitatea ei simptomatologică, nu e de mare importanță și nici tratatele nu se ocupă mai pe larg de ea, afară de o mențiune vagă numai găsim nimic.

Pacientul care a suferit de enterita aceasta în câteva săptămâni a și uitat'o. Altfel se prezintă din punct de vedere economic. Dacă factorul economic nu ia parte în determinizmul acestei boli, în schimb economicul este profund influențat prin pierderea atâtor brațe de muncă în sezonul cel mai producliv. In adevăr, dacă numai Policlinica C. F. R., din Craiova a înregistrat 222 cazuri în decurs de circa o lună, ne putem închipui că procentul lipsei brațelor de muncă în toate ramurile de activitate urcă la cifre mai mult de cât apreciabile.

Toți acești bolnavi au fost incapabili de lucru atât în timpul cât au stat în pat și chiar după ce s'au prezentat la Servicii; câteva zile n'au putut da randamentul corespunzător dinainte de îmbolnăvire.

Deși îmbolnăvirile despre care vorbesc au avut loc printre muncitorii și funcționarii C.F.R.-ului din Craiova, totuși nu se găsește nicio legătură între ei, fiindcă, atunci când s'a îmbolnăvit o serie de muncitori din ateliere, în acelaș timp au căzut bolnavi și diverse categorii de funcționari administrativi și specialiști. Afară de aceștia am mai avut și în clientela mea particulară câteva cazuri care n'au avut nimica cu funcționarii C.F.R.-ului; același lucru au observat majoritatea colegilor în același interval de timp. Distrbuția cazurilor nu a prezentat o grupare, deoarece locuințele lor au fost răspândite în diferite cartiere ale orașului.

Anamnestic, unii au declarat că au mâncat mezeluri sau diferite preparate de carne prin cârciumi și restaurante, alții nu-și aduc aminte de nimic care ar putea să fie cauza diareei lor. La întrebarea despre băuturi prea reci sau înghețată o mare parte a răspuns afirmativ. Diareea după declarația lor a survenit brusc în plină sănătate la o mare parte noaptea, când bolnavul a simțit o senzație de gol în abdomen urmat de ghiorăituri concomitent cu transpirații, greturi în unele cazuri și vărsături, urmat de defecări lichide fără tenesme, după care s'au liniștit până ce a survenit un alt debaclu diareic. Această chestiune s'a repetat de 15—20 ori în 24 ore.

Tegumentele și mucoasele sunt uscate, palide, țesuturile au pierdut din turgor. Respirația e superficială, și la bărbați mai mult sau mai puțin de tip toracic. Abdomenul puțin escavat. Percutoric, nimic deosebit, câte odată un timpanism mai accentuat în fosa iliacă dreaptă. La palpație, paraombilical se simt garguimente. Tot paraombilical, pe partea stângă, se observă un punct dureros cu intensitate variabilă dela individ la individ. Bolnavii se mai plângeau de crampe în diferite grupuri mușchiulare, un simptom răgăsit în mod constant este durerea de-a-lungul peroneului cu intensitate variabilă. Temperatura de mai multe ori sub-febrilă și nici din partea organelor celorlalte nu am găsit nimic de semnalat.

Această afecțiune poate prezenta dificultăți în diferențierea cu dizenteria bacilară, paratifus B., însă benignitatea și durata scurtă ne lămurește de îndată.

S'au făcut cercetări foarte numeroase ca să se identifice și să se izoleze microorganizme cari ar putea să fie cauza acestor diarei, așa au fost învinovățiți Salmonele, ca diferiți microbi din grupul Paratifus

B, din grupul Coli, etc., dar probele aduse n'au fost concludente. Toţi germenii depistaţi în materiile fecale ale acestor bolnavi sunt oaspeţi obişnuiţi ai intestinului omenesc. Tot aşa a fost incriminat şi streptoccocus fecalis, care la copii prin desvoltare de tiramin poate să dea fenomene foarte alarmante şi uneori să cauzeze şi moartea copilului. Acest tiramin însă e rapid neutralizat la adulţi şi nu e activ.

Kershaw într'o lucrare recentă apărută în British Medical Journal din Mai 1947, explică diareele printr'o răcire a abdomenului (chilling of the abdomen), e bazată pe observaţiile făcute în cursul transporturilor de trupe pe vapoare unde după o zi caldă a urmat în Mediterana o noapte răcoroasă. Aceste diarei au fost observate la soldaţi care au dormit în hamacuri sau în locul expuse răcelei. La examinarea minuţioasă bacteriologică a apei, hranei şi a personalului care se ocupă de hrana personalului, nu a putut constata nimic bacteriologic. Tot aşa a observat şi la Europeni recent sosiţi în climate tropice. In aceste locuri de mult timp a fost recomandat purtarea unui brâu care să acopere abdomenul (Cholera belt). Portul acestui brâu este frecvent întâlnit şi printre pacienţii noştrii lucrători în atelierele C. F. R.-ului ca o remenişcenţă a primei generaţii de ţărani instalaţi în oraş în perioada de industrializare prin care trece ţara noastră. Aceiaşi observaţie cu privire la etiologia a frigore a făcut'o şi Alan A. Crook din China şi după părerea lui această răcire (chilling) poate să cauzeze şi enterite cronice. Alţii ca G. Dalley şi H. G. Robertson cu experienţă mare în tropice se opun acestei opiniuni. Cercetările întreprinse în sezonul acesta de doctor E. Butescu în Laboratorul spitalului de boli contagioase cu privire la agentul etiologic din flora intestinală a acestor bolnavi nu au dus la niciun rezultat pozitiv şi concludent. Colibacilii izolaţi din câteva conducte nu au putut fi incriminaţi în etiologia acestor enterite, întrucât în alte conducte D-r I. Bârzu dela Lab. de higienă din localitate nu a găsit colibacili, deşi cazurile erau diseminte şi în aceia parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E un fapt cunoscut că consumul lichidului prea rece poate să cauzeze diarei; foarte probabil însă că răceala să fie numai activatorul diferiţilor microorganizme saprofite din intestinul omenesc. Relativ la opiniunea altor autori că factorul a frigore are un rol esenţial în determinismul acestor afecţiuni cu caracter extensiv, primăvara, noi suntem de părere că însăşi factorul variaţiei bruste de temperatură atmosferică în sensul încălzirei bruşte poate constitui un factor patogen suficient în isbucnirea acestei boli. Această urcare bruscă a temperaturii atmosferice poate cauza procese de fermentaţie şi putrefacţie intestinale încă necunoscute, care reflectoric să deslănţue aceste diarei. Desigur că şi factorul alimentar îşi exercită prin schimbare de regim adecvat sezonului cald cu putere acţiunea sa în determinizmul acestor afecţiuni sezoniere. Faptul că asemenea îmbolnăviri multiple se înregistrează exclusiv primăvara, în regiunea noastră, ar pleda în favoarea părerei noastre, întrucât toamna asemenea afecţiuni deşi existente sunt departe de a îmbrăca acelaşi aspect şi ritm de frecvenţă cu toate că la noi toamna se înregistrează adesea variaţii bruşte spre frig.

CÂTEVA INSEMNĂRI PE MARGINEA TRATAMENTULUI CU STREPTOMYCINA

de

D-r MARIA CÂNCIULESCU-BUNGEŢIANU şi D-r GH. BUNGEŢIANU

Clinica II Pediatrică — Inst. C. Forlanini

Roma

Având ocazia să observăm primele experienţe făcute în Italia cu streptomycină, această ţară fiind asociată de către aliaţi la efortul ştiinţific de lămurire a chestiunei abioticelor tuberculozei, credem util să redăm părerea personală pe care ne-am făcut'o urmărind o primă serie de încercări cu 1000 gr. streptomycină pusă la dispoziţie în acest scop Institutului C. Forlanini ca şi cazurile tratate în clinica II pediatrică din Roma, precum şi cazurile relatate la al XVIII-lea Congres Naţional de Pediatrie italian din acest an.

O parte din cazuri a fost adusă la cunoştiinţa publică în cursul Congresului amintit, dar altă parte sunt în curs de studiu şi n'au fost încă publicate, deaceea nu vom aduce amănunte nici statistice, nici clinice asupra cazurilor, ci vom însemna numai impresiile cu care am rămas din urmărirea cazurilor şi a discuţiilor.

Din punct de vedere *experimental* ne-am făcut convingerea acţiunei certe a medicamentului. Din experienţe încă în curs dirijate de Morellini şi Cataneo asupra insectelor ca animale de laborator, la Institutul Forlanini, această acţiune apare sigură. Pe larve tuberculizate, diferitele antibiotice întrebuinţate au arătat unele numai o modificare tinctorială a bacililor din corpul larvelor fără ca înmulţirea lor să fie de fel împiedecată, altele o oprire a îmulţirei; în vreme ce cu streptomycina injectată în larve în doze de $^1/_{10}$ din doza mortală, se obţine sterilizarea completă a larvelor.

La om cercetările cu streptomycină au fost făcute cu predominenţă în meningitele tuberculoase şi — din cauza cantităţii destul de redusă de medicament pusă la dispoziţie pentru cercetări — mai puţin în formele de tuberculoză pulmonară sau a seroaselor.

Incercările cu care am luat contact la început se făceau după schema de dozaj indicată de autorii americani. Aceştia recomandă în tratamentul tuberculozei 1—3 gr. pe zi timp de 3—6 luni, deci o doză totală de 360 gr. Deasemenea aceştia au pus în evidenţă necesitatea de a aduce pe cât posibil medicamentul în contact direct cu leziunea, adică — în cazul meningitei tbc., despre care vorbim în momentul de faţă — endorachidian.

In fapt primele cazuri pe care le-am văzut de copii cu meningită tuberculoasă primeau între 0,1—0,2 gr. de două ori pe zi intrarachidian plus 0,4—1,2 pe zi intra-muscular.

Am văzut în meningite aparent pure cât şi în miliarii cu tablou terminal meningitic, după asemenea tratamente iniţiate imediat după confirmarea diagnosticului, că se constată o reală acţiune a streptomycinei, o ameliorare a stării generale, a semnelor clinice şi radiologice, (în cazul asocierii cu localizări pulmonare). Dar de foarte multe ori, ameliorarea nu a fost decât temporară, după un timp fiind urmată de o „recădere", o înrăutăţire atât a simptomelor clinice cât şi a semnelor deduse din examenul lichidului (albumină, celule, etc.), cu exitus în timp mai mult sau mai puţin lung) 1 la 3 luni dela începutul tratamentului), iar în cazurile cele mai fericite vindecarea cu sechele nervoase foarte serioase, (surditate, cecitate, turb. labirintice).

Ulterior am luat cunoştiinţă de un alt mod de a aplica tratamentul. Deşi a fost printre primii care a aplicat tratamentul cu streptomycină în Italia, deşi poseda cea mai mare cazuistică şi deşi publicase deja rezultatele lui care sunt cu mult mai încurajatoare, totuşi prof. Cocchi*) (Firenze) a produs o oarecare senzaţie expunându-şi metoda şi rezultatele (şi prezentând 14 meningitici vindecaţi) la al XVIII-lea Congres Naţional italian de Pediatrie. Principiul lui este se face o greşeală să se prelungească tratamentul sub obsesia modificărilor cito-chimice ale lichidului c. r. care n'a revenit la normal, căci streptomycina introdusă intra-rachidian are ea însăşi o acţiune iritantă asupra meningelor, stabilindu-se astfel un cerc viţios care duce la cele mai grave consecinţe.

De aceea el este de părere să se întrebuinţeze doze mai mici, între 0,01—0,075 intra rachidian, şi 0,3—1 intramuscular, iar timpul de tratament să fie mult mai limitat. Criteriul pentru întreruperea tratamentului este clinic, nu modificările lichidului subaracnoidian. Dacă după câteva zile de tratament se obţine revenirea bolnavului din starea de stupoare iniţială, dacă nu mai pierde scaunul şi urina, dacă sensoriul a devenit normal, se întrerupe tratamentul, chiar dacă albumina şi celulele din lichid sunt tot crescute sau au crescut mai mult după începerea tratamentului. Astfel Cocchi a avut unele vindecări numai după 5 injecţii endorachidiene. De obicei va mai fi nevoe ulterior de câteva rachicentese simple pentru a uşura fenomenele produse de hidrocefaleea ce persistă încă câtva timp. Medicul curant va trebui să păstreze un ochi atent

*) Prof. Cesare Cocchi şi Gaetano Pasquinucci, Riv. di Clinica Pediatrica, 1947. Primi resultati nella terapia della meningiti tubercolari con la streptomycina,

Digitized by Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg

asupra evoluţiei ulterioare pentru a diferenţia fenomenele de hiperpresiune lichidiană datorite iritaţiei medicamentului de cele produse de o recădere.

Cu această metodă de tratament prof. Cocchi n'a pierdut decât 10 cazuri din 44 cu meningită tuberculoasă.

Acelaş cercetător fiind obligat în anumite perioade să economisească medicamentul ce-l avea în cantitate mică, a observat că administrarea numai endo-rachidiană este suficientă pentru a obţine aceleaşi rezultate, administrarea pe cale generală concomitentă nefiind absolut necesară.

O mare importanţă o are tratamentul adjuvant, şi anume asocierea cu vitamină A (câte 100.000 unit. la 2 zile), o sulfonă (administrată intravenos 2—3 gr. timp de 15—20 zile) şi vitamină D^2 în doze masive (500.000 unit. la distanţă de 7 zile).

Dintre celelalte forme de tuberculoză cele în care am văzut rezultate rapide, convingătoare, sunt: granuliile şi tuberculozele laringiene — uneori miraculos liniştite prin câteva pulverizaţii locale.

Opinia personală, pe care ne-am format-o din contactul cu bolnavii şi cu ideile agitate în legătură cu acestă chestiune, putem s'o rezumăm în felul următor:

1) Streptomycina reprezintă într'adevăr un medicament activ, specific contra tuberculozei, lucru dovedit prin acţiunea pe cazuri de meningită la care s'a verificat prezenţa bacilului în lichid.

2) Posologia şi conducerea tratamentului sunt încă incerte şi foarte delicate de fixat. Este necesară acţiunea locală a medicamentului, iar pentru meningită suntem adepţii dozelor mici şi pe timp limitat.

Roma, Iulie 1947.

CĂRŢI PRIMITE LA REDACŢIE

C. I. Parhon, M. A. R. et L. Copelman: Recherches ergographiques chez les vieilles femmes. Action des extraits endocriniens. Extrait du Bull. de la Section scient. de l'Académie Roumaine, Tom. XXIX, No. 3.

L. Wasserman: Contribution à l'histo-physiologie de l'epitelium urinaire. Extrait de la Revue Médico-Chir. de Iassy No. 3—4, 1947.

G. Băjeu: Ulcer peptic postoperator. Studiu cu 36 figuri schematice în text. Imprimeria C. F. R. 1947.

Université de Paris. Faculté de médecine — *Organisation des études en vue du Doctorat en médecine.* Paris, 1947.

ORIGINA CUVÂNTULUI MEDICINA [1])

de

Dr. V. M. PLATĂREANU

Cuvântul, elementul esenţial al limbajului articulat, a jucat în evoluţia spirituală a omenirei unul dintre cele mai importante roluri şi continuă să fie încă un suveran mijloc al schimbului de idei dintre membrii umanităţii.

Cu cât timpul îşi deapănă firul fără început şi fără sfârşit eflorescenţa, mereu în devenire, a minţei şi sufletului, are trebuinţă de noi expresiuni care să cuprindă cât mai bine sensul noţiunilor, mereu crescând.

Goana aceasta după hlamida care să înveşmânteze cuprinsul noţiunilor sau ideilor este poate cea mai prodigioasă şi nesecată dintre creaţiunile omului.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Cele peste opt mii de limbi şi idiome vorbite în prezent pe glob; subtilităţile şi nuanţările ce caracterizează bogatul tezaur al limbilor moderne, ca şi sensul mai nebulos uneori, dar totdeauna adânc al limbelor clasice, stau dovadă neperitoare a frământărei miilor de generaţii care s'au măcinat, rând pe rând, în luptă cu soarta şi ş'au lăsat neperitoare urme în tezaurul cel mai bogat şi mai nesecat din lume: tezaurul cuvintelor.

Dar să nu zăbovim prea mult pe colinele care dau aripi gândului, şi să ne întoarcem la treaba migăloasă pe care ne-am impus-o.

*

Sistemele pedagogice ale timpurilor noastre au drept scop îmbogăţirea minţii cu cât mai multe şi variate noţiuni de specializare spre a corespunde progresului vertiginos ce l-a făcut civilizaţia.

Pentru a-şi putea ajunge scopul este oarecum necesar, ca materialul de studiu să fie dat sub o formă deja pregătită care să înlesnească instrucţiunea, dar acest fapt aduce serioase piedici la perfecta cunoaştere a întregului substrat naţional şi mai ales la stabilirea originei cuvintelor, de care se servesc.

Aşa se întâmplă că, zilnic, ne putem împiedica de cuvinte de mare circulaţie asupra cărora ştim foarte puţin sau deloc.

1) Soc. de Istorie a Medicinei. Şedinţa din 2. II. 1947.

Unele dintre aceste cuvinte des pronunțate sunt: „medicină", „medic", „medicament"... Dorind să ne documentăm asupra etimologiei și sensului lor, a trebuit să întreprindem o cercetare care a fost destul de laborioasă.

In cea ce privește sensul noțiunei cuvântului medicină mă voiu ocupa într'o ședință viitoare.

Pentru a afla origina cuvântului „medicină" am cercetat dicționarele curente și am găsit cuvântul „medicina" uneori fără mențiunea etimologică, alteori, menționându-se că se trage din substantivul latin „medicina"-E", și cel grec „Yatree".

Marea diferență fonetică și etimologică dintre cuvântul medicină și corespunzătorul grec „Yatree" m'a îndemnat să iau drumul către limba latină și să vedem când și cum a luat naștere acest cuvânt.

In dicționarul mai vechiu al lui Laurian și Massim (Dict. limbij române; Tom. II pag. 257) am găsit cuvântul „medicu" = medicus; „Medicinae peritus" (care exercilă arta medicinei), cu lămurirea că în origina cuvântului se găsesc cuvântul latin: „Medicus-a-um", care la rândul lui se trage din Medere-medicare, și prin urmare cuvântul „medicu, medică", substantiv, ar fi echivalentul adjectivu'ui: medicatoru = care medică.

După aceste puține dar prețioase îndrumări ne'am găsit îndreptățiți să verificăm această afirmație în vocabularele limbelor romanice.

Căutând am găsit în Meyer și Lübke (Romanisches etymologisches Worterbuch, Edit. 3, 1935; pag. 447) la cuvântul: medicus echivalentul-Germanic (Artzt); în dialectul vegliatic-Medko; în italiană-Medico; logudoreic. (Nord Sardinia): Meigo; în franceza arhaică: Mie, Miege, Mirie; în dialectul basck-Mireku, în Catalană: Metge și în Trientin Medek și Medemaistro.

Aceiași autori (— W. Meyer și Lubke) în opusul sus citat, menționează că, în ceace privește cuvântul Medicina (g. Arznei) s'a găsit corespondentele următoare: Meizina (piemont); Mezina (genov); Meizina (logudoreic Nord-Sardinic), Messine (franceza veche); Metzina (prov) și Metzina (catalonică). In ceace privește „Sensul" acestui cuvânt, el este în primul rând acela de „substanță" întrebuințată în scopul vindecărei. Al doilea sens este acela de „otravă" (Gift) și apoi sensul de otrăvire morală-spirituală: „(Giftige Kirche)".

Tot aceeași autori stabilesc corespondentele în limbile romanice și a cuvântului „Medicare" (ger. „heilen").

Astfel găsim în dialectul ;Vegliotic (Medcuar); italian (Medicare); engandine (Medger); vechea franceză — (Megier); latharingă (Nuayé) Katalonă (Metjar); iar pentru cuvântul Medicamentum (Heilmittel), găsesc în franceza în veche — Megment.

G. Rohfles în: „Dizionaria dialettale delletre calabre t. J. ne arată, de asemeni că, în limba calabră există 2 cuvinte cu sens de „Medic" „Miedicu" și „Midicha".

Corespondența între diversele limbi și dialecte romanice, ne dă indicația temeinică că drumul către origina cuvântului Medicină, este înapo', departe, pe calea limbei latine. Să-i urmăm deci firul!

In limba franceză arhaică găsim forme ale cuvântului înainte de Secolul XIII și dupe acest secol.

BCU Iași / Central University Library Iași

Godfroy (Dictionnaire de l'ancienne langue française, tom. v p. 210) găsim cuvântul: Mecinal-Mecinnel-Mescinal, (adjectiv), care însemna — care servește la vindecare — citind pasagii din literatura timpului:

„Encore aije tel herbe Mecinnel.
„En un escring" Gaydon. 86. Ad. sau
„Cette oille[1]) est seinte e Mescinale. Itinneraire de Londre a Jerusalem attribuit lui Mathieu-Paris.

După oarecare timp, cuvintele „Mecinel" „Mecinnel" și Mescinal" au fost refăcute sub forma de: „Medicinal", „Medicinel", „Medicinal", „Medichinal".

Astfel în poeziile franceze dinainte de sec. xiii, se găsește.

„Qui de si fait vice infernal,
Peut trouver Medicinal"
(Ben. De de Non).

II.

sau

„A mes plais qui sunt mortels".
„Ne quier altres Medicinals".
De St. Marie L'Egipt.
(Richel 192. 20).

Adjectivul „Mécinaud", echivalentul lui „Medicinal" se găsește deasemeni în aceea epocă, alături de substantivul „Mecine" „Mescine", „Mezine"; „Mechine"; „Miecine" — cu înțelesul de „Remediu".

Cluj University Library Cluj

Astfel în versurile arhaice:

„Assez batent, tribient racines
Quillent herbes, funt „Mecines".
(Adam. p. 3. Luparcha).

In aceste exemple evidența formei și sensului noțiunei este destul de limpede.

După secolul XIII, cuvântul s'a refăcut sub forma de: „Médecine" și „Mecinement", substantiv masculin cu înțelesul de „Remediu", iar ceva mai târziu s'a transformat în: „Medicinement", „Medechinement" sau, cum se găsește în „Glasarul Salins", „Medicament" (medicinement).

Deasemeni se mai găsesc verbul „Meciner" cu derivatele „Medciner", „Mesciner", „Mechiner", „Meschiner", „Miciner", care s'a făcut tot după sec. XIII în formele „Medeciner", „Mediciner", „Medichiner", cu înțelesurile de: „action de soigner, „traiter" „penser" et „guerir".

*

Urmând firul etimologic mai departe în limba latină Pauly-Wissovva în Real-Enciclopedie der classischen Altertun Wissenschaft. t. 15. p. 74), ne arată cum cuvântul „Medicus" este atribuit drept poreclă lui Apollo — (zeul-greco-roman-al luminei, al artelor și di-

[1]) Potage d'origine spaniole composé de viande et d'autres ingrediants.

vinaţiei) — fiul lui Jupiter, aşa cum îl menţionează Scriitorul latin Macrobius (sec. V.) în scrierele sale intitulate „Saturnale" 1,17.15).

„eadem opinie sospitales
„et medici dei in nostris
„quoque sacris fovetur
„namque virginies vestales
„ita indigitant Apollo".

Porecla „Medicus", dată lui Apollo, ţinea la faptul că între altele atribuite zeice, poporul îl socotea apt să vindece şi bolile. Deaceea, în timpul unei epidemii de ciumă, care a bântuit Roma pe la anul 432, s'a ridicat, în onoarea lui, un templu, fapt menţionat de (H. Liv. IV 25,3), templu care a fost reînoit în anul 179.

Acelaş lexicograf menţionează că în „Lex Cornelia" se găseşte expresiunea „Medicament" „Mala" cu sensul de medicament vătămător, (periculos), ce era rezervat substanţelor anticoncepţionale sau vătămătoare — iar cuvântul de „Medici" era atribuit „Curatorilor" militar.

Deasemeni se menţionează expresia „Medicina Plinii" prin care se înţelege totalitatea datelor privitoare la medicină, plantele şi substanţele animale, cu caractere terapeutice, care au fost menţionate în „Istoria Naturală", a lui Plinius.

*

Du Cange (în „Glassarum" t. v. p. 322) menţionează noţiunea de „Medicus Vulnerarius" chirurgus-qui vulnerare curat „idem quad:" „Medicus Plagorum". A. Ernout et a Meillet, în „dictionnaire etymologique de langae latine" tom. II. pag. 569, ne indică: I) cuvântul „Medica-ae" (herba) împrumutat dela cuvântul grec μήδικη numele unei fel de plantă furagează (lucernă), originară din ţara Medilor (Media); apoi II) Medeor-Eris, Mederi (fără perfect) care înseamnă a da îngrijiri cuiva („Medeor Alicui"). Ambele noţiuni au fost găsite în scrierile bătrânului Caton, (care a trăit în aproape 2 secole înainte de epoca creştină).

In acest sens crede şi Teodor Iordănescu (Dicţionar Latin-Român Edit. No. 35) pag. 472., care menţionează cuvântul: „Medeor" eri (deponent intrasiv care se compară cu: (grecescul-Medomai; Goticul: Mitan; sanscritul: „Madayti" care înseamnă „a îngriji", „a vindeca", „a tămădui", a veni în ajutor, a ajuta).

Astfel în scrierile lui Publius Ovidius Naso, (43. a-c. 18 pC) se găsesc cuvinte derivate din „Medeor"; „Ars-Medendi". Arta de a vindeca. „Medicina" iar în Lucreţiu, Carus. 96—55 a. c.) se află: „Medentes" cu sensul de Doctor-Medici.

Deasemeni în scrierile marelui apologet creştin Septimus Floren Tertulianusmort 230 d. H.) se găseşte expresia: Mederi Cupiditates „a vindeca pasiunile". din „Medeor" au derivat 2 forme: I) „Medicus" a-um în sensul de vindecare, medicinal medical, şi 2) „Medicus" i medic, doctor, hirurg.

In limba latină a clasicilor se mai găseşte cuvântul: Medicor-Atus-Ari-Medicatus Sum, verb transitiv şi intrasitiv care înseamnă a face pe doctorul a căuta a vindeca.

In Titus Maccius Plautus (autor de comedii) se găseşte expresia: Tum-Medicabor Metum = mă voiu vindeca de această frică; şi alte cuvinte înrudite. Tot astfel, în dicţionarul („De Verboru Significatu") al lui Verius Flacus (epoca Augustus), Pompeius Festus, a găsit; Medibilis. „E" care se poate lecui.

In scrierile lui Titus Maccius Plautus, deasemeni, mai există cuvântul „Medicabilis"-E (derivat din „Medicor") care se poate vindeca; care este de leac; şi adverbul: Medicabiliter.

*

In operile lui Plinius (maior) se găseşte expresiunea: Medicamen — inis (medicor) cu sensul de: medicament, leac, doctorie, unsoare, plastur, otravă, farmece, vraje, culoare, dres, suliman. Cităm: „Vina Medicamine Instaurare — a drege vinurile cu un ingredient.

Alte cuvinte latine din aceeaş familie mai sunt: Medicamentariae derivat din Medicor-otrăvire, farmacie şi Medicamentarius — II" derivat din Medicor-otrăvitor, preparator de medicamente, farmacist.

In scrierile lui Aulus Cornelius Celsus, medic în timpul lui August şi Tibera, intitulat „De Medicina" şi scrisă într'o limbă socotită de latinişti drept „corectă", găsim:

Medicamen-A-Um participiu cu funcţie şi de adjectiv — cu comparativ şi superlativ, — care înseamnă — de leac, care lecueşte — pregătit cu unsori, cu o substanţă, otrăvit, medicata fontanae — isvor mineral.

Catius Silens Italiens 25—102 d'Ch., în Epoceea Punica scrie despre: Medicata veneno tela — săgeţi înveninate.

Alte cuvinte din aceeaş familie au apărut cu timpul, după cum vom vedea: I) Medicina (Ae): ars medicinae cu sensul de artă a medicinei şi figurat de înfrumuseţare a feţei (medicina figurae) şi de mângâere „Non Egeo Medicina" — nu am nevoe de mângâere „Cicero (146—43. IC· „II) „Medicinalis"-E-Medicinal, Medicinaliter (adv) — de vindecat.

Aşa dar, cuvântul „medeor" şi derivatele sale chiar dela început, apare în noţiunele oarecum de specializare privitoare la vindecare, în sensul de „A aduce vindecare", în afară de noţiunea, dată de cuvântul „Cura-Curo" care avea corespondentul elin de:

In felul acesta au luat naştere şi alte cuvinte; „Medens" — (Medic), Medella (Ae) — forma arhaică care înseamnă „remediu" care în epoca clasică au fost înlocuite prin:

Remedium-I — (remediu): Medicus-A-Um şi „Medicus-I, Medice, Medibilis, Meditrina. In acest sens Ernoult şi Meillet, Citează:

„Mas erat latinis populis
„Quo die quis (primum gustaret,
„Mustum dicere omnis gratia:
„Vetus noumn uinum bibo,
„Neteri nouo morbo Medeor".

„A quibus uerbis etiam
„Meditrinee deae nomen
„Conceptum, eiusque sacra"
„Meditrina dicta sum".

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Din cuvântul Medicus au răsărit apoi derivate care au înlocuit pe „Medeor", şi „Medela";

Medico-As — şi Medicor; Medicamen (Mentum) — cu derivatele lor „Medicinus-A-Um".

Tot în limba latină, în epoca imperială, au luat naştere, din cuvântul „Remedium" (remedio-dior) alte noţiuni: Bunăoară: „Remediabilis" şi „Iremediabilis".

Etimologiştii Ernoult şi Meillet socotesc că rădăcina acestor cuvinte referitoare la Medicină este „Med" care se găseşte în domeniul limbelor vechi Indo-Europene, în semsul de „a gândi"; „reflecta" şi adesea au un înţeles technic: „a măsura"; „a gândi", „a judeca"; sau „de a îngriji un bolnav" sau de „a Guverna".

Formele latine şi celtice indică faptul că rădăcina „Med", avea în indo-europene, forme atematice: Lat.: Medeor „a vindeca" cu frequantivul „Meditor"; Irlandezul, „Midiur" care înseamnă („eu judec") şi „Cora-Midathar" el domină; el are puterea „şi cuvântul de origină ostică „medix-icis" — cel ce arată dreptul, sfătuitor.

Ipoteza aceasta este confirmată şi de radicalul din cuvântul elin: *μήδομαί* şi goticul — Mitan, faţă de *μέδομαί* eu mă ocup de, eu med. şi prin analogie cu *μήδεωγ* = şef.

Deasemeni, în limba irlandeză se găseşte o formă (preterită), „Romidar" — am judecat.

In D'Avesta indiană, se găseşte cuvântul „Vi-Mad" VII 4) în propoziţia „Mazda-Ysna; Vimadascit Vimid Ayanta", care înseamnă: „că practic medicina, ca medic, pe Mazdeeni" (Bartholomae-Hir-War) care Echivalentul latinescului „Medeor" ar fi în sanscrită „Madayata".

Aşa dar origina cuvântului „vindecare" este de origină sanscrită, deci de grupul indo-europeana, şi care prin intermediul limbei latine în special, a trecut în limbele romanice, aşa cum insistă şi Goetz (Corpus Glassarium latinorum) tom. 6 pag. 686).

In rezumat avem deci — în ordinea vechimei:

1. Mad, rădăcina indică, cu corespondentul
2. Madayata — (sanscrit) — cu sens „de a vindeca"
3. Medeor (eri) a vindeca latinesc — cu derivatele
4. a) Medicus-A-Um — de vindecare, medical, medicinal

b) Medicus-i — medic, chirurg (medicus palatinus, medicul palatului).

Din care au derivat:

1. Medicinus-a, Um, — doctoricesc
2. Medico — ari, atum, are. A îngriji un bolnav, a vindeca
3. Medicina(ae) (ars medicina) — arta medicală.

Concluziile la care am ajuns sunt numai capătul cercetărilor mele. Poate dincolo de posibilităţile livreşti pe care le-am avut să existe surse de documentare care să infirme sau să cerceteze cele menţionate de noi.

Viitorul are drumul liber!

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

DIN DRAMELE VIEŢEI ŞI ALE BOALELOR

de

D-r S. IRIMESCU

Viaţa e un vast spectacol cu peripeţii diferite, când vesele, când triste, teatru divers a cărui scenă e universul, cum spune Figaro în piesa de teatru a lui Beaumarchais. Anumite epizoade din el rezumă adevărate tragedii şi merită să fie relevate de oarece sunt caracteristice pentru epoca noastră.

Trăim un sbucium intens. Plătim poliţe cu scadenţe dureroase. Expirăm greşeli de care individual nu suntem vinovaţi, dar nu ne putem sustrage de a le suporta consecinţele. Războiul a provocat dezastre şi acestea continuă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Moştenirea lui e grea şi împovărătoare. Pacea încheiată rămâne teoretică. De fapt ea nu există. Vrăjmăşia între oameni persistă şi dincolo de graniţe şi în interiorul ţărilor. Calmul nu revine ca să împece adversităţi ce ar putea fi conciliabile. Marea lecţie de moarte şi dureri n'a servit decât foarte puţin, Seneca spunea cu multă înţelepciune că oamenii nu pier de moarte naturală ci se sinucid de oarece nu se caută la timp ca să-şi îngrijească boalele şi să le evite. S'ar putea zice, generalizând, că popoarele se sinucid deseori şi ele. Privind la ce se întâmplă, constatăm câte conflicte stau încă nerezolvate. Pactul de securitate, viziune de înaltă armonie nu-şi poate împlini programul. Cei ce l-au făurit, cunoscând şi analizând sentimentele omeneşti cu fondul lor încă de cruzime şi barbarie şi-au dat seama că pentru a-l duce la realizări trebue prevăzute sancţiuni contra celor ce nu ţin socoteală de el. Când agresiunea e dovedită e nevoe să fie înăbuşită prin forţa armelor dacă nu se poate altfel. E un căluş împotriva celor ce nu s'au săturat de acţiunea criminală a războaielor.

Un pact de securitate e necesar să fie introdus şi între oameni pentru a-i feri de consecinţele neînţelegerei lor. Dacă şi-ar educa mintea şi sufletul, pactul ar putea să intre în practică, — fără să se recurgă la ameninţări, că pentru cei recalcitranţi sancţiuni vor interveni ca să fie disciplinaţi. E încă multă încordare în relaţiile dintre oameni şi pedeapsa e că suferă toţi din cauză

că nu-şi dau seama că trebue să fie solidari pentru a înfrânge neajunsurile care-i turbură şi îi duc la toate necazurile şi bolile. Boalele macină acum multe vieţi şi omoară mai mult decât războaiele. Acestea oricât ar fi de crunte şi ucigătoare sunt epizodice şi trecătoare pe când efectele boalelor se prelungesc şi durează.

Măsuri există pentru a le trata, dar mai cu deosebire a le preveni. Ca şi pentru planurile de securitate între popoare şi cele dintre oameni sunt piedice destule ca să fie realizate.

Boala care face acum senzaţie, vedeta sumbră este exantematicul. Se exagerează gravitatea ei. Epidemia actuală nu e cu formele pe care le avea cea din 1917.

D. T. T-ul pulverizat cu profuzie, săpunul distribuit încă cu sgârcenie dat totuşi mai mult ca înainte, băile dacă există — apa pentru ele este drămuită şi curge rar — şi dacă vor fi încălzite — combustibilul e deseori insuficient — vor contribui la stingerea boalei. Marele factor care va determina biruinţa va fi însă soarele. El va aduce la lumina zilei păduchii din ascunzişurile lor ca să poată fi mai uşor evidenţiaţi şi expuşi la acţiunea insecticidelor.

Dacă s'ar fi produs la timp reacţiuni mai active ale cenzorilor sănătăţii publice, carenţa curăţeniei nu s'ar fi constatat ca efectele ei atât de primejdioase.

Păduchii nu ar fi forfotit şi alarma dusă până la panică nu s'ar fi produs. Epidemia va înceta totuşi prin măsuri care deşi tardive vor fi eficace.

Va fi fost un foc de paie care a luminat intens ca să o risipească mizeria noastră igienică şi sanitară. Poate că de aici înainte, consulii vor fi mai vigilenţi şi nu va fi nevoe să li se repete ca o dojană să ne păzească de păduchi şi de alte rele, **caveant consules,** cum glăsuiau strămoşii noştri romani. Păduchii avizi şi ei să se alimenteze pe vremea aceasta de foamete, îşi vor căuta hrana aiurea decât pe trupuri care nu vor mai fi murdare ca să-şi găsească pe ele culcuşuri comode.

Dacă boala transmisă prin păduchi este o efemeridă, sunt altele mai tenace. Astfel, zilnic aflăm că dispar spre mâhnirea şi dezolarea celor ce-i cunoşteau şi îi socoteau valizi de oarece metehnele lor — afecţiuni ale aparatului circulator renal respirator, boale ale nutriţiei etc. — erau bine tolerate.

Brusc armistiţiul a fost denunţat şi din viaţă trec pe necrologuri. Precauţiile de igienă nemai putând fi păstrate din cauza lipsurilor în care se sbat, oameni ce puteau să continue pacte lungi cu viaţa sunt scoşi din circulaţie şi eliminaţi pentru totdeauna. E greu să-i determinăm să fie atenţi şi să-şi dozeze activitatea. Viaţa îi târăşte în tumultul ei năvalnic şi îi prăbuşeşte definitiv. Dintre boale, una este cea mai ameninţătoare: tuberculoza e în plin triumf prin scăderea rezistenţei organismului contra atacurilor ei.

Zilele trecute un student în medicină a venit să-mi expună situaţia nenorocită în care se află. E un exemplu tipic — sunt multe de aceleiaşi fel al suferinţelor vremei noastre. Avusese o

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

pleurită gravă care durase câteva luni. Vioi şi încă sprinten, deşi foarte debilitat voia să ştie — pleuritele sunt în majoritatea cazurilor de natură tuberculoasă — dacă plămânii nu sunt şi ei atinşi. Nu am găsit nimic apreciabil ca leziuni pulmonare.

Sfaturile pe care i le-am putut da au fost să se odihnească, să se hrănească şi să aibă o locuinţă încăpătoare şi aerisită. Când mi-a descris situaţia în care se află, mi-am dat seama cât de iluzoriu era acest program de viaţă. Dormea împreună cu numeroşi colegi, fiind adăpostit într'un cămin studenţesc. Hrana se reducea la un pumn de mălai dimineaţa, din care-şi făcea singur o mămăligă, de două ori pe zi o supă extrem de diluată, în care pluteau câteva felii de cartofi, niciodată pâine şi la zile mari o linguriţă de marmeladă.

Calculând valoarea acestei hrane de mizerie, ea nu reprezintă nici 500 calorii când ei i-ar fi trebuit cel puţin 3000 calorii ca să-şi continue studiile.

Cum spunea cu verva lui obişnuită, într'una din butadele lui **Bernard Schaw**, la bolnavi de felul acesta, în loc de droguri şi de sfaturi ce rămân platonice ar fi potrivit să li se ofere un bon ca să devină rentieri. Ar fi fost însă un bon fără nici o acoperire şi de aceia m'am mărginit, să-i dau îndrumări cum poate fi ajutat ca să aibă condiţii de viaţă suportabile şi să fie împiedicat să se îndrepte cu paşi grăbiţi spre un mormânt prea repede deschis. Făcând apel la cei ce distribue alimentele trimise de englezi şi americani nădăjduesc că-i vor putea da un sprijin şi astfel sporită raţia alimentară ca să dureze şi să înfrângă boala deja sădită în trupul lui firav. Altfel fiind sărac — tatăl lui plugar, susţinând din ceea ce agonisește o familie numeroasă nu-l poate ajuta — şi în imposibilitate de a-şi complecta mesele atât de frugale de adevărată inaniţie — riscă să moară de foame înainte de a muri de boala lui.

Pier în zilele noastre de restriște oameni ce nu sunt încă bătrâni, doborîţi de afecţiuni cronice, înainte de vreme, când acestea zăceau latente ducând cu ei o lungă experienţă de viaţă ce putea fi de folos comunităţii.

Piere pe de altă parte şi un mare număr de tineri cu mari perspective de viitor, care ar putea fi salvaţi dacă ar exista instituţii unde boala să fie prevenită şi chiar când s'ar manifesta să fie tratată cu mijloacele care s'au dovedit eficace ca să fie oprită în mersul ei. Nu le avem decât foarte puţin.

Pledăm de mult să fie sporite şi până atunci cele ce există să ofere bolnavilor condiţii de cură, ca denutriţia atât de frecventă, aproape generală acum să nu se repete pentru cei ce vin în ele ca să se caute şi să nu continue un trai de privaţiuni şi de lipsuri.

Poate că noua lege de asigurare contra tuberculozei, căreia i se anunţă introducerea şi aplicarea, ne va duce spre un liman unde să ancorăm nădejdiile noastre şi mai cu deosebire pe cele ale bolnavilor.

Digitized by Central University Library Cluj

Analize

I.

CARŢI — MONOGRAFII — REVISTE — SOCIETĂŢI

Activitate de spital.

ANUARUL SPIT. DE STAT DIN ORADEA PE ANII 1945 ŞI 1946

Institutul de arte grafice „Grafica", Oradea, 1947.

Acest anuar a fost întocmit de D-l D-r Valer Munteanu, Medic primar director al Spitalului în colaborare cu medicii primari de secţii, ajutor la întocmire dând şi personalul Ad-ţiei.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

In **Introducere**, se justifică întocmirea acestui Anuar, care interesează Onor. Minister şi marele public, dar şi prin situaţia tragică de evacuare şi refugiu a acestui spital, a greutăţilor de transiţie cu reluarea lucrului întrerupt şi a unor campanii din ultimul timp îndreptate în contra spitalului. In **Istoric**, se arată că spitalul a fost inaugurat în anul 1806 cu 12 paturi; de atunci toate îmbunătăţirile şi completările survenite, până la **Spitalul de azi**, care funcţionează cu 8 secţii şi are o capacitate de internare de 310 paturi, cu 2 secţii de Chirurgie, 1 de Oto-Rino-Laringologie, 1 de Oftalmologie, 1 de Interne, 1 de Dermato-Venerice, 1 de Radiologie, Pro-Sectură cu Laborator anatomo-patologic, precum şi 1 subcentru Antirabic. Se trec în revistă **Lipsurile** şi **Greutăţile**, **Realizările**, câteva **Momente** şi **fapte petrecute**, se termină cu **Concluziuni** şi **Deziderate**, între cari: o libertate mai mare în folosirea fondurilor; o revizuire a regimului la bolnavii de clasa I şi II, cari, deşi plătesc mai mult, mănâncă la fel cu cei de la clasa III; să se amelioreze situaţia materială a personalului şi în sfârşit:

O sală de conferinţe pentru medici cu o bibliotecă având tratatele şi revistele mai importante din ţară şi din străinătate; o sală festivă pentru manifestaţii culturale ale întregului personal; reapariţia vechei reviste medicale „Vestul Medicul" (de care rămâne legat numele D-lui D-r I. Glăvan N. R.) şi a Soc. Ştiinţifice a medicilor din spital.

M. C.

Digestiv

BOLILE STOMACULUI

Diagnostic şi Tratament

de

O. PORGES

Editura de Stat, Bucureşti, 1946.

Un volum de 184 pagini în care autorul, celebrul Profesor D-r O. Porges dela Viena, specialist în bolile tubului digestiv cuprinde sub forma a 12 prelegeri mai toate Bolile stomacului. Lucrarea a fost tradusă din limba Germană de Doctorul Sam Bercovici, dupe ediţia II-a prelucrată. A apărut în Editura de Stat.

In Prefaţa la ediţia II, scrisă în Februarie 1937, autorul insistă asupra concepţiilor personale, revoluţionare, ale prelegeriilor sale din I ediţie apărută în 1929, concepţii din cari pe unele desvoltarea ulterioară a ştiinţei medicale le-a confirmat, astfel marea importanţă a gastritei în patologia stomacului, pe altele încă nu astfel originea gastritică a tutulor turburărilor de secreţie gastrică.

Prelegerea I-a: Anatomia şi fiziologia stomacului.

Prelegerea II-a: Simptomele subiective şi anamneza în bolile stomacului.

Prelegerea III-a: Simptomele obiective şi metodele de examen în bolile stomacului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prelegerea IV-a: Dietetica generală a bolilor de stomac.

Prelegerea V-a: Gastrita. Anamneză,, etiologie şi simptomatologie.

Prelegerea VI-a: Gastrita. Diagnostic şi tratament. Apendice: „Nevrozele gastrice".

Prelegerea VII-a: Ulcerul gastric şi duodenal. Anamneză şi etiologie.

Prelegerea VIII-a: Ulcerul gastric şi duodenal. Simptomatologie şi diagnostic.

Prelegerea IX-a: Ulcerul gastric şi duodenal. Tratament. Apendice: Ulcerul peptic jejunal.

Prelegerea X-a: Stenoza pilorică.

Prelegerea XI-a: Atonia stomacului.

Prelegerea XII-a: Carcinomul stomacului.

Indicator alfabetic.

Dupe cum spune în Prefaţa la Ediţia I-a, expunerea este subiectivă, pune pe primul plan experienţele personale ale autorului, ne citând decât părerile autorilor cari confirmă propriile sale păreri. Un spaţiu restrâns este rezervat metodelor de cercetare, cartea urmărind perfecţionarea medicilor practicieni.

Cu atât mai mult este de recomandat acestora. Un indicator alfabetic analitic le facilitează orientarea.

M. C.

INTESTINUL SUBȚIRE

de

VICTOR DIMITRIU

Volumul IV — Partea 7-a

din: **CHIRURGIE — Semeiotică — Clinică — Terapeutică**

care apare sub îngrijirea Prof. I. Iacobovici,
1 vol. de 224 pagini, format 1 | 16, cu 40 fig.
în text, Tip. „Slova", Braila 1947.

D-l Docent D-r V. Dimitriu, medic primar chirurg, însărcinat de către D-l Prof. I. Iacobovici, sub îngrijirea căruia apare acest Tratat românesc de Chirurgie **„Chirurgie — Semeiotică, Clinică, Terapeutică"**, a scrie afecțiunile intestinului subțire, face astfel în calitate de autor prezentarea lucrării D-sale în **„Introducere"**:

Afecțiunile intestinului subțire au intrat târziu în patologia chirurgicală ca un capitol separat. La început s'au impus ocluziunile, care au fost mai bine studiate și s'au înglobat în capitolul general al ocluziunilor, apoi leziunile traumatice, înglobându-se în traumatismele abdomenului. Celelalte afecțiuni, treptat și timid și-au făcut drept de citație. Aceasta din cauza rarităței cazurilor și deci din greutatea de a le întruni și a face un studiu de ansamblu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum vom vedea din desvoltarea lucrării de față, multe din afecțiunile chirurgicale ale intestinului subțire, sunt reprezentate în publicistica medicală abia prin câteva sute de cazuri și chiar numai prin câteva cazuri. Unele dintre afecțiuni abia în ultimii ani și-au putut face un loc în literatura medicală. Această penurie de date este cauza că nicăeri nu găsim un capitol bine desvoltat al afecțiunilor organului care ne preocupă.

Când Maestrul Jacobovici a bine voit să mă însărcineze cu redactarea acestei lucrări, cunoscând situația și lipsa posibilităților unei bibliografij suficiente, m'am gândit să mă folosesc în primul rând de bogatele referate din Journal de Chirurgie pe ultimii 20 ani și în adevăr, am găsit un isvor bogat și care mi-a ajutat mult în culegerea datelor.

Am dat o desvoltare poate prea largă unor capitole tratând afecțiuni rarisime. Am făcut-o intenționat, înțelegând ca lucrarea de față să poată servi și pentru a fi consultată.

Dar chiar în afecțiunile mai cunoscute, ca ocluziile și traumatismele intestinului subțire, de curând și-au făcut loc noi concepțiuni patogenice, în special asupra mecanismului de producere a shocului peritoneal, a infarcizărilor, a importanței deperditiilor plasmatice, a mecanismului de producere a sfacelului intestinal. Am dat o suficientă desvoltare și acestor noi concepțiuni, cu mari repercusiuni asupra tratamentului operator și post-operator. Aceste noi achiziționi constituesc un mare proggres terapeutic, scăzând cu mult mortalitatea unor afecțiuni din cele mai grave și deci ele trebuesc difuzate cât mai repede în mediul medical.

Alături de bacteriologie și chimie biologică, vederi noi și explicațiuni

materialisto-mecaniciste tind să se impue în biologie şi cum vom vedea, au o mare repercursiune tocmai în explicaţiunile afecţiunilor intestinului subţire.

Dar şi prezentarea grafică a lucrărei de faţă a trebuit să sufere consecinţele materialităţei actuale, silindu-mă să fac o ilustraţie sumară şi schematică.

Vom trece în revistă **Tabla de materii**, care foloseşte tutulor medicilor nu numai chirurgilor, punând sub ochi diversitatea afecţiunilor intestinului subţire, pentru a aminti pe unele în caz de diagnostic iar pe altele celor cari le-au întâlnit în practica lor. *).

Generalităţi: Consideraţiuni anatomo-clinice. Consideraţiuni de patologie generală. Terapie şi technică generală. Technica chirurgicală intestinală. — **Malformaţiuni congenitale:** Atrezii. Lipsa de acolare a intestinului subţire. — **Traumatisme:** Contuzii. Plăgile intestinului subţire. — **Ocluziile intestinului subţire:** Strangulări. Obturaţii. Ocluzii postoperatorii. Divrticul Meckel. Prin apendice. Prin calculi biliari. Ocluzii de cauze excepţionale (ascarizi ş. a.), Invaginaţii. — **Stenozele intestinului subţire:** Stenoze fibroase. Stenoze traumatice. Prin hernii strangulate. Enterita segmentară, acută supurativă, cronică sclerozantă şi discontinuă. — **Ulcerul simplu jejuno-ileal.** — **Pneumatoza kistică.** — **Perforaţii intestinale:** prin paraziţi, tifice. — **Diverticuli jejuno-ileali.** — Ulcerul peptic al divert, meckel, inflamaţii şi perforaţii Meckeliene. — **Adenite mezenterice.** — **Infarct enteromezenteric:** Apoplexii intestinalee de cauze mecanice, Tromboză propriu zisă, apoplexii prin şoc de intoleranţă. — **Tuberculoza jejuno-ileală.** — Sifilisul jejuno-ileal. — **Tumorile jejuno- ileale:** peudotumori, tumori benigne, pseudomaligne, maligne, — tumorile divertic, meckel, tumorile mezenterului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe toate aceste afecţiuni autorul le descrie cu mână de maestru şi pe unele, deşi rare, foarte documentat. Istoricul, Etio-Patogenia, Anatomo-patologia, Simptomatologia, Prognosticul şi Tratamentul sunt prezentate în mod detaliat. Bibliografia străină, din care face largi citate, este menţionată la sfârşitul fie-cărui capitol; cea românească, la care se referă adesea, deasemenea. Intreaga lucrare prezintă aspectul tratatelor mari de medciină şi chirurgie streine, în care se integrează. Tratatul românesc de chirurgie, care apare sub îngrijirea D-lui Prof. I. Iacobovici, din care face parte şi volumul de faţă, le depăşeşte prin caracterul clinic pragmatic ce prezintă şi foloseşte cu atât mai mult medicului şi chirurgului.

M. C.

---

*) Personal, printre afecţiunile intestinale rari ce am întâlnit în practica mea de spital şi particulară menţionez: Infarct intestinal într'un caz de splenomegălie tromboflebitică primitivă, publicat cu colab. în M. M. R. 1931, 3—4, 164. — Infarct intestinal într'un caz de eritremie Vaquez, bolnavul care fusese pe punctul de a fi operat pentru o perforaţie intestinală, prezintase în repetate rânduri asemenea infarcte renale şi splenice; — o malformaţie congenitală prin lipsa de acolare a mezenterului, prezentat la Cercul medico-farmaceutic din Craiova; — Ocluzii prin ascarizi: — un caz de preperforaţie intestinală tifică, împedecată la timp; — tuberculoză ileală cu adenită mezenterică satelită.

Endocrinologie

N. IONESCU-SISEŞTI ET L. COPELMAN: *Les applications du réflexe psychogalvanique en endocrinologie.* Lucrare prezentată la I Congres de Endocrinologie din 4—6 Iunie 1939, Bucureşti.

Autorii expun metoda, natura fenomenului, căile de conducţiune, explicaţiile metodei, trag concluzii: reflexul psichogalvanic constitue o metodă importantă de analiză funcţională a sistemului nervos, făcând preţioase servicii şi în studiul glandelor cu secreţiune internă în special al tiroidei.

C. I. PARHON şi L. COPELMAN: *Glnecomastia.* Medicina română, Anul I, No. 6 | 1946.

Autorii fac un studiu de ansamblu al ginecomastiei în legătură cu obezitatea hereditară şi familială, fac consideraţiuni patogenice şi expun conduita terapeutică. Prezintă 3 obs. clinice.

C. I. PARHON, L. CÂMPEANU ET LOUIS COPELMAN: *Contrib. à l'étude des greffes endocriniennes et de leur action thérap. dans l'insuffisance thyroïdienne et le mongolisme.* Académie roumaine, Sect. scientifique, Tome XXVIII No. 3.

Aplicaţia de grefă tiroidienă într'un caz de monogolism şi un caz de mixoedem infantil au adus desvoltarea fizică şi mentală, astfel apariţia caracterelor sexuale secundare, creşterea rezistenţei la infecţiuni, creşterea ponderală şi a taliei şi mai cu seamă ameliorarea funcţiunilor psichice. 2 planşe demonstrative ilustrează lucrarea.

M. C.

Medicină socială

CONFLICTELE DE ADAPTARE SOCIALĂ ALE OMULUI

1946, Tip. „Tribuna", Braşov.

In cadrul Institut. de Cercetări Economice şi Sociale al Academiei de Inalte Studii Comerciale şi Industriale „Regele Mihai I" Cluj-Braşov, autorul a desbătut *Problema individ-mediu.* Broşura, ce prezentăm, cuprinde desbaterea acestei probleme Autorul porneşte de la constatarea şcoalei psichologice din Cluj „cerinţele mediului au depăşit putinţa de adaptare a individului" pe care o pune ca Motto lucrării sale şi va încerca să-i răspundă, expunând mijloacele prin care se poate realiza o adaptare, pentru a se face posibilă viaţa normală a individului în societate şi a se evita procesul de inadaptare cu rezultate funeste deseori pentru individ şi societate.

Trece în revistă noţiunile stabilite cu privire la *problema adaptării sociale*; la *factorii* care influenţează adaptarea socială, la *forma corpului nostru şi relaţiile* sale cu sufletul (biotipologie); la *coflictele* de adaptare şi la *rezolvarea* lor: la *nebunia* ca rezultat al desadaptării; la *patografia*

(istorisirea vieţei unui suferind) ca metodă de exemplificare a problemei; la *măsurile practice* ca eugenia, eutenia, examenul prenupţial şi igiena mintală.

In drum, autorul prezintă şi defineşte *noţiunile de fenotip, genotip* şi *paratip*, ca rezultate ale heredităţii şi influenţei mediului; — clasificarea clasică a omului în *tipul leptosom* (sau astenic), *tipul atletic* şi *tipul picnic*; — alte clasificări dupe alte criterii; între ele găsim *tipul simtropic, iaiotropic* sau *ambitrop* — după cum orientarea g-rală psihică a individului se face între cei 2 poli extremi; *tipul cicloid* şi *tipul schizoid* ai lui Kretschmer; *tipul extra* şi *intravertit* ai lui Jung; — *autismul* (proces de interiorizare); — cum se comportă aceste diferite tipuri în societate; — ce este *eugenia* (măsurile practice privitoare la ameliorarea condiţiilor de existenţă umană), — ce este *eutenia* (are grije de copil din însă-şi clipa concepţiei şi de îndată ce a fost născut), — ce este *eubiotica* (se ocupă exclusiv de viaţa sănătoasă psichofizică), — *igiena neamului* (I. Moldovanu, are în vedere prosperitatea neamului); — *examenul prenupţial.*

Intr'un capitol aparte se prezintă *metodele şi necesitatea conservării capitalului uman*, — cu măsurile cari sunt de luat pentru asigurarea şi creşterea valorii omului, măsuri dictate de eugenie, eutenie, eubiotică, igienă mintală, de măsuri igenice, sociale, fiscale, economice luate în diferitele state.

La sfârşit, într'un capitol de *Bio* şi *Patografie* puse în serviciul cunoaşterii omului, autorul prezintă viaţa de sănătate şi boală a diferiţilor oameni celebri, genii, din diferite timpuri şi la diferite popoare — trăgând concluzii din exemplificarea vieţei lor.

Autorul socoteşte că prin cunoaşterea mai adâncită a psihicului uman, care a fost neglijat în favoarea căutării unei vieţi fizice cât mai comode, i se va asigura omului mai uşor adaptarea la noua viaţă care trebue creiată, evitându-i conflictele care se nasc odată cu procesul adaptiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru mai uşoara adaptare a omului în societatea de azi şi de mâine se va citi cu folos teza de doctorat trecută la Cluj, în anul 1943, de către D-rul Iordan P. Pesarov, intitulată *„Cum şi de ce ne îmbolnăvim"* cu o prefaţă de Prof. D-r M. Kernbach, împregnată de medicină socială, pe cari le vom prezenta într'un număr viitor.

M. C.

Neurologie

C. I. PARHON et LOUIS COPELMAN: *Traumatisme du lobe frontal du cerveau avec deviation conjuguée des globes oculaires et de la tête.* Ac. r. Sec. St., Tome XXIX, No. 2.

Un traumatism al osului frontal, verificat prin examen radiologic, a determinat la o fetiţă de 14 ani complect sănătoasă o perdere a cunoştinţei urmată de o micşorare a funcţiilor psichice cu aceste caractere: amnezie pentru memorie ideativă, slăbirea inteligenţei până la limita inferioară a scării Kuhlman-Andersen, micşorarea vigilităţii şi a încordării atenţiei, conservarea foamei, setei, fricei, perderea puterei inhibitoare a tendinţelor erotice, a „censurii morale" a psichanaliştilor. Incât lobul frontal poate lua parte la fenomenele de inhibiţie şi de control al conduitei sociale.

M. C.

Oftalmologie

Prof. D-r N. BLATT: *Consideraţiuni asupra concursului de medici secundari.* — Imprimeriile Statului, Bucureşti, 1947.

O broşură în care autorul expune foarte judicioase comentarii şi face propuneri cu privire la acest examen de medici secundari pentru o revizuire a condiţiilor de admitere sau schimbare a programului de probe. Vom reveni asupra acestui subiect în cadrul examenelor şi concursurilor medicale în general.

M. C.

Prof. D-r NICOLAE BLATT: „Studiu comparativ asupra ochelarilor de sbor", Bucureşti, 1940. — „Sélectionnement des aviateurs, au point de vue de leur organe visuel". Revue du Service de Santé Militaire 1940 Tome 112 No. 3, pag. 322. Paris. — „Organizarea colectării, reparării şi distribuirii ochelarilor vechi pentru soldaţi", Bucureşti 1944.

Autorul având daţi de către Ministerul Aerului şi Marinei 7 tipuri de ochelari, caută să stabilească care din ei îndeplinesc maximum de condiţii pentru a fi utilizaţi de către aviatori. Pentru aceasta, cercetează, mai întâi prin metode oftalmologice obişnuite (optotipul), transparenţa sticlelor şi modificările pe care acestea le aduc acuităţii vizuale centrale. După aceea, examinează transparenţa sticlelor cu ajutorul metodei fotografice.

Trece la examinarea refracţiei, formei, dimensiunei, grosimii şi efectului prismatic al sticlelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiază acomodarea ochelarilor la figura aviatorului, comoditatea purtării ochelarilor în curenţii de aer, precum şi din punct de vedere technic ca soliditatea confecţionării, duritatea şi refrinţigibitatea sticlelor, posibilitatea înlocuirii sticlelor, conservarea ochelarilor de sbor şi evitarea voalării, alegând pe cei mai buni.

Având în vedere importanţa pe care o prezintă simţul văzului pentru un aviator, se ocupă îndeaproape de fiecare din funcţiunile parţiale ale ochiului şi indică condiţiile pe care aspirantul trebue să le îndeplinească în raport cu fiecare din ele. — În primul rând acuitatea vizuală trebue să fie intactă, luând ca normă de admitere 80 % pentru ambii ochi sau 90 % pentru unul şi 70 % pentru celălalt. — Iar toate celelalte funcţiuni să nu se abată dela normal.

Deşi tipărită mai de mult, această lucrare este de actualitate, dacă ţinem seama de tendinţele de expansiune ale aviaţiei civile, precum şi de faptul că în ea autorul încearcă să fixeze o conduită uniformă, internaţională, bazată pe amănunţite date ştiinţifice, în recrutarea aviatorilor.

In această lucrare cu scop informativ şi documentar autorul arată cum s'a făcut colectarea ochelarilor vechi, cum s'au reparat şi cum s'au distribuit soldaţilor, precum şi faptele care au determinat această operă de ajutorare a soldaţilor suferinzi. După ce

arată necesitatea absolută de a procura ochelari atât ostaşilor presbiţi cât şi celor miopi, ne înfăţişează pe scurt ac ivitatea Crucei Roşii internaţionale în acest sens, activitate care a inspirat colecta de ochelari pentru ostaşii noştri. Ne arată apoi cum e constituit comitetul de conducere în fruntea căruia se află M. S. Regina Mamă Elena. Publică apoi apelul lansat de Majestatea Sa cu ocazia acestei colecte, precum şi programul complect al acesteia, întocmit în prealabil sub titlul «Organizarea colectării, reparării şi distribuirei ochelarilor vechi pentru soldaţi».

Pentru a mări interesul publicului pentru această colectă majestatea Sa a organizat o expoziţie unde se puteau vedea ochelarii după ce au fost reparaţi, aparatele care au servit la selecţionarea şi repararea lor, grafice înfăţişând metodele de fabricare a sticlelor şi ramelor noi, cât şi de reparare a lentilelor uzate.

Alte planşe şi figuri arată evoluţia ochelarilor din timpurile cele mai vechi şi până azi, cât şi cele mai variate forme de lentile.

Autorul dă la sfârşit un tablou complect al tuturor materialelor donate clasate pe categorii.

D-r I. Moisescu

Rinichi

NEFROPATII
HEMATOGENE BILATERALE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. I. ENESCU şi **C. ZOSIN**

Inst. grafic „Lupta Moldovei". Iaşi, 1947.

O carte, pe care autorii, scriu în Prefaţă, o adresează clinicienilor, inzistând în deosebi asupra simptomelor, diagnosticului şi tratamentului. Vom găsi, între multe alte noţiuni esenţiale şi de ultimă oră, cele ce urmează:

La *Fiziologia rinichiului*; mecanismul secreţiei urinare cu legile lui Ambard; coeficientul lui Van Slyke; factorii extrarenali cari influenţează secreţia urinară. — La *Explorarea funcţională a rinichilor*: expl. bazată pe analiza sângelui; pe eliminarea provocată a apei prin metoda poliuriei experimentale a lui Vaquez şi Cottet, proba diluţiei şi concentraţiei a lui Volhard; eliminarea provocată a clorurei de sodiu prin cele 3 metode; eliminarea ureei; eliminarea substanţelor colorante străine de organism. — La *Examenul urinei*: date precise de cifre, metode şi interpretări. — La *Istoric*: găsim *clasificările* începând de la Bright, Sutton, Senator, Lancereaux ş. a., diferitele şcoale franceză, engleză până la cea germană cu Aschoff, Volhard şi Fahr, şi *formele anatomo-clinice* cu glomerulonefrita în focare; glomerulonefrita difuză, acută şi cronică, fiecare cu diferitele tipuri şi forme; nefrozele, de febră, grasă, lipoidică, amiloidă, din intoxicaţia cu sublimat — la fiecare insistându-se pe larg asupra simptomatologiei şi tratamentului, nefropatia gravidică, sclerozele renale (nefro-

sclerozele), benigne şi maligne. — *Sifilisul renal*, cu diferitele forme. — *Hipertensiunea arterială şi esenţială*, cu forme, diagnostic, complicaţii şi tratament al fie-căruia — *Uremia*, cu semne, diagnostic şi tratament; şi cele ale pseudouremiei acute şi cronice. — *Anemiile* din cursul bolilor de rinichi. — *Tratamentul balneoclimatic al nefropatiilor hematagene*, cu indicaţii precise pentru fie-care formă. — *Clasificarea afecţiunilor renale dupe marile sindrome renale*: sindromul albuminuric, sindromul cu reţenţie cloruremică, sindromul azotemic sau de reţenţie ureică, sindromul cardio-vascular. — *Postul prelungit ca metodă de tratament*, cu ceaiuri, cu compot, cu sucuri de fructe şi de legume crude, cura de lapte a lui Karell. — *Regimul de cruditâţi*, cu diferitele feluri şi metode de preparare. — *Regimul declorurat şi prepararea lui*, cu reţete pentru supe, gustări, salate, sosuri, pateuri, mâncăruri din legume, din cartofi, din făinoase, creme-false. — *Regimul alcalinizant* şi *acidifiant*. — Un *Tablou* cu conţinutul în protidee, lipide glucide, calorii şi vitamine C[1] a fructelor şi legumelor termină lucrarea.

Cu toate noţiunile de fond, fără citate de prisos de nume şi de lucrări bibliografice, cu claritate şi preciziune în expunere — lucrarea d-lui Prof. I. Enescu şi a colab. d-sale d-l D-r C. Zosin răspunde scopului, de a instrui şi servi de ghid în practica medicală. Rar ne-a fost dat să întâlnim în literatura română şi străină o carte de atâta folos ştiinţific şi practic, în acelaş timp. Experienţa întinsă a autorilor, care a contribuit total, i-a ajutat. O recomandăm cu toată convingerea că va folosi altora aşa cum ne foloseşte nouă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. C.

Varia

ASPECTE MEDICALE DIN U. R. S. S.

Arlus, Edit „Cartea rusă" 1947.

1 volum de 216 pagini, în care sunt prezentate de către diverşi autori români variate **Aspecte medicale din U. R. S. S.**, cari au făcut obiectul de conferinţe ţinute în cadrul Secţiei de Biologie a Arlus-ului. Prezentarea este făcută publicului medical român de către D-l Prof. C. I. Parhon, care în **Prefaţă** relevă activitatea rodnică şi originală care se desfăşoară în Uniunea Sovietică pe terenul medicinei şi al biologiei în general. Din cunoaşterea acestei activităţi vor trage foloase în primul rând cercetătorii români cari vor găsi nuoi surse de inspiraţie şi documentare şi medicii sanitari români cari vor beneficia de roadele organizărei activităţii respective. Un schimb proectat de lucrări şi de conferenţiari, de profesori şi de studenţi, va favoriza cunoaşterea reciprocă.

Prezentăm **Cuprinsul** Volumului:

Prefaţa. — Prof. Dr. C. I. Parhon.

I. **Cercetarea ştiinţifică în Uniunea Sovietică**—Prof. Dr. S. Nicolau.

Din viaţa şi opera lui Ivan Petrovici Pavlov — Prof. Dr. Radu Vlădescu.

Din viaţa şi opera Linei Stern — Dr. A. Kreindler.

Din viaţă şi opera lui Ilia Mecinikov — G-ral Dr. D. Zamfir.

Din viaţa şi opera lui Ivan M. Secenov — Dr. Teitel Bernard.

Din viaţa şi opera Prof. Constantin I. Scriabin—Prof. Dr. Gh. Dinulescu.

Din viaţa şi opera Prof. V. Filatov—Col. Dr. Odiscu Apostol.

Din viaţa şi opera neuro-psihiatrului Behterev—Conf. Dr. A. Radovici.

II. **Cifre şi date din Uniunea Sovietică.**

Infăptuiri medico-sociale în U. R. S. S.—Dr. B. Şapira.

Realizări în domeniul oftalmologiei în U. R. S. S.—Prof. Dr. D. Manolescu.

Protecţia mamei şi a copilului în Uniunea Sovietică—Dr. Medeea Niculescu.

Problema tuberculozei în Rusia Sovietică—G-ral Dr. I. Bălănescu.

Orientarea profesională în Rusia Sovietică—Dr. Nicolae Prejbeanu.

Psihiatria socială în U. R. S. S.—Dr. Dan Constantinescu.

Organizarea prosecturilor de spital în U. R. S. S.—Prof. Dr. E. C. Crăciun.

Alimentaţia în U. R. S. S.—G-ral Dr. I. Bălănescu.

Realizările zootehnice în Uniunea Sovietică—Prof. Dr. G. K. Constantinescu.

Caracteristici ale asigurărilor sociale în U. R. S. S.—Dr. B. Şapira.

Principiul corelaţiilor antagoniste între organe în procesul şi în mecanismul regulaţiei în organismul unui animal (după concepţia lui Zavadovski) —Dr. Eugenia Mârza.

Contribuţiuni sovietice la rezolvarea problemei şocului traumatic—Dr. H. Vascoboinic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am prezentat în repetate rânduri, în coloanele revistei din ultimii 3 ani, date şi cifre cari privesc activitatea de ordin ştiinţific medical şi organizarea de ordin sanitar din Uniunea Sovietică. Aceste date şi cifre au fost culese din publicaţiile cotidiene sau periodice cari apar în limba română, între cari cităm Veacul Nou şi Analele Româno-Sovietice; din numeroasele broşuri şi cărţi cari au apărut în cadrul „Cărţii Ruse"; din unele reviste medicale române şi străine (dinainte de răsboiu) şi publicaţii generale (un număr din Le mois trata în mod amplu problema Avortului social în U. R. S. S.); caşi din convorbirile cu numeroşi medici ruşi pe cari i-am cunoscut. Cunoaşterea reciprocă pe teren ştiinţific medical va fi mai bine şi mai durabil slujită de o **Revistă medicală româno-rusă** cu coloane în ambele limbi şi articole scurte numeroase, articole sau rezumate de cari va putea lua cunoştinţă întreaga presă medicală rusă şi română. Reiau această propunere pe care am făcut-o încă de anul trecut, în No. 5—7/1946 al revistei, cu ocazia prezentării cărţii **„Ştiinţa medicală în U. R. S. S.,** de Prof. V. V. Parin. Arlus în Editura „Cartea Rusă" sau Editura de Stat a noastră ar putea lua această iniţiativă.

M. C.

(Continuare din pag. 484)

număr, face supoziţiuni şi propuneri de cel mai mare interes. Le expunem în esenţă:

Soţii Joliot-Curie au descoperit la 1935 **radioactivitatea artificială.** Elementele radioactivate artificial rezultate, printre cari în primul rând **fosforul radioactiv,** au aplicare terapeutică în medicină. Ele se bucură de această proprietate un **timp anumit optim,** ca şi apele minerale cari lucrează mai ales la sursă (dovadă, înafară de efectele pe bolnavi, anume experienţe făcute de D-sa pe cobai cu ape minerale la Slănic şi aduse la Iaşi). Intre aparatele, cari produc energie atomică şi prin ea radioactivitate artificială, se află **pila de grafit** pentru care este nevoe de 9 tone de grafit şi de mari cantităţi de uraniu. La noi **pila de grafit românească,** naturală şi imensă, o constitue muntele Piciorul-Borvizului de lângă Slănicul-Moldovei. Aşa că, „fizicienii *) cercetând la faţa locului isvoarele proaspete cu ape minerale vor găsi nu numai o simplă analogie cu fenomenele deja cunoscute la radioactivitatea artificială, vor putea să învete dela natură şi să descopere alte lucruri cari nu le cunosc încă până acum şi cari vor contribui la propăşirea ştiinţei în genere şi a celei medicale în special".

— Supoziţiuni şi propuneri cari ar putea fi de precursor. Cum ar putea fi în Biologie apropierea între Energia atomică şi Metapsihică, pentru tranşarea controversei dintre Mecanicişti şi Vitaliştii vechi şi nuoi. De aceea s'au publicat ambele articole, cari poartă aceste titluri, în acelaş număr — ca să se confrunte.

Pe acelaş plan se situiază, de altfel **Incercările de psicho-mecanică,** pe cari le-a publicat în No. 1—2 şi 3—4/946 ale revistei D-l Prof. Em. Crăciun — speculaţiuni la cari invităm pe cetitor.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In anul 1927, în tip. „Cartea Românească din Cluj, D-l Prof. D. Negru, specialist în electro-radiologie, cercetător şi gânditor profund, a publicat **Teoria lui Einstein şi aplicaţiile ei în Biologie.** In Biologie care constată mutaţiile specii'or, în Medicină în care adevărurile nu rămân imuabile, — principiul Relativităţii trebue considerat la lumina noilor achiziţiuni ale ştiinţei, în ce priveşte Energia şi Materia. Rugăm pe această cale pe D-l Profesor Negru să scrie pentru numărul viitor al revistei, pe care o cinsteşte cu colaborarea D-sale, despre **Teoria relativităţii şi aplicaţiile ei în Biologie şi în Medicină.**

STAGIUL DE SPITAL

Prin bună voinţa D-lui Prof. S. Stoilov, Ministrul României la Paris, primim în ultimul moment Regulamentul cu **l'Organisation des etudes en vue du Doctorat en Médecine à la Faculté de Médecine de Paris.** Il vom prezenta pe larg în numărul viitor. Deocamdată ne grăbim a comunica că în programul învăţământului clinic este prevăzut Stagiul de medicină generală şi de chirurgie generală din anul I; stagiul este obligator în timpul celor 6 ani de studii; în fie-care an perioada de stagiu este de 9 luni. Aşa l-am conceput şi noi întotdeauna. Numai ca să nu părem prea revoluţionari, l-am aşezat din Anul II.

*) In cap cu Prof. H. Hulubei, descoperitorul celui de al 92 element, Moldavium

PROPAGANDA ŞI EDUCAŢIA SANITARĂ

Buletinul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. Oficiul de Educaţie Sanitară din Ministerul Sănătăţii, Direcţia de Studii şi Propagandă, prin Directorul său D-l D-r N. Vătămanu, bine-voeşte a ne trimite ultimul număr al Buletinului, precum şi câteva Broşuri şi Afişe de Propagandă, ultimele publicaţii ale M-terului Sănătăţii executate prin acest Oficiu.

Acest volum cuprinde No. 1—12/946, Anul LI, adică Buletinul a intrat din Anul trecut în Anul al 51-lea dela apariţie. Este gros cât un ceaslov, pentru-că, Publicaţie lunară, a apărut odată în loc de 12 ori şi la timp. Cu întârziere de un an, pentru-că poartă pe Anul 1946. Sumarul cuprinde:

Necrologul Prof. D. Bagdasar de Al. Tocilescu. — Necrologul D-rului Paul Păunescu de Cantemir Angelescu. — Profilaxia tifosului exantematic de Prof. H. Mooser „Directorul Inst. de Igienă al Univ. din Zurich trimis împreună cu colab. său D-r Fischer să ajute autorităţiile sanitare ale ţării la combaterea tifosului exantematic prin „le Don Suisse". — Problemele fundamentale ale Sănătăţii publice rurale din România de I. Alexa, Cantemir Angelescu, I. Polovrăgeanu şi A. Ştefănescu. — 3 articole despre mortalitatea infantilă, mortal. prin boale infecto-contagioase în România şi despre gripa infantilă de I. Tocitu, — Medicii din mediul rural de Gh. Grigorescu. — O cronică despre adunarea grală a Uniunei internaţionale contra pericolului venerian de N. Vătămanu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In plus, un tabel de interpretări radiologice, revista a 2 cărţi dintre cari una de radiologie; revista a 18 articole din reviste, cea mai mare parte de esenţă radiologică cari au interesat pe distinsul electroradiolog care este D-l D-r S. Sfinţescu.

Lipseşte Partea oficială cu Decrete, Decizii, Ordine şi Circulări; Legi şi Regulamente; — Comunicările şi Rapoartele oficiale; Recenziile, Notele şi Informaţiile, de interes medical general. cari sunt proprii acestui Organ medico-sanitar oficial şi pe cari le conţine No. 1 din Ianuarie 1940, Anul XLV, — primul număr apărut dela 1932, dupe 8 ani de întrerupere a existenţei, cu un Cuvânt introductiv din partea D-lui Prof. N. Hortolomei, Ministrul de resort pe atunci, care anunţa nevoia reluării acestei publicaţii şi a întoarcerii ei la vechea întocmire, aşa cum o văzuse cu 44 ani mai înainte Doctorul Sergiu, Directorul gral al Serv. sanitar de pe atunci.

Am un dulap cu revistele cari îşi încetează apariţia, este **Cimitirul publicisticei medicale româneşti,** în care numărul locatarilor creşte din an în an. Am urmărit cu atenţie fenomenul, da la apariţie şi până la moarte. Prognosticul quoad vitam se face dela început; dupe multe semne. Buletinele şi Periodicele oficiale de regulă rezistă, dar sunt supuse şi ele la fluctuaţiuni: apar mai rar, se subţiază sau brusc se îngroaşe — precum numărul de faţă, îşi schimbă titlulatura, formatul, cuprinsul.

Neprimind „în schimb", cu toate că dela 1940 tot timpul am expediat revista noastră M-terului Sănătății, am socotit că Buletinul Sănătății și Ocrotirilor Sociale (Analele cum se chema odată; Sănătatea Publică; sau Buletinul Ministerului Sănătății și al Ocrotirilor Sociale) nu mai apare, convingându-se Onor. M-ter că, așa cum îl scoate, Buletinul său nu-și atinge scopul. Este de vină, desigur, schimbarea echipei de lucru și lipsa de continuitate în acțiune. De fonduri nu poate fi vorba. Cum nici de lipsă de interes din partea Direcției de Studii și Propagandă a Onor. M-ter pentru propriul său organ.

Ne permitem a crede — și supunem această părere Conducerii actuale a M-terului Sănătății, așa cum am făcut în repetate rânduri în trecut — că **opera de studii, de propagandă și de educație sanitară a țării** trebue să fie continuă; să se intensifice; să fie variată. Să se **exercite asupra Corpului medical, sanitar și auxiliar întreg prin Organele de publicitate** (reviste buletine) proprii, oficiale și personale, pe care **să le subvenționeze, să le aboneze din oficiu sau din fondurile proprii ale diferitelor instituțiuni și servicii medico-sanitare, asociându-le astfel la o propagandă susținută și activă, obligatorie.** Iar asupra populației civile, propaganda să se facă prin **răspândirea în masă a excelentelor broșuri și afișe**, apărute în editura M-terului Sănătății, cari trebuesc **oferite**, nu cerute gratuit. Până acum au apărut:

1. **Considerațiuni critice referitoare la tratamentul sifilisului** de Prof. D-r St. Nicolau, 1945, o broșură de 37 pagini, pentru medic.

2. **Sifilisul, ce este și cum se vindecă** de D-r N. Vătămanu, 1943, o broșură de 44 pagini.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3. **Boalele venerice**, 1946, o broșură de 16 pagini; o lecție de igienă pentru elevii claselor VII—VIII de liceu și tinerii de aceeași vârstă.

4. **Tinere, ia seama!** 1946, o broșură de 8 pagini, cu sfaturi profilactice.

5. **Scrisoare unui tânăr prieten**, 1946, o broșură de 12 pagini cu noțiuni de educație sexuală.

6. **Ingrijirea copiilor** (Diareele copiilor, povețe pentru înlăturarea și vindecarea lor), de D-r Corneliu Constantinescu, 1947, 16 pagini.

7. **Sifilisul se vindecă!** afiș din seria „Propaganda sanitară ilustrată" Nr. 1—1946.

8. **Unul din zece**, afiș din seria „Propaganda sanitară ilustrată" Nr. 2—1946.

9. **Copilul sănătos este frumos și vesel**, afiș din seria „Propaganda sanitară ilustrată" Nr. 3—1947.

10. **Eu sunt oftica**, afiș din seria „Propaganda sanitară ilustrată" Nr. 4—1947.

Celelalte racile naționale ca: Pelagra, Malaria, Alcoolismul — nu vor întârzia să se prezinte.

Suntem de părere că aceste broșuri și afișe să fie tipărite în zeci și sute de mii de exemplare. Să intre în fiecare Casă, ca să ia cunoștință de cuprinsul lor toți. Să fie explicate și afișate în conferințe ținute în fie-care sat, în adunări publice, în școli, în biserici. Să ia parte la propagandă toți: medici, agenți sanitari, moașe; învățători. Adunările

să fie repetate, cele expuse să fie la orice ocazie comentate. O săptămână a propagandei să fie realizată nu numai anunțată; la ea să participe presa și radio.

De ce este nevoie cu broșurile să fie oferite cu profuziune, larg, generos; să nu se aștepte ca să fie cerute, chiar gratuit? Și, odată intrate în posesiune, să se revină necontenit asupra cuprinsului lor? Omul se jenează să le ceară; nici gând să le cumpere, la orașe din librării, la sate din cele depozitate. Il află lumea. Am editat acum câțiva ani 5000 de broșuri cu tratamentul sifilisului, expus de D-l Prof. S. Nicolau; le-am trimis în consignație la toate librăriile din toate orașele mari și mici din țară; costul unei broșuri de.... pagini era fixat la 20 lei; o bandă galbenă eloquentă le prezinta. Nu s-au vândut nici 100. De la librari am aflat, la anchetă făcută, cauza abținerei. La orașe, dar la sate.

COMPETENȚA DE BOLNAV
ESTETICA PATOLOGICULUI

N'am apucat să facem cunoștiință cu bolnavul competent pe care D-l Tudor Arghezi îl opune medicului incompetent, că D-l Șerban Cioculescu ne prezintă pe medicul estetician care este Doctorul Gabriel Deshaies, fost șef de clinică la Facultatea de medicină din Paris, medic psichiatru al spitalelor, doctor în litere, autor al unei lucrări „L'esthétique du Pathologique" apărută în Bibl. des Presses Universitaires de France, 1947. De fapt, medicul francez descriând în cartea sa o estetică a patologicului, adică o estetică a boalei, descopere cu medicul estet care este D-sa pe bolnavul estetic prin frumusețea boalei sale.

Avem până acum pe bolnavul competent, pe bolnavul estetic și boala estetică; un medic incompetent și un medic estet; medicina estetică (a feței, de exemplu) și o estetică a medicinei (medicina este știință și artă, dupe definiția clasică) sunt prea cunoscute. Ne lipsesc bolnavul estet în chinurile suferinței și un medic competent care să meargă la sigur. Li va prezenta bolnavul senin în fața morții care va face elogiul medicului întrunind în egală măsură competența științei medicale și frumusețea artei profesionale.

Cam mulți, o galerie de medici și bolnavi, care mai de care mai pricepuți și frumoși. Nu doresc să complic lucrurile, să-i împart în esteți, în estetici, în estetic ieni și în estetisanți (cam așa ceva) — Micul Larousse dă definiția fie-căruia, deocamdată a primilor 3. Cu atât mai puțin voi lua în considerare gradele competenței și esteticei (vorbesc mereu de cele medicale) cari maximale devin monstruoase, minimale ajung subliminare. Am lăsat la o parte pe adevărați, pe pseudo și — pe „simili". Trebue însă să menționez pe medicul etic (vom căuta și pe bolnavul etic) la care face aluzie D-l Gr. Tăușan, care cași subsemnatul a luat cunoștință de estetica patologicului din critica D-lui Cioculescu. Acest medic samaritean este rar azi, cu toate că la origine Hippocrate, tatăl medicinei, așa a vrut să-i conceapă pe toți, punându-i să jure; în luptă cu greutățile vieței nu va întârzia să dispară. Se va multiplica în serie, în schimb, medicul savant estet.

In esenţă, etica şi estetica se cheamă; nu se condiţionează şi nu se substituesc; şi amândouă pot merge cu cea mai desăvârşită competenţă şi doctă ignoranţă. In tableta „Articole de lux" D-l Tudor Arghezi alege, dintre semi-docţi, pe „Savantul idiot şi la locul lui". Preferinţele noastre merg spre medicul cu mai puţină carte dar conştiincios. Pe confratele prost, vanitos şi lacom de bani nu-l recomand nici duşmanilor. Dintre bolnavi, am mai spus, simpatie avem pentru bolnavul căruia îi citeşti în ochi recunoştinţa, nu în scrisoarea dată la ziar.

Mulţi şi de toate felurile, dar şi eu din temperament complic, le văd toate în integralitate, prin sinteza mai la îndemână ca analiza. In cazul de faţă vom recurge la metodă, pentru ca să eliminăm accesoriul şi să reţinem esenţialul. 2 sunt problemele puse în discuţie: competenţa bolnavului, a bolnavului care ajunge competent dupe boală; şi estetica boalei, a boalei urâtă ca moartea care se vrea frumoasă. Ne vom opri la ele, într'o cronică viitoare, pentru că în cea de acum nu mai este loc. Atâta medicină se scrie de cei cari nu sunt medici, dar se pricep, încât lor trebue să le răspundem mai întâi. Avem această obligaţie, pentru-că ei alimentează în largă măsură această cronică şi sunt străini.

Ca să câştigăm timp pentru cea viitoare, vom rezolva mai întâi un proces de conştiinţă: am eu calitatea de a trata despre competenţa de bolnav? vorbesc ca medic în numele bolnavilor mei sau al meu personal? fost-am eu destul de bolnav, încât să am autoritatea de a vorbi ca bolnav? Răspund afirmativ. Am. De mic am luat-o cu bolile, cu băile, cu medicamentele, cu regimurile. Pot prezenta frumoase state de serviciu în această privinţă. Incât, această îndoială cartezieană mai rea ca o boală, de care sufer în mod periodic, în speţă nu o încerc. Voi expune cu altă ocazie ce profit şi pagubă am tras din bolile mele. Anticipez asupra 2 aliniate: din boală am rămas cu un sentiment de recunoştiinţă pentru cei cari bine sau rău m'au îngrijit, de îl încerc şi când nu sunt eu în cauză, în locul bolnavilor mei cari nu-l manifestă pe al lor; — o boală prinde bine şi medicului, o boală a lui, nu a bolnavilor săi; când ese din ea este alt om, altfel se uită la bolnavi; dar cum se uită toate în lumea aceasta, nu este rău ca boala, la fel sau alta, să revină. La timp voi intra în detalii asupra naturei, gravităţii, duratei boalei pentru medic. Pentru moment expun generalităţi, cum facem noi medicii când scrim un articol ştiinţific, de nu se mai alege miezul din coaja groasă.

Celălalt subiect, estetica patologicului, boala estetică, este atât de nou, încât trebue să mă reculeg. Voi consulta documente. Voi ceti o carte despre frumos, cu definiţia, formele, metodele de a le percepe şi maniera de a le exprima. Sunt un ignorant în materie. Am considerat întotdeauna frumos ce e frumos, şi frumoasă numai sănătatea. Mă străduesc ca medic, pe cât stă în puterile mele, să o restabilesc cât mai grabnic şi să o redau pacienţilor mei, să cultiv sănătatea, să previn boala. Va trebui neapărat să-mi procur cartea confratelui, cea ce nu este uşor de când cu stabilizarea. Să nu mă iau dupe impresiile altora, şi să improvizez. Când nici nu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

este nevoe, când am adunat în cursul unei vieţi de practică profesională material clinic atâta încât să pot prezenta nu „1, ci numeroase cazuri personale". Nu am decât regretul că nu sunt scriitor de meserie. Folosesc scrisul numai atunci când am ceva de spus. Şi, atunci scriu greu; cu casnă; cu ştergătorul lângă mine (se consumă hârtie mai puţină dar cărămida scoasă se bagă la loc mai greu). Scrisul ştiinţific, care le-ar conveni mai bine, nu se bucură de considerare la noi şi nici nu se pot trata toate problemele în haină ştiinţifică. La S. S. R. scriitorii ştiinţifici nu au ce căta, aci se caută forma. Sunt trimişi la Academii, dar acolo mai mult se vorbeşte decât se citeşte, şi fie-care de descoperirile lui. Acest gen de scriitori va dispare, ca şi medicul etic al lui Hippocrate. Drept că în medicină, mai târziu, pentru-că publicaţiile ştiinţifice ajută în clientelă.

Nu pentru mult timp. Bolnavul a ajuns azi mai competent ca medicul său. Vor rămâne în schimb, şi se vor întinde, publicaţiile medicale de popularizare, pentru mase — cum se vrea azi. Şi, articolele cari se referă la medicină, scrise de bine intenţionaţi chiar dacă nu calificaţi dar toţi competenţi, în cotidiane.

P. S. Pentru necesităţi redacţionale, trebue să adaog articolului o coadă. Coadă crescută; nu cusută, orcât de estetic.

Pe vremuri, un coleg lua cunoştinţă de cărţile nuoi în medicină din vitrinele librăriilor şi la prezenţa în urmă ca cetite. La fel, în comentator pe necetite al „Esteticei patologicului", varietate de estet medical, mă mir că autorul nu citează la loc de cinste între categoriile estetice ridicolul medical, dela cazul „spiritual, comic" de ridicul până la un pas dincolo de cazul sublim de ridicul. Nu l'a menţionat subtilul critic care este D-l Prof. Cioculescu? sau a scăpat sogacităţii autorului? Lipseşte de asemenea caricatura medicală, iarăşi o manifestare de artă, întinzându-se dealungul secolelor până la medicul de azi care îşi comandă singur o caricatură, pentru sala de aşteptare. Am şi eu una. Dar n-am aşezat-o acolo. In locul ei am pus altceva.

Ca să crească la măsură, sunt nevoit să mai împărtăşesc cetitorului neprevenit că încercările acestea nu sunt de esenţă literară, nu urmăresc „Esteticul medical" sub vreo formă oare-care ci sunt aspecte clinice expuse într'o formă potrivită menite să facă cunoscut pe medic şi pe bolnav pe toate feţele. Fiind pline de înţeles, întind subţiază şi strâmpţează haina care le îmbracă — de aci expresia lor concisă Sunt fotografii pe dinăuntru. Constituesc o varietate de „Cazuistica", fotografiere pe dinafară care îngroaşe lista de „Titluri şi Lucrări" ştiinţifice ale unui medic, dar nu le creşte valoarea.

M. CÂNCIULESCU