

# MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

## SUMARUL

	Pag.
I.	
<u>CHRONIQUE MÉDICALE ROUMAINE</u>	
Prof. D-r P. NICULESCU și Conf. D-r N. DABIJA: CONTRIBUTIUNI LA TRATAMENTUL RÖENTGENTERAPIC AL ARTRITELOR GONOCOCICE . . . . .	153
Prof. D-r M. KERNBACH: RESPONSABILITATEA PENALA SI TENDINTELE MEDICO-LEGALE ACTUALE . . . . .	162
Doc. D-r S. IAGNOV: PATOGENESA SEPTICEMILOR MEDICALE . . . . .	172
C. DOLJAN: MECANISMUL CRIZELOR DE ANGOR IN PERIOADA DIGESTIVA . . . . .	180
Doc. D-r ALFRED DIMOLESCU: ORIENTAREA ACTUALA A PSIHIATRIEI . . . . .	187
ION I. CANTACUZINO: INFIRMERIA SPECIALA A PREFECTUREI DE POLIȚIE DIN PARIS (ORGANIZAREA SA. — OPERA SA PSIHIATRICA SI MEDICO-LEGALA) . . . . .	195
GHITEA IOSIF: PLASA SANITARA „MODEL“ BREASTA-DOLJ . . . . .	206
I. BRECHER: CONTRIBUTIUNI LA FOLOSIREA VACCINEI ANTISPIROCHETICE A LUI HILGERMANN CA MIJLOC DE DIAGNOSTIC SI CA MIJLOC DE IMUNIZARE ACTIVA IN AFECTIUNILE SIFILITICE ALE OCHIULUI . . . . .	216
V. M. PLĂTĂREANU: PRESTIGIUL MEDICAL DEALUNGUL VREMURILOR . . . . .	224
Agreg. D. PAULIAN, I. R. DEMETRESCU și M. CARDAȘ: COMPRESIUNE MEDULARA, BLOCAJ COMPLEX D <sup>6</sup> D <sup>8</sup> . . . . .	238
L. MAYERSOHN: UN NOU TRATAMENT FOARTE EFICACE AL ANGINELOR ACUTE . . . . .	240
<u>CHRONIQUE MÉDICALE LATINE</u>	
4-ème Congrès de la Presse Médicale Latine (Venise: 29 Sept.—3 Oct. 1936)	244
Congrès international de thérapeutique (Berna—Suisse, 19-21 Mai 1937)	245
Un déjeuner en l'honneur du Prof. Danielopolu . . . . .	245
Union thérapeutique . . . . .	246



Din  
**Sumarele No. viitoare:**

**TABLA DE MATERIE** pe anii 1928-1936  
care reprezintă **No. 5-6 | 1936** al revistei  
va apare în cursul lunii Mai-Iunie.

**No. 7-8 | 1936**  
(Iulie-August)

Prof. C. DANIEL: **Vizita la Londra a membrilor Congresului francez de gynecologie.**

Prof. M. KERNBACH: **Responsabilitatea penală și tendințele medico-legale actuale.** (Urmare și sfârșit).

M. CÂNCIULESCU et R. HIRSCH: **Sur la valeur diagnostique du pigment paludéen — Les épreuves de sa concentration dans le sang et dans les urines.**

MEDEA NICULESCU: **Date și concepțiuni noi în legătură cu biologia sarcinei.**

M. NASTA și I. GOLOGAN: **Tratamentul pleureziilor supurate.**

I. STOIA, E. SÂNDULESCU și L. WECHSLER: **Nefroza lipoidică cu turburări psihice.**

C. PARHON-ȘTEFĂNESCU și TATIANA CAHANE: **Considerațiuni asupra unui caz de schizofrenie debutând cu simptome histeriforme.**

I. SÂRDĂRESCU: **Chimioterapia în biologie.**

T. SPĂRCEZ și I. POPESCU: **Considerațiuni asupra chistului hidatic pulmonar multiplu primitiv, în legătură cu un caz.**

I. LEONIDA: **Pelagra și tratamentul ei.**

R. FLINKER: **Asupra patogeniei pelagrei.**

L. RODESCU: **Tratamentul maladiei denumite „Gastroxinsis” (Rosshach) sau „Gastroxya” (Lépine) cu ape de Slănicul Moldovei.**

GHITEA IOSIF: **Plasa savitară „Model” Breasta-Dolj.** (Urmare și sfârșit).

**No. 9-10 | 1936**  
de **ENDOCRINOLOGIE**

sub direcția D-lui Prof. C. I. Parhon  
Membru al Academiei de medicină

cu articole semnate de D-nii: Prof. G. Marinescu, N. Vasilescu și H. Bruch; Prof. C. I. Parhon; Prof. C. I. Urechia, Benetăto și Retezeanu; Doc. M. Goldstein; Tatiana și Mareș Cahane; Doc. I. Nițulescu; Constanța Parhon Ștefănescu; L. Mavromati; V. Mârza; I. Orenstein; E. Preda-Derevici; A. Blinov; M. Briese.

**No. 11 | 1936**  
**NUMĂR OMAGIAL**  
dedicat D-lui Prof. I. Nanu-Muscel

cu articole de medicină generală, scrise de colaboratorii și elevii săi.



*Clinica Medicală Iași*

## **CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL RÖENTGENTERAPIC AL ARTRITELOR GONOCOICE**

**Professor D-r P. NICULESCU**  
Directorul Clinicei

de

și

**D-r N. DABIJA**  
Conf. - Radiolog al Clinicei

„Radioterapia este metoda cea mai indicată în tratamentul artritelor gonococice.

Rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât tratamentul se aplică mai la început, către faza acută; — și artritele înaintate sunt ameliorate, mișcările câștigă în amplitudine, durerile dispar, cași starea subfebrilă, iar tendința la ankiloză este evitată.

Tratamentul medicamentos și vaccinoterapia rămân adjuvante prețioase”.

Radioterapia reprezintă una din metodele cele mai eficace de tratament al reumatismelor în general. Această metodă cunoscută de aproape patru decenii în tratamentul afecțiunilor articulare, fiind prezentată de Sokela în 1897 și Steinbeck la congresul din Cristiania în 1899, intră deabia mai târziu în practica curentă.

În artritele gonococice recunoașterea acestei metode, ca factor terapeutic important, este de dată și mai recentă. Wetterer și Ramazzotti în 1921 sunt primii preconizatori.

Holfelder arată că razele X topesc țesutele și formațiunile inflamatorii, împiedică anchiloză, de aceeași părere fiind și Thall, Vignal și Solomon.

Guhrauer în 1927 face o serie de documentări pe un număr apreciabil de cazuri arătând eficacitatea rezolutivă și sedativă a razelor X.

În 1928, D-r Goff-Paris face o importantă comunicare la Soc. de Elect. și Rad. franceză, asupra acestui subiect, pe un număr mare de cazuri și conchide că: radioterapia este tratamentul indicat întotdeauna, iar rezultatele ce le dă sunt admirabile, cu atât mai complectă, cu cât afecțiunea este mai recent tratată, dozele ce ne-

cesită sunt mici. Sequelele ce rămân vor fi tratate prin ionizări, infra roșii și diatermie.

Caracterul de quassi-specificitate al acestui tratament îl deduce D-r Vignal în studiul asupra talalgiilor: cele de natura reumatică și alte cauze, sunt slab modificate, pe când cele gonococice sunt vindecate sau serios modificate spre bine.

Recomandația de căpetenie o avem și în artritele profunde, de ex.: coxo-femorală, unde dă rezultate bune.

Dausset și Brace-Gillot au obținut din 23 cazuri 19 ameliorări apreciabile, deci un procent de 82%. Kohlmeier dă un procent de vindecare numai de 40%.

În clinica noastră și personal am avut de tratat un număr de circa 20 cazuri, din care 12 cu rezultate bune, a căror expunere o rezumăm după cum urmează:

**Observ. 1.** I. M. adolescent în vârstă de 18 ani, cu gonococie acută de 6 săptămâni în plin tratament. Face o artrită gonococică a genunchiului, cu toate simptomele clinice. Tratamentul cu vaccinuri și medicamentos dau rezultate medii.

Radioterapia pe 2 câmpuri anterior și posterior cu administrare de 1800 R. — filtrați pe 0.5 Cu — 1 Al. în 6 ședințe la 2 zile interval, ne arată o ameliorare vizibilă după a 2-a ședință. Durerile dispar, tumefierea diminuează. Temperatura se menține sub febrilă până la a 6-a ședință. După 8 zile delatament tumefacția dispore în mare parte, articulații devine complet nedureroasă, iar după 2 săptămâni își recapătă mișcările în mare parte.

**Observ. 2-a.** Caz asemănător cu primul la un adult de 32 ani. Tumefierea genunchiului drept, imobilizare, temperatura între 37,5 și 39°. Tratament radioterapie în plină perioadă acută, după ce tratamentul încercat cu proteinoterapie, gonoyatren, etc., timp de 10 zile au dat rezultate submedii. Obținem o ameliorare după 6 ședințe radioterapie aplicate pe 4 câmpuri, bolnavul reluându-și ocupațiile după 4 săptămâni delatamentului radioterapie.

**Observ. 3-a.** Lucrătoare de fabrică în vârstă de 24 ani cu o veche salpingo-ovariță gonococică, tratată mult timp la dispensarul asigurărilor, face o artrită-gonococică a cotului stâng. După un tratament cu salicilat, proteino-terapie, vaccin, starea se ameliorează, pentru a face o artrită de aceeași natură a masivului radio-carpian. Incepe tratamentul radioterapie cu aplicarea de 8 ședințe la 2 zile interval, pe 4 câmpuri. Tumefierea cedează, temperatura cade. La o lună după tratament vindecare aproape completă. Completăm tratamentul cu diatermie și mobilizare cu masaj.

**Observ. 4-a.** Femeia Sc. Ana de 34 ani intră în clinica medicală cu o artrită gonococică a masivului radio-carpian. Greutate în mișcări, stare subfebrilă discontinuă. Se aplică radioterapie pe două câmpuri cu rezultate bune în scurt timp.

**Observ. 5-a.** En. Elena de 22 ani, tratată în clinica Medicală cu artrită gonococică a genunchiului drept, datând de vre-o două luni. A urmat diferite tratamente în afară și în clinică, febra cedând în parte dar tumefierea genunchiului și impotența funcțională perzistând. Se aplică tratamentul radio-

terapie în două serii la un interval de 21 zile câte 6 ședințe de fiecare serie; — tumefierea se micșorează; efectuează mișcări pasive și active reduse nedureroase. Se completează tratamentul cu masaj și diatermie. Rezultatul este o ameliorare foarte marcantă.

**Observ. 6-a.** Gh. Bz. student, în vârstă de 21 ani, urmează tratament în Clinica Medicală pentru artrită tibio tarsiană dreaptă gonococică timp de o lună cu: injecții, vaccin, proteino terapie, pomezi locale etc., cu rezultate sub mediocre. Tratamentul radioterapie instituit îi ameliorează starea temperatură cedând, la fel tumefierea, dispărând durerile.

**Observ. 7-a.** P. V. în etate de 25 ani,, cofetar tratat în clinică pentru artrită gonococică tibio tarsoană și genuchiu. Gonococică în antecedentele bolnavului în câteva rânduri. Tratamentele cu salicilat și vaccin cu rezultat nul. Fabricitează în continuu, articulațiile dureroase. Radioterapia este instituită în 6 ședințe pe două și patru câmpuri aducând ameliorări foarte marcante la 10 zile. Mai târziu cu 2 săptămâni bolnavul părăsește clinica aproape vindecat.

**Observ. 8-a.** Herg. Eug. de 36 ani este tratată în Clinica Medicală pentru artrită coxo femorală stângă și radio-carpiană stângă de natură gonococică. Tratamentul constituit constă din: salicilat, proteino-terapie, vaccinare antigenococice variate, în serii repetate. Ameliorarea obținută este mică și în consecință se administrează radio-terapie. Durerile încep să dispară în ambele articulații, starea febrilă menținându-se. Se continue tratamentul cu diatermie, iar la trei săptămâni se începe a doua serie de radioterapie. Bolnava devine afebrilă în scurt timp și își recapătă mișcările în articulație. La trei săptămâni după părăsirea spitalului își reia ocupațiile.

**Observ. 9-a.** Chant. Ioan, de 21 ani, lucrător cu veche artrită a cotului stâng de natură gonococică. În antecedente găsind numeroase incomplet tratate. Păstrează o impotență funcțională în această articulație, accentuată prin oboseli, răceli, etc. Urmează două serii de ședințe de radioterapie în decurs de o lună și jumătate, după care bolnavul este mult ameliorat, amplitudinea mișcărilor în articulație crescând, cu dispariția durerilor și volumul revenind aproape la normal.

**Observ. 10-a.** Caz asemănător la o lucrătoare, de 25 ani cu artrită subcutanată a articulației radiocarpiene pe bază gonococică (prezintă o veche sulpinge ovarită gonococică). Urmează două serii de ședințe de radioterapie cari îi aduc vindecare completă.

**Observ. 11-a.** I. F. funcționar de birou cu vechea artrită a cotului drept de natură gonococică. Prezintă o veche uretrită cu gută matinală. A tratat artrita cu toată gama de tratamente medicamentoase, vaccinuri, balneoterapie. Actualmente prezintă o impotență funcțională cu o ușoară tumefiere și dureri, se institue și două serii de ședințe radioterapie a câte 6 ședinți fiecare, la interval de o lună, care îi ameliorează simțitor starea locală, durerile dispărându-i și recăpătând o amplitudine mai mare a mișcărilor.

**Observ. 12-a.** M. I. de 48 ani funcționar cu vechea artrită gonococică a articulației radiocarpiene, cu tendință la anchiloză, mișcările limitate, din care cauză nu-și poate căuta de serviciu. A făcut tot felul de tratamente medicale și vaccinuri. Tratamentul cu raze X îi ameliorează simțitor starea locală. Bolnavul completează tratamentul cu diatermie și o cură balneară la Techirghiol.

Concluziile ce le tragem din cazurile expuse mai sus sunt: radioterapia este metoda cu caracter quasi-specific în tratamentul artritelor gonococice.

Rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât administrarea tratamentului se efectuează mai rapid către perioada acută. În această perioadă tumefierea dispăre la timp, uneori după o perioadă de scurtă durată de exacerbare, datorită unei reacții de focar, pentru a face loc unei stări rezolutive.

Artritele mai vechi sunt și ele influențate în bine prin mărirea procentului de amplitudine a mișcărilor, dispariția stării subfebrile când există și a durerilor. Tendința la anchiloză este îndepărtată.

Tratamentele medicamentoase, vaccino-terapia și celelalte tratamente sunt adjuvante prețioase în tratamentul artritelor gonococice și în special în formele rezistente.

Mecanismul acționării razelor X este încă neprecis; de oarece de o acțiune bactericidă nu poate fi vorba, dat fiindcă gonococul ca și bacilul Koch sunt rezistenți acțiunii razelor X. Explicația mecanismului stă într-o acțiune locală pe care Plichet o explică astfel: apărarea naturală a organismului contra unei infecțiuni se face prin o infiltrație leucocitară în jurul procesului. Razele X distrug globulele albe, acțiune întrebuițată în tratamentul leucemiilor. Probabil că micile doze recomandabile în tratamentul inflamațiilor nu distrug complet globulele albe, ci doar permit să fie puse în libertate anumite substanțe, anticorpi care acționează în consecință.

În favoarea acestei teorii, pledează rapiditatea de regresivitate după tratament, când există inflamație, deci un apel leucocitar.

Probabil că prin radiație se activează și circulația (Mentzer = hiperemie) producându-se și o schimbare a echilibrului acido-bazic, creind o alcaloză care neutralizează efectele acide ale inflamației.

Technica întrebuițată de noi a fost cea obișnuită cu mici modificări și variante dela caz la caz: numărul câmpurilor de 2—4. Distanța 30—40 cm., filtrajul 0,5 Cu + 1 Al., simplu sau alternând cu 3 Al. Tensiunea de 150—180 kv. numărul ședințelor de 6 la o serie, doza de 300 R pe câmp efectuând 1 sau 2 serii la interval de 20—30 zile după efectele obținute. În unele cazuri ca tratament adjuvant am adăugat diatermia, masajul ușor și mișcările de reeducație.

## B I B L I O G R A F I E

*Le Goff*: Radiothérapie des arthrites gonocociques. Considérations sur la radiothérapie des maladies infectieuses en général et des gonococies en particulier. *Bul. de la Soc. Fr. Elec. et Rad.* Janv. 1935 — *Le Goff*: Le traitement des arthrites gonocociques par la radiothérapie. *Bull. offic. de la Soc. Franc. d'El. et Rad.* Juill. 1928. — *Guhrauer*: Die Röntgenbehandlung des Arthrites gonor. *Strahlenth. Bd. 12 S. 470* 1927. — *Mondor H.*: Les arthrites gonocociques. *Masson* 1928 — *Morel Kahn*: L'année electro-radiologique 1934. — *Niculescu P.* *Tratat de fiziodynamie* 1932. — *Niculescu P.-N. Banu*: Fiziotherapia reumatismului 1934 — *Piot E.*: Electrotherapie 1932. — *Vignal W.*: Thérapeutique électroradiologique de quelques affections chroniques des articulations. *Journ. Méd. Fr.* Févr. 1925. — *Vignal W.*: Radiothérapie.

Professeur D-r P NICULESCU et D-r N DABIJA : *Contributions au traitement röntgénéthérapique des artrites gonocociques.*

Les auteurs nous présentent les bons résultats obtenus avec les rayons X dans le traitement des artrites blennoragiques.

Ils passent rapidement sur la littérature concernant ce chapitre, pour exposer ensuite une série de 20 cas cliniques traités les uns dans le service de l'hôpital, les autres dans leur clientèle.

La radiothérapie est la méthode la plus adéquate dans le traitement des artrites gonocociques.

Les résultats sont les meilleurs si on applique le traitement le plus vite possible vers la période algue.

Les artrites avancées sont elles aussi améliorées par ce traitement; on remarque un progrès dans l'amplitude des mouvements, la disparition des douleurs et de l'état sous fébrile, s'il existe.

La tendance aux ankyloses est presque toujours évitée, les traitements médicamenteux, la vaccino-thérapie et les autres traitements sont des adjuvants précieux.

Professor Dott. P. NICULESCU e Dott. N. DABIJA : *Contributo al trattamento Roentgenerapico delle artriti gonococciche.*

Gli autori presentano buoni risultati ottenuti nel trattamento delle artriti gonococciche coi raggi X. Passano in rivista la letteratura concernente questo capitolo, indi espongono una serie di 20 casi clinici trattati nel servizio ospitaliero e nella clientela privata. Essi giungono alle conclusioni seguenti:

La radioterapia è il metodo che ha carattere quasi specifico nel trattamento delle artriti gonococciche. I risultati sono tanto più buoni quanto più rapidamente si applica il trattamento verso il periodo acuto. Le artriti più vecchie sono anch'esse influenzate beneficamente dal trattamento per l'aumento del rapporto dell'ampiezza dei movimenti degli arti e la scomparsa dello stato subfebrile, quando esiste, e dei dolori. La tendenza all'anchilosi si allontana quasi sempre. Aiuti preziosi danno i trattamenti medicamentosi, la vaccinoterapia, e gli altri trattamenti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof P. NICULESCU und D-r N DABIJA: *Beiträge zur Röntgenterapischen Behandlung der gonorrhöischen Arthritiden.*

Die Verfasser weisen hin auf die günstigen Resultate, die man durch Röntgenbehandlung der gonorrhöischen Arthritiden zu sehen bekommt. Durchsicht der betreffenden Literatur, alsdann Auseinandersetzung über die 20 in der Privat-Praxis und der Klinik behandelten Kranken, Verf. kommen zu folgenden Ergebnissen:

Die Röntgenbehandlung ist ein quasi-spezifisches Mittel zur Bekämpfung der gonorrhöischen Arthritiden.

Die Verhältnisse liegen um so besser, je früher man mit der Therapie einsetzt, also womöglich ist damit im akuten Stadium zu beginnen. Aber auch veraltete Arthritiden werden weitgehend gebessert, was sich durch grössere Bewegungsmöglichkeit des Gelenkes, durch Aufhören des subfebrilen Zustands, wenn er vorhanden ist, und der Schmerzen kundgibt. Die innere Behandlung, Impfstoffe und dergleichen sind als brauchbare Hilfsmittel zu betrachten.

## **RESPONSABILITATEA PENALA ȘI TENDINȚELE MEDICO-LEGALE ACTUALE**

(Urmare \*)

de

**Prof. D-r M. KERNBACH**

Directorul Institutului medico-legal Cluj

Pentru o mai ușoară aplicare a celor preconizate, De Greff împarte indivizii în două grupuri:

I. *Indivizii tolerați și revendicați de societate ca normali și care conțin poate cel mai mare număr de anormali:*

a) Cel puțin de zece ani mintali:

1. Debili adevărați.
2. Debili compensați.

b) Cel puțin de 10 ani:

1. Normali intelectuali cu temperamente exagerate.
2. Adevărați normali.
3. Inadaptați și instabili sociali: (toxicomani, bolnavi, ner-voși, personalități *pre și post-psihotice*).

II. *Grupul aruncat de societate.*

a) Marii insuficienți mintali.

b) Alienații caracterizați (e singurul vizat de lege și de care se poate ocupa expertiza).

Psihiatria de azi nu poate vindeca crima, ea poate servi însă mult la represiune, prevenire, luminare. Vom pleca totdeauna dela normal, pentru a putea distinge anormalul și delictul sale. La orice înfractor ne va preocupa viitorul acestuia. Va fi greu de definit omul normal-juridic. Dar el se va putea deosebi de cel normal, religios, economic, politic. După biologiile criminali (R o h d o u) omul normal-juridic e acel ce are putere de adoptabilitate, capacitate, suficientă de a ști să se limiteze la propria sa activitate, în limitele impuse de legile penale. E omul care practică morala după exigențele morale, având o suficientă capacitate de a înțelege și voi. Reamintindu-ne de lucrarea sugestivă a lui De Greff



L'home chez le criminal", omul normal juridic va trebui să posedे cele 3 dimensiuni ale inteligenței: respectarea persoanei proprii, respectarea fiecărei persoane și a patrimoniului ei, precum și respectarea societății din care fac parte.

Respectarea persoanelor streine și a patrimoniului ce nu-ți aparține, constituie după De Greeff „a 3 dimensiune a inteligenței”, care lipsește constant la infractori.

Kinberg merge și mai departe. Clasică concepțiune a responsabilității e dogmatică și nu corespunde realității zilnice. Ea rămâne indiferentă cunoașterii profunde a stărilor psihice și a fenomenelor sociale omenești. Vechiul sistem e petrificat, mort-născut și care nu poate suferi o evoluție paralelă cu experiență câștigată în problemele umane, psihologice și sociale. Ea e în antagonism chiar cu psihiatria juridiciară, care are drept obiect valoarea stărilor psiho-patologice. Liberul arbitru e un postulat care acordă omului capacitatea de a lucra fără cauză, deși el e sub dependența directă a forțelor creierului. Liberul arbitru indeterminist e o contradicție logică și va trebui înlocuit cu liberul arbitru psihologic și antropologic. De altfel în expertizele psihatrice, aceasta se practică curent, e un contrast între doctrină și practica juridiciară. De aceea foarte multe erori judiciare se datoresc felului defectuos cu care medicii utilizează criteriile psihologice pentru recunoașterea responsabilității. *„Pentru evitarea acestora ar fi de dorit ca speculațiunile asupra responsabilității să înceteze și termenii juridici care traduc aceste speculații să dispară din legile și codurile penale“.*

O concepție utilizabilă a responsabilității a eșuat și ideea responsabilității este în mod general o ficțiune metafizică, teoretic absurdă și practic vătămătoare.

Pentru un sistem rațional de politică criminală, concepția responsabilității este inutilă. Responsabilitatea va trebui să conțină o descriere complectă și exactă, fie a stării psihice, care în caz de culpabilitate va trebui tratată prin pedeapsă, fie a altor stări supuse altor tratamente. Chiar când se va găsi o definiție utilizabilă a responsabilității, ea nu va servi la nimic și ca și actuala ficțiune, va fi un obstacol soluției raționale. Pedeapsa trebuie plasată pe acelaș principiu ca și celelalte metode, într'un sistem de politică penală rațională: diferențierea grupelor psihologice a infractorilor. Ne vom dispensa de speculațiile filosofice ale dreptului penal făcute asupra responsabilității. Și Kinberg încheie astfel critica sa; „Le concept de la responsabilité est donc une fausse abstraction; il est incapable de développement, il est vide; il faut donc l'effacer. Comme il ne sert à personne, mais il crée par contre toute sorte de maux, nous forme de déraison en théorie et de méprises en pratique, il est à désirer qu'il disparaisse au plustôt de la philosophie du droit pénal, des lois pénales et de l'administration de la justice“.

Aceste sunt tendințele cele mai pregnante moderne. Pe de o parte, grupa mare a penaliștilor și juriștilor care cer înlocuirea res-

ponsabilității, prin cunoașterea personalității, iar pe de altă parte grupă celor ce cer înlocuirea completă a actualului sistem de a pedepsi și ștergerea din vocabularul penal a acestui cuvânt. Știința a oferit ambelor tabere metode numeroase pentru cunoașterea criminalilor și depistarea factorilor criminogeni.

Metodele utilizate pentru acest scop au fost culese din domeniile biologice, antropologice, psihologice și medicale. Pentru antropologii criminali — în special școala italiană — metodele sunt în general acelea fixate de biotipologie și de școala constituționalistică reprezentată prin De Viola și Pende. Pentru biologii criminali ele se pot rezuma în 6 grupe:

1. Metode pentru stabilirea cauzelor criminale biologice: cercetarea aptitudinilor, cercetarea cauzală a mediului, cercetarea limitelor de acțiune a aptitudinilor și a mediului.

2. Metodele analizei longitudinale (anamneza); anamneza subiectivă, obiectivă, copilăria și adolescența, adultul.

3. Metodele analizei transversale: metodele somatologiei și a expresivității criminal-biologice. Aci intră acele examinări care ni le oferă azi întreaga semiotică medicală, nervoasă și psihologică.

4. Metodele psihologiei și psihopatologiei criminal-biologice. Conform concepției lui Ehwald structura personalității psihice, cu arhitectonica ei, se compune din 3 straturi: instinct, temperament și caracter. Peste acestea se așează inteligența. Aceste 4 componente ale personalității vor trebui cercetate<sup>23)</sup>.

Instinctele normale — de autoconservare, nutriție, atacare-apărare, a căminului, de auto-desvoltare, de autoritate, de valorificare, de cruzime, de comportare și apoi cel sexual — ca și cele anormale — psihopații impulsivi sau sexuali — cer metode speciale de a fi cercetate.

Temperamentul — comportarea totală a afectivității — clasificat în ciclotimic, schizoid, epileptic și exploziv, e examinat prin diferite metode și teste psihologice.

Caracterul — totalitatea nizuințelor potrivit dispozițiilor voinței — se poate cerceta prin testuri psihologice sau metode psihanalitice.

Inteligența teoretică și practică are metode psihologice proprii. Asupra celei dintâi se cercetează preliminarele, inventarul psihic și producția; asupra celei din urmă, facultatea de organizare, de combinație și atenția practică.

5. Metodele tipologiei criminal-biologice. Clasificarea infractorilor variază după autori. Redăm aci mai jos pe cele mai importante.

De Greeff clasifică pe asasini în două mari grupe:

I. Omucigaș cu luptă morală anterioară:

a) Pasiuni active

b) Omucigaș prin atitudini pasive (atitudine de carență).

<sup>23)</sup> Ehwald: cit. după Rohden loc. cit.

<sup>24)</sup> Rohden: Methoden der Kriminalbiologie. Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1933.

## II. Omucigaș fără luptă morală prealabilă:

- a) Pasiuni
- b) Crime utilitare.

Această clasificare distinge patru categorii importante de asinini: acei cu sau fără educație morală, acei cu dominarea sferei afective, acei cu dominarea sferei volutive, acei cu anomalii ale inteligenței. Cunoscând aceasta, educația va ști drumul cel are de urmat.

Tullio dă următoarea clasificare:

## I. Delincvenți ocazionali sau pseudo-delincvenți.

II. Delincvenți prin atitudine congenitală sau predispoziție constituțională (adevărați delincvenți).	} Simpli criminaloizi	} Calificați după orientare.	} neuro-psihopatic } represiv atavic } psihopatic } mixti
III. Delincvenți cu infirmități mintale.			

Clasificările, cu tendințe spre topologia infractorilor sunt foarte variate. Găsim astfel clasificări din punct de vedere legal și juridic (ocazionali, corigibili, incorigibili, din punct de vedere a numărului infracțiunilor (debutanți și recidiviști), din punct de vedere a felului crimei (omucigași del. sexuale, etc.); o clasificare psihologică: din înclinație, din slăbiciune, din pasiune, din onoare și premeditare, din necesitate (după Gruhle). Găsim apoi tipuri psihologice (activi și pasivi), tipuri sociologice (excroci, certăreși, querulanți, neglijenți, impulsivi, vagabonzi, prostituți), tipuri etiologice (infractori ocazionali sau congenitali), tipuri constituționale după clasificările lui Tullio, Kretschmer, Lombroso, etc. Mai importante și mai clare sunt *clasificările psihiatrice*. Clasificarea cea mai justă, pare a fi după Kahn<sup>25</sup>).

## I. Psihopați impulsivi:

1. Tipuri de sexual psihopați.
2. Tipuri de psihopați impulsivi.

## II. Tipuri de temperamente psihopate:

1. Tipuri de psihopați cicloizi.
2. Tipuri de psihopați schizoizi.
3. Tipuri de psihopați epileptoizi și explozibili.

## III. Tipuri de caractere psihopate:

1. Tipuri de fantaști și pseudologi.
2. Tipuri de impulsivi.

## IV Tipuri psihopatie complexe:

1. Tipuri de psihopați isterici.

25) Gruhle și Kahn: cit. după Rohden. *Methoden der Kriminalbiologie*. Urban și Schwarzenberg. 1933. Hdb. biolog. Arbeitsmetod. Lief. 403.

2. Tipuri de psihopați certăreți, fanatici, querulatorii, paranoizi.

3. Tipuri de psihopați amorali.

Această clasificare ar putea fi numită *psihofizio-patologică*, căci arată și componenta psihică dominantă și mecanismul psihologic al faptei incriminate. Ideal ar fi dacă același lucru s-ar putea realiza și pentru infractorii nepsihopați.

O ultimă clasificare ne o dă Aschaffenburg<sup>26)</sup> a așa zișilor „nesociabili”. Considerați din punct de vedere a naturii lor găsim:

1. nematuri.

2. idioți, psihopați și epileptici.

3. alcoolici, toxicomani.

4. cu anomaliiile impulsului sexual.

5. cazuri de graniță, care în parte sunt socotiți cu responsabilitate atenuată. În această grupă, găsim criminalii nesociabili cei mai mulți, care după Aschaffenburg pot fi grupați astfel:

a) debili mintali.

b) tâmpiți.

c) impulsivi.

d) iritativi și impulsivi.

e) brutali.

f) inesteticii afectivi și morali,

g) antisociali.

Personalitățile acestora, privite din punct de vedere social, pot fi grupați apoi în:

1. Indivizi ce constituie un *balast* pentru societate (bolnavi cronici corporali sau mintali).

2. Indivizi *care vatămă* societatea (minorii, cerșetori, vagabonzii, prostituatetele, șomeurii, toxicomani, o parte a epilepticilor, a debilizilor morali și a psihopaților, precum și o parte a criminalilor mici și mijlocii).

3. Indivizii ce constituie un *pericol* societății (o parte a epilepticilor și a psihopaților ca și criminalii periculoși pentru siguranța publică).

Clasificarea infractorilor are marea importanță în timpul educației și a corecției. Ea permite o serie antropologică spre a putea aplica pe grupuri tratamentele cele mai adecvate. Serierea antropologică, poate duce și mai departe, subclasificând pe infractorii în: incorigibili și corigibili.

6. Metodele prognozei criminal-biologice. Biologia și antropologia criminală se ocupă în mod deosebit de viitorul infractorului. În metodele lor de tratare și readaptare nu urmăresc decât a asigura un viitor cât mai aproape de al omului normal. Anamneza, felul boalei, decursul și studiul boalei, simptomatologia, acțiunea metodelor de tratament, constituie bazele pentru aprecierea pronosticului (*Rohden*).

26) *Aschaffenburg*: cit. după Rohden, op. loc. cit.

Acestea sunt în rezumat metodele pozitive pentru cercetarea omului criminal. Ele nu se interesează de problema responsabilității, ci urmăresc profilaxia și micșorarea cauzelor ce duc spre crimă.

Dar chiar codurile penale moderne au renunțat în parte, la inutila problemă a responsabilității. Astfel noul cod penal italian. Cuvântul a fost șters și formula e următoarea: „imputabili sunt numai acei care au capacitatea de a înțelege și de a voi“. Cum remarcă Tullio<sup>27)</sup> după acest cod, imputabil va fi numai individul care e capabil de discernământ, de a selecționa conștient motivele, de a inhiba sau a voi. Imputabilitatea e bazată pe capacitatea normală de a voi și înțelege, independent de anomalia sentimentelor. Stările emotive și pasionale nu au nici o influență asupra imputabilității, afară de cazul dacă nu cauzează o infirmitate mintală totală sau parțială. În toate cazurile examenul antropo-psihologic a delicventului se face, Italia dispunând de personal și instituții necesare.

În proiectul cel mai recent de cod penal german, s'au admis deasemeni criterii psihologice și psihopatologice. Neimputabilitatea e bazată pe tulburări de conștiință, tulburări patologice ale psihicului, debilitate psihică, care duc la incapacitatea de a aprecia ilicitatea actului sau determină a lucra conform acesteia „aprecieri“.

## II. IRESPONSABILITATEA.

**TERMINOLOGIA:** tot ce e contrar responsabilității și în plus se mai citează următorii termeni: demență, nebunie, psihopat, alienație mintală, insuficiență-mintală, inconștiență, pierderea facultăților de control și de critică a actelor, debili mintali, deliranți, insuficiența liberului arbitru, lipsa rațiunii, etc. Vom cunoaște iresponsabilitatea infractorului major, apoi a celui minor și în urmă responsabilitatea atenuată.

O definiție detaliată dă Hübner<sup>28)</sup>: „iresponsabilitatea în sensul ei va fi atunci, când infractorul în momentul actului prezintă o psihoză evidentă, boală care vatamă conștiința, prezintă idei delirante, halucinații, grave tulburări ale rațiunii, ale memoriei, ale înțelegerii sau a celorlalte funcții psihice importante“.

Pentru acest autor misiunea expertului trebuie să se extindă spre a stabili legătura de cauzalitate între acțiunea delictuoasă și perturbarea psihică, adică a se cerceta în ce măsură boala a putut influența actul infractorului. În același timp, fapta penală să fie caracteristică sau specifică unei anumite tulburări psihice. La aceste obligațiuni Raake<sup>29)</sup> mai cere că în iresponsabilitate, boala trebuie să afecteze într'un anumit grad procesele psihice mari (sentimente, gândire, voință). Ambii sunt de acord că nu se poate stabili o limită netă între responsabilitate și iresponsabilitate.

27) Tullio: L'applicazione della conoscenza della personalita del delinquente nella nuova legislazione penale italiana. Archivio di antrop. crim. ecc. 1933.

28) Hübner: Lehrbuch der forensichen Psychiatrie Bonn. 1914.

29) Raake: Lehrbuch der gerichtliche Psychiatrie. Bergman-Wiesbaden 1919.

Wagner Jauregg<sup>30)</sup> care a condus câteva decenii desti-  
tinele psihiatriei legale în Austria, cere ca medicul expert, înainte  
de a se pronunța asupra iresponsabilității, trebuie să cunoască mai  
întâi scopul pedepsei. Criteriile după care s'ar putea deosebi in-  
fractorul responsabil de cel iresponsabil ar fi după acest autor în  
număr de două:

1. Responsabil e făptuitorul care posedă facultatea de a în-  
țelege într'o anumită măsură acțiunea pedepsei și
2. să mai aibă facultatea de a putea inhiba impulsurile de-  
lictoase (tendențele egoiste), cel puțin în așa măsură ca actul să  
fie limitat în interiorul legii.

Cel ce nu posedă aceste două facultăți, intră în cadrul ires-  
ponsabilităților. Dar aceasta nu poate fi apreciată în general, ci în  
legătură cu fiecare caz penal: fapta și omul.

Reuter în recenta sa carte, sub responsabilitate înțelege  
acea stare sufletească a făptuitorului care să-î permită a aprecia ili-  
citatea actului. Acest autor crede că numai prin metodele psiho-  
biologice și numai prin examinarea sferei intelecto-volitivă se va  
putea rezolva medical problema iresponsabilității.

Pentru Borri<sup>31)</sup> responsabilitatea constituie funcțiunea socială  
a personalității umane ce privește normele juridice. Pentru a putea  
înțelege vom trebui să cunoaștem elementele psihologice ale în-  
tregului proces psihologic denumit „responsabilitate“. La baza im-  
putabilității (termeni sinonimi responsabilității) stau conștiința și  
libertatea de acțiune. Conștiința actului pentru indivizii cu o su-  
ficiență socială, se va distinge prin următoarele componente:

1. Aprecierea materialității a fenomenului extern „eului“.
2. Conștiința extensiunii acțiunii, prin cantitatea și felul con-  
scinței (act rațional, juridic, moral).
3. Sensul etic al acțiunii.
4. Conștiința juridică a actului.

Lipsa sau deficiența acestor componente va fi din domeniul  
înconștienței, recte a iresponsabilității.

Dintre psihatrii francezi H. Claude<sup>32)</sup> și Laignel-Lavastine  
sunt acei, care s'au dedicat mai intens problemei. După  
primul, iresponsabilitatea corespunde unei boli mintale ce ridică  
controlul și critica actelor. Dat fiindcă infracțiunile acestora au ca-  
ractere medico-legale precise pe tipuri sau grupuri de boli min-  
tale, infracțiunea va trebui să corespundă unui simptom al acestor  
boli.

L. Lavastine<sup>33)</sup> aduce concepții mai largi. El preferă ter-  
menul capacitate celui de responsabilitate penală și concepția sa să  
rezumă la următoarele: „Pour le médecin, évaluer la capacité pénale

30) Wagner Jauregg: Gerichtliche Psychiatrie in Haberdäs Lebruch der ge-  
richtliche Med. Urban și Schwartz. Berlin 1927.

31) Borri: Psicologia e psicopatologia forenzi. Trattato di med. Legale  
T. III Vol. IV. Valardi-Milano 1926.

32) H. Claude: Psychiatrie médico-légale. Doin-Paris 1932.

33) Laignel-Lavastine: Psychiatrie légale, în La pratique psychiatrique  
Paris-Baillière 1919.

d'un individu revient donc à décider si l'état de son système nerveux lui a permis de bien peser et de bien juger les mobiles et les motifs de son acte".

„Criminalul fiind un mobil solicitat de forțe contrarii: pasiuni — inhibiții — medicul expert va aprecia valoarea morbidă a actului criminal și legătura între reacția socială și perturbațiunea cerebrală. Recomandația făcută și de Hübner.

Așa fiind misiunea adevărată a medicului expert nu se va limita la un simplu diagnostic psihiatric, ci va cerceta sociabilitatea, inadaptabilitatea, nocivitatea, conștiința, impulsivitatea, intimidabilitatea și perfectibilitatea. Acestea din urmă, secundate de nocivitate sunt elementele cele mai importante în aprecierea faptului antisocial.

Roques de Fursac<sup>34)</sup> ar putea fi socotit în Franța dintre premergătorii doctrinei psiho-biologice. El privea la 1923 astfel chestiunea: „Il est probable que dans la société future, la clinique psychiatrique et la clinique criminologique seront placées porte à porte et communiqueront largement, cela pour le plus grand bien de la science et de la défense sociale". Iar asupra responsabilității: „J'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que s'il peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale, soit en modifiant, au moyen d'une thérapeutique appropriée, le psychisme du sujet, de façon à supprimer la cause profonde des ses réactions dangereuses, soit si cette première éventualité ne peut être envisagée, en l'internant dans une asile d'aliénés, avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera chez lui l'état dangereux, au besoin toute sa vie. C'est ce dernier point qui est particulièrement délicat".

Toulouse<sup>35)</sup>, personalitatea cunoscută a Franței în lupta progresivă ce o dă pentru modernizarea regimului penitenciar și chiar a justiției penale, o spune răspicat: „*Ce qui domine le problème c'est la constitution morbide*". Din multiple lucrări ale criminologiștilor contemporani rezultă că delincvenții și mai ales recidiviștii sunt anormali constituționali, prin tare de cele mai multe ori ereditare, dar și câștigate cum sunt post-encefaliticii: 80<sup>0</sup>/0 anormali între minorii delincvenți; 66<sup>0</sup>/0 în închisorile adulților, 90<sup>0</sup>/0 la recidiviști.

Deci nu mai e vorba de a ști dacă un criminal este atins de o boală descrisă de clasicii noștrii, ci de a cerceta care sunt acele complexe bio-psihologice anormale, în ce măsură acestea pot explica reacțiile antisociale, în fine cum au putut să lucreze factorii profunzi cari îi condiționează. Medicina Legală e depășită, ea trebuie să se adapteze la o psihiatrie mai înțelegătoare. Pentru Toulouse, responsabilitatea — de termen nu se ocupă „qui ne me gêne, pas; l'idée qu'il recouvre c'est peu à peu précisée", — „e aceea putere care permite adaptarea la un statut social, care e compatibilă cu natura omului mijlociu. Toți anormalii au suficiente sau

34) Roques de Fursac: cit. după Toulouse, loc. cit.

35) Toulouse: L'expertise psychiatrique. Ann. de méd. lég. No. 3 | 934.

desechilibrări, o înțelegere insuficientă a obligațiilor speciale, o incapacitate mai mică sau mai mare de a alege între reacțiile cele mai bune și mai ales de a pune în joc inhibițiile necesare”.

Deci 66<sup>0</sup>/0 dintre infractorii așa zisi normali se găsesc sub mediul omului social mediu și 90<sup>0</sup>/0 dintre recidiviști.

Valoarei metapsihice, trebuie să-i opunem examenul aprofundat al complexului biologic pe care îl prezintă inculpatul. Și acesta după Toulouse se va realiza dacă:

„Il s'agit de composer le mosaïque d'aptitude de l'individu pour le situer dans une série de profils, qui vont de l'état normal au moyen à l'état le plus fortement pathologique, et dont les nombreux chaînons comprennent tous les degrés de la responsabilité, entière, atténuée et nulle. Dans une organisation médicale cela reviendrait à déterminer „l'état dangereux” du sujet pour lui appliquer aussi longtemps que cela serait nécessaire la mesure la plus adéquate: traitement à l'hôpital psychiatrique ou dans une asile d'aliénés, placement dans un établissement de réforme, colloquation dans une asile de sûreté”.

Faptul lipsei de progres juridic se datorește și doctrinei medico-legale retardatoare. Doctrina criminologică tradițională menține un sistem de represiune penală de care se poate spune că a dat faliment și care lasă societatea desarmată contra atentatelor zilnice ale anormalilor.

„Notre système pénal a beaucoup de majesté; mais il repose sur une vieille erreur, qui apparait de plus en plus nettement. C'est sur la véritable nature du crime, soit d'abord biologique, que doit porter notre étude”.

*Iresponsabilitatea totală a infractorului major* se reazămă, după concepțiile de mai sus, pe anumite procese psiho-patologice, care mai mult sau mai puțin sunt bine încadrate în psihiatria clinică. Noțiunea ar câștiga mai mult în precizie, dacă s'ar cunoaște limita funcțiilor social-juridic ale omului normal, de unde apoi se va putea aprecia scăderea lor treptată spre iresponsabilitatea totală. Legea belgiană a apărării sociale socotește drept iresponsabili pe acei „incapabili ași controla acțiunile lor”. Prin explicarea acestei legi, se interpretează iresponsabili „acei într'o stare gravă de disechilibru mintal sau de debilitate mintală ce duce la o lipsă de control al actelor” (M o m m a e r t<sup>36</sup>).

Din punct de vedere medico-legal, nu interesează diagnosticul clinic al afecțiunii psihice, ci funcția psihică și gradul ei de alterare. Aceasta cu atât mai mult, cu cât nu orice psihopat, nu orice psihoză și nu în orice fază a ei, bolnavul pierde controlul actelor sale în măsura iresponsabilității.

Aceasta o cere și doctrina juridică și opinia psihiatrilor legiști.

Remarcăm că și pentru iresponsabilitate avem criterii diferite: clinico-psiatrice, psiho-juridice, psiho-sociale, și psiho-juridice-

36) *Mommaert*: Les anormaux et la responsabilité pénale. Rev. droit pén. et de crim. No. 12 | 1932.



sociale. A conchide asupra iresponsabilității se cere nu numai un diagnostic clinic, ci și o serie de condiții care, după opinia autorilor citați se pot rezuma astfel: 1. Să fie o legătură de cauzalitate între acțiunea delictuoasă și perturbarea psihică. 2. Actul criminal să aibă o valoare morbidă și infracțiunea să corespundă unui simptom al unei boli mintale. 3. Să se stabilească măsura în care boala a putut influența actul infractorului. 4. Boala să afecteze într'un anumit grad procesele psihice mari (sentimente, voință, gândire). 5. Cunoașterea în fiecare caz a omului și a actului. 6. Cunoașterea tuturor elementelor psihologice ale complexului responsabilitate. 7. Cunoașterea trinității psiho-legale: penalitate, criminalitate și responsabilitate. 8. Nu declarăm iresponsabil atâta timp cât medicul nu poate recomanda măsuri de ordin medical pentru asigurarea apărării sociale sau modificarea psihismului infractorului, etc. etc.

Se vede clar, că nici doctrina și nici practica psihiatrică nu a ajuns la un punct comun de apreciere a iresponsabilității. Vom vedea la capitolul expertizei psihiatrice soluțiile ce se propun.

*Iresponsabilitatea infractorului minor* este din punct de vedere medico-psihologic și mai dificil de soluționat. În marea lor majoritate, legile penale care au dispozițiuni speciale pentru minori, pun o limită de vârstă — 12—14 ani — decând începe minorul a fi socotit juridic responsabil. Evoluția psihică a copilului este în general cunoscută și ea nu se face deopotrivă la toți, adecă nu toți sunt la aceeași limită de vârstă psihic majori în sensul de a avea „format caracterul până la un anumit grad” (Wagner Jauregg). (Caracterul e definit de acest autor „felul de a reacționa specific fiecărui individ, față de impulsul intern sau extern”).

Între modul de a acționa a adultului și a copilului sunt mari și esențiale deosebiri. Dela origină, activitatea copilului e dominată de viața instinctelor, sau cum se exprimă plastic Jauregg, „acțiunea copilului e mai mult în legătură cu situația, a adultului cu a caracterului”. Reflexiunea, care se găsește între impulsul instinctului și act, apare mai târziu și nici odată la aceeași vârstă la toți copii. Funcțiile superioare ale inteligenței și voinței se dezvoltă târziu, ceea ce fac ca aceasta să nu poată fi considerate în aprecierea responsabilității minorului. Tribunalele și legile speciale pentru minori sunt pe deplin justificate și necesare.

Articolele din legile comune sau speciale ce tratează această responsabilitate, utilizează de altfel termeni neuzitați la adulți: „desvoltarea psihică sau morală spre a putea distinge ilicitatea actului sau să poată aprecia voința în măsura acestei înțelegeri” (legea germană); când pe baze speciale se va dovedi nematuritatea copilului, astfel ca să nu poată aprecia ilicitatea actului, etc. (legea austriacă). Medicul va trebui să stabilească nematuritatea psihică și corporală. Metodele psihologiei aplicate sunt suverane aici.

(Urmare în No. viitoare).

## **PATOGENESA SEPTICEMIILOR MEDICALE \*)**

de

**Docent D-r S. IAGNOV**

**Este greu de stabilit o concepție unitară patogenică a septicemiei, singura boală din patologie care este „totalitară”, cu mecanism de producere variat și cu factori genetici multipli: bacteriologici, imunologici, chimici, etc. Cercetări în aceste domenii luminează în parte problema.**

Gravitatea legată de prognoza și diagnoza septicemiei obligă pe orice clinician, sortit să întovărășească desfășurarea boalei, să adune și să folosească toate datele de observație și experimentare care pot lămurii mecanismul ei. Numai astfel, în lumina datelor patogenice, clinica e ferită de surprize, iar terapeutica își poate măsura puterea. Cuprinsul conferinței mele reprezintă o asemenea încercare: temerară și neconcludentă. Încercare temerară, fiindcă nicăeri, în vre-un tratat de patologie clasică problema patogeniei septicemiilor nu-i expusă unitar. Neconcludentă, fiindcă cercetările în septicemie se fac în sectoare de investigație variată, fiecare de un caracter de specializare extremă, astfel că stabilirea unei legături între puncte de vedere distanțate nu poate fi concludentă.

De aceea este firesc, ca în cadrul cunoștințelor noastre de astăzi să fie greu de stabilit o concepție unitară patogenică a septicemiei. Ea este singura boală din cuprinsul patologiei, care după o expresiune uzitată astăzi, ar putea fi denumită „totalitară”. Mecanismul ei de producere trebuie să fie variat, fiindcă și factorii ei genetici sunt variați: bacteriologici, imunologici, chimici, etc. De aceea nici rapoartele lui Gastinel și Relly, precum nici discuțiile asupra septicemiei, care au avut loc la congresul din Paris din 1927, nu clarifică în totul problemele legate de punctele cardinale ale boalei. Care sunt aceste probleme?

Să ni le amintim din practica clinică. Am văzut septicemii cu puncte de plecare variate: furuncul, abcese, anghine, colecistite, avorturi. Și am văzut aceleași infecții locale fără generalizare sep-

---

\*) Conferință ținută la Asociația Docenților din București, în seara de 27 Martie 1936.

ticemică. Când și cum infecția locală devine generală, sau în termeni tehnici, când și cum focarul infecției inițiale devine septicemic?

Am văzut septicemii cu fenomene clinice generale și de localizare, cu metastaze multiple, iar pe diagrama metastazelor fapte clinice bizare. Deabia a scăzut febra, nici nu s'a vindecat abcesul prostatic, când un nou frison vestește apariția unui abces hepatic sau pulmonar. Care-i raportul dintre procesul de localizare și acela de generalizare, bacteriemic, dintre metastază și bacteriemie, dintre elementul etiologic microbial și evoluția focarului septicemic către bacteriemie și metastază?

În sfârșit, am văzut cu toții ce evoluție întâmplătoare are o septicemie: scurtă sau prelungită, fatală sau vindecabilă. Ce determină această evoluție?

Transformarea focarului inițial în focar septicemic, raportul dintre focarul septicemic, bacteriemic, metastază, elementul etiologic microbial, precum și evoluția septicemiei sunt problemele centrale clinice, ce se cer a fi lămurite.

\* \* \*

Transformarea focarului inițial în focar septicemic este condiționată de sediul lui. Dacă el e așezat în vecinătatea sistemului venos, limfatic, arterial sau într'un organ cavităar. Dacă focarul inițial este așezat într'o răscruce venoasă, anastomozele venoase sunt un factor determinant pentru transformarea focarului local în focar septicemic. Astfel anastomozele dintre venele vaginale și uterine lasă să treacă procesul infecțios dela un organ la altul. Furunculul feței sau al buzei prin anastomozele venei faciale ajunge la sinusul longitudinal sau prin acelea ale jugulărei interne la sinusul transvers. Sistemul port prin venele intestinului, stomacului și ale splinei face legătura dintre un abces al rectului, al apendicelui sau al ficatului. Dacă focarul inițial este în inimă — pe endocardul valvular, parietal sau cordal, ca și pe aortă în endocardita lentă — el găsește în sânge mediul de cultură pentru transformarea lui în focar septicemic. Și dacă focarul inițial este într'un organ cavităar — uter, vezicula biliară, bazinet — condițiile mecanice ale leziunii, — obstruarea căilor biliare, ureterale — măresc violența microbilor și transformă organul bolnav într'un focar septicemic.

Calea venoasă este cea mai uzitată pentru transformarea focarului infecțios inițial în focar septicemic. Exercițarea acestei funcțiuni, sistemul venos îl face în virtutea unui proces de endo sau tromboflebită. Acest proces anatomo-patologic a fost controversat până la cercetările moderne asupra cuagularii. Dupe datele experimentale microbii nu pot produce decât un trombus alb și nu unul roșu. Pentru formarea trombusului alb e nevoie numai de conglutinarea plachetelor. Mecanismul fermentativ și fizicochimic coloidal al sângelui desăvârșește mai apoi trombusul roșu. Dar microbii realizează experimental numai conglutinarea plachetelor. Iar condițiile mecanice ale formării trombusului sunt multiple. Le-

ziunea endothelială a vasului, micșorarea circulației sanguine și mărirea vâscozității sângelui.

\* \* \*

Am văzut condițiile anatomice care prilejuiesc transformarea leziunii infecțioase inițiale în focar septicemic. Valoarea focarului septicemic însă se măsoară în raport cu bacteriemia și cu condițiile de virulență și de toxicitate ale microbului cauzal. Studiul acestor factori este de o extindere mare și de o largă controversă. Într'adevăr, pe măsură ce tehnica hemoculturii s'a perfecționat, s'a văzut că în orice infecție se pot găsi microbi în sânge fără ca boala să ia înfățișarea unei septicemii. Deasemeni, s'a dovedit experimental, că frisonul apare două ore după pătrunderea microbului în sânge și că apariția lui nu-i condiționată atât de cantitatea microbilor pe cât de calitatea lor. Se impune dar să fie lămurit raportul dintre microbemie și existența focarului septicemic.

Din mulțimea observațiilor și a cercetărilor experimentale făcute în acest scop, ne oprim la lucrările lui Gauwerts și Schautmüller, cari constituie temelia tuturora.

Gauwerts, prin inoculări făcute la epure și prin examinarea pe lamă, din 5 în 5 minute a sângelui lor infectat, grupează germeni patogeni în două mari grupe: stabil și instabil, după cum microbii sunt permanent sau nu în sânge. Septicemiile cu microbi stabili se găsesc de regulă la animale, cu excepția stafilococcemiei pentru câine și a pneumococcemiei pentru maimuțe. În septicemiile cu microbi stabili, microbii se înmulțesc continuu în sânge și pot fi identificați la examenul direct prin guta de sânge. Septicemiile cu microbi nestabili sunt de regulă la om. Ele nu pot fi diagnosticate prin examenul direct pe lamă, ci prin hemocultură. Caracterul de stabilitate sau instabilitate ai microbilor nu sunt condiționate de nocivitatea lor ci de o serie de fapte fizico-chimice analogi cu aceia produși în plasma sanguină prin introducerea unor materii colorante sau cu aceia produși de hematiile eterogene în transfuzie. Ipoteza lui Gauwerts nu-i abstractă ci pe bază de fapte. În inoculările făcute cu microbi nestabili, el observă aglutinări de microbi, leucocite și plachete sanguine. După 30 minute dela injecția intravenoasă plachetele sunt din nou abundente și libere în sânge, iar fagocitoza redusă.

În inoculările cu microbi stabili fenomenul de aglutinare nu se observă.

Condiționarea stabilității sau instabilității microbemiei este rezultanta unei interacțiuni dintre plasma și substanța microbială, interacțiune caracterizată printr'o modificare în tensiunea superficială a plasmei sau în potențialul electric al antigenului. Aceste fenomene sunt în deobște cunoscute. Ele au fost notate pretutindeni la capitolul aglutinării, de către Cantacuzino în explicația fagocitozilor la nevertebrate, iar de către un elev al său, D-na Soru, pentru explicația potențialului electric al antigenului.

Deci după Gauwerts, raportul dintre focarul septicemic și

bacteriemie este, la om, variabil. El atârnă în mare parte de proprietățile humorilor. Vulnerabilitatea focarului septicemic nu e dependent de înmulțirea și constanța microbilor în sânge fiindcă stabilitatea acestora e determinată de mecanismul fizico-chimic humoral, a cărui ultimă concluzie e dată de factorii imunității naturale sau specifice.

Schautmüller apreciază sângele septicemicilor doar ca un drum pentru tranzitul microbilor. Microbenia e produsă de focare septice mereu nouă. Focarul septic inițial, metastaza devenită focar septic și alte două focare produse prin continuitate. Fiecare din aceste focare constituie în parte un fel de autoclav de unde, temporar sau continuu, microbii pătrund în sistemul vascular apropiat. De aceea se pot produce puseurile hipertermice, frisoanele periodice și anumite localizări. Constanța și înmulțirea în sânge a microbilor este în legătură cu existența unui nou focar septicemic produs prin extensiunea celui inițial. Ipoteza, că la agonici bacteremia e mare, deci gravitatea septicemiei ar fi în raport direct proporțional cu stabilitatea microbiană, nu constituie pentru Schautmüller un criteriu critic al boalei. El explică fenomenul prin micșorarea puterii de apărare a organismului.

În consecință, Schautmüller susține, că raportul dintre focarul septicemic și septicemie este de înrâurire reciprocă; că, pentru a se ridica bacteremia la un criteriu de pronostic clinic, ea trebuie interpretată în funcțiunea ei de focar septicemic, cu permanentul rol de a crea alte focare noi. Bacteremia se găsește în orice boală infecțioasă. Potențialul ei e în funcție de evoluția focarului septicemic. Prin această recunoaștere, a rolului primar pe care îl are focarul septicemic în mecanismul de desfășurare a unei septicemii, clarificăm o serie de fapte clinice:

a) Ne obișnuim a prețui în potența lor septicemică focarele de infecție inițială: cărbunele, endocarditele, colangitele, osteomielitele;

b) Înțelegem, de ce într'o septicemie focarul inițial poate dispărea, metastazele pot fi sau pot lipsi fără ca evoluția boalei să fie înrâurită;

c) Justificăm anumite forme clinice ale septicemiilor. Astfel, ori de câte ori focarul septicemic se dezvoltă în aparatul cardio-arterial, focarul este mic, hemocultura este pozitivă, simptomele sunt ale organului bolnav. Iar când predomină simptomele generale, cerebrale, toxice și locale, parea cardiacă sau a vasomotorilor — focarele septicemice sunt multiple, dezvoltate prin continuitate, deci revărsări microbiene multiple, deci predominanța simptomelor toxice;

d) Când boala se manifestă prin metastaze organice, metastaza nouă devine factor septicemic, cauză de nouă puseuri bacteriemice;

e) Timpul dintre dispariția unei metastaze și apariția uneia nouă se traduce prin micșorarea temperaturii și negativarea hemoculturii. Hipertermia, frisonul și hemocultura devin pozitive când apare o nouă metastază.

Ea nu mai poate fi apreciată ca o consecință mecanică a unei embolii, o descărcare tisulară fericită a torentului circulator inundat de germeni patogenici. Metastaza nu reprezintă cliniceste un fenomen de liză bacteriologică, ci un mediu de cultură biologică pentru nouă puseuri bacteriemice.

\* \* \*

Pentruca mecanismul de desfășurare a unei septicemii, așa precum l'am descris până acum, să poată încadra fiecare septicemie microbiană, trebuie să ținem seama și de proprietățile agresive ale agentului cauzal, de virulența și toxicitatea lui. O serie din proprietățile agresive microbiene, studiate de bacteriologie, și necesare pentru explicarea acțiunii focarului septicemic, nu pot fi folosite, în toate amănunțele lor, în clinica de fiecare zi. Totuși anumite proprietăți — virulența electivă a microbilor, transmisibilitatea lor, acțiunea lor anafilactogenă, puterea lor antigenică au fost cercetate și în septicemiile umane, încercându-se astfel lămurirea următoarelor probleme:

a) Dacă microbul cauzal are sau nu un tropism electiv: adică dacă se localizează pe anumite organe sau țesuturi;

b) Dacă microbul cauzal acționează prin șoc anafilactic, adică, dacă prin contactul lui cu țesuturile se dezvoltă produse heteroproteolitice și heterolipoidice, care să aibă valoarea antigenică a producătorilor de anticorpi;

c) Și dacă însuși microbii au putere antigemică. Toate aceste proprietăți microbiene ar influența evoluția focarului septicemic, putând, în ultimă consecință, mări posibilitățile de imunizare naturală și artificială.

Care sunt rezultatele obținute?

În stafilococemii nu s'a putut pune în evidență o reacție fixă de antigen-anticorp. S'a arătat proprietățile aglutinice și litice ale serului antistafilococic, dar s'a constatat o diversitate de antigen, cece explică reacțiunile dispersate ale organismului și insuficiența de producere a imunității. În streptococemie s'a constatat rolul maldiilor anargisante (rujeolă, scarlatină) pentru mărirea virulenței streptococului. Nasta, printre primii, a studiat prin ajutorul cutei-reacții receptivitatea. S'a identificat variate rase microbiene, dovedindu-se că toți ceilalți, afară de streptococul scarlatinii, nu produc antigen toxic ci doar unul microbian. De aci, greutatea seroterapiei și necesitatea seroterapiei polivalente. Aceste fapte explică și evoluția sinuoasă a focarului septicemic streptococic, precum și virulența lui. Pare, că și în endocardita lentă acțiunea bactericidă a streptococului hemolitic domină tabloul septicemic. Lăzeanu și Pavel, sprijiniți pe datele experimentale ale lui Zweig, au observat, că și amiloidoza din această boală, ar fi datorită abundenței microbiene din focarele septicemice.

În pneumococemie nu s'a putut stabili toxine definite. Proprietatea virulentă a microbului e mai desarmantă decât cea toxică. Într'adevăr, Trusche și D-ra Raffaele, studiind experimental

prin treceri succesive virulența pneumococului, au putut observa opriri ale acestei virulențe — arrêt de pasage — ceea ce ar explica stingerile epidemice din epocile de epidemie pneumonică și pneumococenică. S'au stabilit patru rase microbiene de pneumococ, dar complexul lor antigenic și de anticorpi sunt îndoelnice. Acțiunea acestor 4 rase de microbi se desfășură prin transmisibilitate, din fundul gâtului. Dar această a lor acțiune este mai frecventă, precum a arătat-o Nobecourt și Paraf în epidemiile la copii, la pneumococii din grupa 3 și 4 decât din grupele 1 și 2. Acțiunea acestor microbi este mai mult bastardă, deaceia clinicește s'a observat foarte puține epidemii de pneumonie și mai mult congestii pleuro-pulmonare și gripale. Pentru producerea unei pneumococemii este necesar, ca microbul să fi produs mai întâi o pneumonie lobară. Lobul pulmonar bolnav, fără puterea de-ași face criza, adică liza microbială, se transformă în focar septicemic. Acțiunea lui se exercită după proprietatea anafilactogenă a microbului: blocul pneumonic constituie o masă proteică heterogenă, care resorbindu-se prin pânza capilarelor produce fenomenul șocului, cu eventualitatea dublă: liza microbială sau difuzarea în torentul circulator.

În gonococemii toxinele microbiene nu sunt definite. Virulența microbilor e electivă: pe uretră și ochi. Puterea anafilactogenă, heterogenă, adică resorbția celulelor epiteliale desgvamate sau a leucocitelor alterate se face lent prin descărcări succesive și intermitente. Astfel se explică complicațiile întârziate, metastazele variate și puțința de generalizare la bolii.

Mai toate faptele bacteriologice desvăluite prin acțiunea agresivă a agenților patogeni sunt mai mult legate de posibilitățile viitoare ale unei terapeutici imunologice specifice decât de lanțul constantelor, care ar putea înrâuri evoluția clinică a focarului septicemic. Tropismul electiv al gonococului ca și al meningococului, „mozaicul antigenilor”, dupe terminologia lui Nicolle, desvoltarea anarhică a anticorpilor stafilococilor și streptococilor, variatele rase de pneumococi strepto-stafilococi, cu treceri întâmplătoare din starea lor saprofită în acea patogenă și cu toxicitate, când prin șoc anafilactic, când prin acțiune continuă — arată, cel puțin pentru prezent, neputința unei înrâuriri, controlabilă clinicește, a focarului septicemic de către agentul patogen.

Fapte de observațiune clinică indică valoarea pentru producerea septicemiilor a asociațiunilor microbiene. Se credea, că asociațiile de microbi produc metastazele din strepto și stafilococemii. Babeș și întreaga lui școală au susținut-o mereu. Astăzi cercetările lui Nicolle și Besançon au arătat importanța asociațiilor microbiene pentru creșterea virulenței microbilor. Astfel microbul gripii mărește virulența pneumococului. Bizuit pe aceste fapte bacteriologice, Lermierre a putut arăta în septicemiile gripale din anul trecut, cum pneumoniile mortale au fost datorite virulenței extreme a pneumococilor saprofiți din fosele nazale. Fenomenul este absolut analog cu acela petrecut la cobai, unde o injecție de maleină produce așa o stare toxică în organismul cobaiului, încât pneumococul

saprozit devenind virulent, trece în circulațiunea generală și produce pneumococemia mortală. Aceleaș fapte au fost observate și de Fissinger. El relatează un caz de endocardită lentă cu streptococ viridans. Diagnosticul a fost făcut clinic. Hemocultura repetată a indicat bacilul Pfeifer. Este foarte probabil, susține Fissinger, că și în acest caz virulența bacilului Pfeifer să fi fost mărită prin asocierea streptococului.

Mecanismul procesului final al septicemiilor, caracterizat prin stingerea focarului septicemic și prin dispariția acțiunii toxice sau virulente a microbului, a fost studiat pe cale fiziologică și imunologică.

Kraus și Biedel au încercat să dovedească, experimental, că anumite organe glandulare — ficatul, rinichii, — pot elimina microbii. Cercetările lui Schautmüller și ale elevilor lui au dovedit că acest proces de eliminare nu este însă la fel la om și la animal. Ei n'au putut observa înmulțirea microbilor în căile renale decât pentru bacilul colii, iar numai anumiți microbi, cu localizare electiv pulmonară s'au putut elimina prin căile respiratorii. Dacă totuși în anumite stafilococemii se observă eliminări de microbi prin rinichi, aceasta este datorită leziunii rinichiului prin abcesele mari sau mici din parenchimul lui.

O altă cale fiziologică pentru eliminarea microbilor s'a presupus a fi, în ultima vreme, bariera hemato-encefalică. Studiul a fost început de Friedman și Eckeles și a căpătat o mai largă aprofundare prin contribuția D-nei Lina Stern, dela Moscova. Autorii, cercetând mecanismul regulator al schimbului dintre creier și mediul sanguin, au arătat, că pereții capilarelor ar forma bariera hemato-encefalică. Aprecierea barajului s'a făcut cu diverse toxine, folosindu-se trei căi experimentale: perfuzia artificială a creierului, determinarea comparativă a dozei letale de toxină intravenos și intrarachidian și identificarea toxinei în creier după injecția intravenoasă. S'a văzut astfel permeabilitatea sau impermeabilitatea barierei hemato-encefalice pentru anumite toxine și microbi. Cercetările sunt în curs și concluziile practice nesigure.

Faptele culese pe cale imunologică rămân să interpreteze cliniceste mai temeinic evoluția septicemiei. Incă din interpretarea concepției lui Gauwerts asupra microbemieii am văzut, cum stabilitatea sau instabilitatea microbemieii se explică printr'o liză microbiană datorită imunității naturale: înplachetarea și fagocitoza. Rolul plachetelor sanguine nu se reduce numai la explicarea prin fenomenul de cuagulare, tromboselor septicemice. Acțiunea lor în septicemie e mult mai complexă. S'a arătat de către mulți cercetători, la noi de către Olga Bonciu în scarlatină și de Bălțeanu în toate maladiile septicemice, că există un paralelism între gravitatea de evoluție a boalei și curba plachetelor sanguine. Astfel, perioadei febrile îi corespunde o plachetopenie, mai accentuată dacă infecția e mai gravă.

Dacă sfârșitul bolii e fatal, numărul plachetelor scade enorm. Intr'un caz de septicemie stafilococică publicat de Bălțeanu cifra



plachetelor era de 1624. Numai în tetanos se observă un tip inversat. După cercetările lui Combiescu, plachetele sanguine ar mai avea un rol de condensator de anticorpi, așa că acțiunea lor în septicemii s'ar exercita prin difuzarea anticorpilor, mai ales dacă se folosește vaccinuri și seruri imunizante.

În sfârșit, pentru explicarea evoluției septicemiilor au fost mult studiate funcțiunile fagocitare, de blocaj, anafilactică și de genesă a anticorpilor a sistemului reticulo-endotelial. Nu mai insistăm asupra lor. Toate aceste funcțiuni își vădesc înrâurirea asupra evoluției septicemiilor în așa măsură, încât Schleier, în 1922, într'o lucrare remarcabilă, — Streptocochensepsis und Speicherzellen System — a arătat rezultatele anatomo-patologice ale acestui cuplu de funcțiuni. Pe când leziunile parenchimului organic sunt degenerative și necrotice, acelea ale sistemului reticulo-endotelial sunt hiperplastice: un corespondent organic al funcțiunii lor exagerate.

**Doc. S. IAGNOV: *La pathogénie des septicémies médicales.***

Les problèmes nécessaires à résoudre pour la compréhension de la pathogénie des septicémies médicales sont: la transformation du foyer initial en foyer septicémique et bactériémique, la métastase, le microbe, l'évolution septicémique.

L'auteur expose les conditions anatomiques de formation du foyer septicémique, de même que les travaux de Gowarts et Schottmüller qui font comprendre la valeur de la bactériémie et le rôle de la métastase. On expose encore les dates bactériologiques nouvelles sur les propriétés de virulence des microbes, montrant en quelle mesure, elles peuvent contribuer à la classification du mécanisme de la maladie. Pour expliquer l'évolution septicémique on montre le rôle de la barrière hémato-encéphalique, des plaquettes sanguines et du système reticulo-endothélial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Doc. D-r S. IAGNOV: *Die pathogenese der medizinischen Septikämien.***

Die für's Verständnis der Pathogenese der medizinischen Septikämien zu erläuternden Probleme, sind: die Umwandlung des Initialherdes in einen septikämischen, die Beziehung zwischen septikämischen und bakterianischen Herde, Metastase, Mikrob und die Entwicklung der Septikämie.

Der Autor legt, die anatomischen Bedingungen der septikämischen Herdbildung, sowie die Untersuchungen von Gowars und Schottmüller welche die Bedeutung der Bakteriämie und die Rolle der Metastase erläutern dar.

Es werden noch dargelegt die neuen bakteriologischen Daten über die Virulenzeigenschaften der Mikrobe, indem gezeigt wird, inwieweit sie teilnehmen können zur Aufklärung des Krankheit Mechanismus. Zur Erklärung der Septikämie Entwicklung wird die Bedeutung der Bluthirnscheidewand, der Blutplättchen und des retikul-endothelialen Systems gezeigt.

## **MECANISMUL CRIZELOR DE ANGOR IN PERIOADA DIGESTIVA**

de  
**C. DOLJAN**

**In timpul digestiei, pletera abdominală exagerează o ischemie preexistentă a inimii; se provoacă astfel o disproporție isbitoare între substanțele nutritive ce revin mușchiului cardiac și funcțiunile ce i se cer.**

Angina de piept este un sindrom al cărei mecanism vascular se petrece exclusiv în domeniul coronarelor. Spasmul acestor artere îl comandă, fie că sunt fie că nu sunt și leziuni ale lor. Pare a fi expresia unei disproporții între capacitatea funcțională a miocardului și funcțiunea realmente efectuată.

Câteva date anatomofiziologice sunt de reamintit.

Irigațiunea normală a miocardului este extrem de bogată. O injecție radioopacă (vezi Atlasul lui Jamin și Merval) ne arată imensa dezvoltare a rămurelelor plecate din coronare, toate terminale. Acestea pătrund și merg printre fasciculele de fibre ale miocardului. Este lesne de înțeles că în aceste condițiuni, în momentul sistolei, contracțiunea acestora va expulsa o mare parte din sângele conținut de vasele intramiocardice, în cât se poate admite că în realitate circulația în mușchiul inimii se face mai mult în timpul dintre două sistole.

O bună fiziologie cere o proporționalizare între masa miocardului coronarelor. Cu cât acesta este mai hipertrofiat (abstracție făcând de scleroză), cu atât acel debit ar trebui să crească. Cea ce însă nu se întâmplă, căci a eastă hipertrofie, din cauza însăși a rațiunii ei etiologice, (miocarditele hipertrofice, cele sifilitice, hipertrofia hipertensiunii, aceia a nefrosclerozelor, a insuficienței aortice endarteritice), sau din aceia a mecanicii circulatorii speciale (insuficiența aortică valvulară) coincidează de regulă nu cu o sporire ci cu o mișcare, prin spasm ori stenoză propriu zisă, a calibrului acestor artere și deci a irigațiunii ce ele permit.

Cu cât mușchiul este mai hipertrofiat, cu atât rămurelele coronarelor sunt mai comprimate între țesutul normal și țesutul sclero-

ros patologic dezvoltat. Prin urmare hipertrofia inimii presupune a priori o irigație defectuoasă.

Intreaga biologie a miocardului este în funcțiune de irigația fibrelor sale. Chiar și regularitatea ritmului îi e subordonată. Așa de pildă, acidul lactic, format în timpul sistolelor, este dus sau distrus în timpul perioadei refractare, spre a reconstitui glicogenul și a repune fibra în starea sa inițială. Deficitul sanguin încetinește schimburile și vițiază metabolismul; în același timp lungeste perioada refractară și durata contracțiunii tonice. Electrograma traduce acest deficit prin alungirea și creșterea undei T, (tip en dôme — unda coronariană a lui *Pardee*).

Inima este obligată a se adapta neîncetat și imediat împrejurărilor deosebite din cursul vieții. În ce constă această adaptare, fenomen fundamental?

Știm că acțiunea săvârșită de organismul animal este, ca valoare dinamică, variabilă de la un moment la altul. Una este ea în repaos, alta în activitate, fie ea musculară, cerebrală, etc. Când mușchii sunt relaxați, nevoile lor circulatorii sunt neînsemnate; însă cresc de îndată ca ei sunt puși în mișcare. Creșterea nevoilor circulatorii este totdeauna proporțională cu acțiunea pe care musculatura are a o săvârși. Dar randamentul dinamic al mușchilor este condiționat de nutrițiunea lor și de descărcarea lor de toxinele funcționale. El este deci subordonat variațiunilor circulatorii, care sunt singure susceptibile de a adapta aceste organe tuturor exigențelor. Să presupunem că fac o plimbare pe jos, că fac un marș de 4 km., pe oră, un marș forțat sau în fine o cursă. Una va fi nevoia de sânge a mușchilor în primul caz, și altele, cu totul deosebite și crescând proporțional, în cele următoare. Activarea circulațiunii se impune atunci atât pentru creșterea nutrițiunii, cât și pentru eliminarea deșeurilor lor excrementițiale crescute și ele în egală proporție. Exact la fel cu toate celelalte organe. Tuturor acestor necesități atât de variabile și de multe ori strigente de nutrițiune și evacuare le face față, prin o circulațiune intensificată după împrejurări, inima *care se adaptează*.

Astfel fiind, în vederea fenomenului de adaptare atât de indispensabil vieții, inima are neapărată nevoie de totalitatea calităților sale intrinseci, pe care le condiționează și integritatea anatomică prealabilă a fibrelor sale, dar și o adecuată circulație la nivelul lor.

Ceia ce ne isbește când studiem anatomia inimii este marea calibru al coronarelor raportat la micimea organului, și marea mulțime de râmuri și râmurele emergente. Două rațiuni le explică:

1. Pregătirea inimii pentru eventuale salturi brusce, când ea trebuie să-și dubleze, tripleze, chiar quintupleze activitatea (vezi cercetările lui *Means* și *Newburgh*).

2. Circulația inegală din interiorul coronarelor, din cauza semigolirii lor sistolice prin expresiune.

Acestate amintite, să revenim la sindromul anginos. Încă nu s'a făcut acordul unanim în ceea ce privește patogenie lui. Două

concepțiuni polarizează actualmente părerile autorilor, fiecare din ele sprijinindu-se pe fapte indiscutabile. Una, mai veche, teoria coronariană, care admite existența leziunilor arterelor coronare, fost susținută de Potain, Huchard, Clifford-Albutt, ș. a., și este viguros apărată de statisticile lui Mackenzie, Gallavardin, Samuel Lévine, toate arătând existența acestor leziuni într'un număr atât de mare de cazuri în cât nu ne putem sustrage de la concluzia că sindromul anginos îi este datorit. Alta, mai recentă, a lui Danielopolu, Leriche, cari fac din sindromul acesta o reflexiune la nivelul ganglionului stelat și al ansei lui Vieussens a impresiunilor sensitive în manifestări vazo-motoare.

Dar atât în concepțiunea reflexului presor, cât și în aceia a coronariei, vițiul fundamental est ischemia miocardului, la care se ajunge fie indirect prin spasm reflectat, fie direct prin spasm primordial sau impermeabilitatea organică lezională a coronarelor. Dovezi: a) suprimarea crizelor prin intervențiuni chirurgicale susceptibile de a intercepta orice acțiuni vazo-constrictoare; b) angina de piept prin injecțiuni vasoconstrictoare și prin ligatura coronarelor la animale; c) coincidența ei cu ischemia altor teritorii, claudicația intermitentă, sindromul lui Raynaud, paralizii trecătoare; d) eventualitatea punerii miocardului în stare de fibrilație, a cărei relațiune cu ischemia e neîndoioasă.

Prin urmare, este vorba totdeauna de o irigațiune defectuoasă. Ea ține de strimtarea calibrului coronarelor, fie ea spastică sau lezională. Act final într'un caz, act inițial în celălalt, dar în definitiv tot ischemie a miocardului, și aceasta leagă între ele aceste două concepțiuni în aparență disperate.

De altfel toți autorii sunt de acord că oricare ar fi fondul anatomopatologic (coronarian, aortic, hiperexcitabilitatea aparatului sencitiv al cordului) căruia îi este asociat sindromul anginos, spasmul vascular în domeniul coronarelor, și prin urmare irigațiunea insuficientă a miocardului cu toate urmările ei, este condițiunea indispensabilă producerii crizei. Rolul defectului de irigațiune coronariană, deja pus în lumină de caracterul spasmodic al crizelor și de accesul paroxistic hipertensiv (el însuși expresiune exterioară a vasoconstricției generale) ce întovărășește uneori criza de angor; sprijinit de fibrilația ventriculară ce poate s'o complice (ea însăși în funcțiune de ischemie); și întărit de concomitența spasmelelor vasculare în alte domenii; a primit o confirmare quasi-experimentală prin criza ergotaminică (Marcel Labbé).

Se pare deci că fondul fiziopatologic al anginelor s'ar reduce în ultimă analiză la defectarea circulațiunii intrinseci a miocardului, cu nutrițiune insuficientă și intoxicare prin deșeuri funcționale acide ale fibrei contractile.

Dar sunt crize intense născute dintr'un efort minim, și altele ușoare născute din efort important. Care este rațiunea acestei deosebire? Este că în cazul întâi avem aface cu o ischemie importantă, iar în cel d-al doilea cu o ischemie neînsemnată.

Reducând astfel fiziologia patologică a sindromului la scă-

derea irigațiunii fibrei, și patogenia lui la disproporția, dintre actele săvârșite și aptitudinea contractilă a miocardului ni putem explica geneza lui atât în afecțiuni hipertensive cât și în cele hipotensive; atât în hipertrofia (primitivă sau secundară) aortitelor și insuficienței aortice, cât și în hipotrofia miocardului (miocardite, cardiopatii valvulare reumatismale); atât la pletorici cât și la anemici în urma hemoragiilor massive (Gallavardin).

Apariția durerilor în cursul eforturilor, care constituie caracterul dominant al afecțiunii, se explică prin dislocarea și sustragerea din domeniul circulațiunii intracoronariene și deci din serviciul miocardului a unei cantități însemnate de sânge (de unde rezultă o scădere consecutivă, concomitentă și proporțională a irigațiunii în miocard), produsă de apelul acestui sânge în spre mușchii în contracție cari cer imperios un spor de nutrițiune pentru funcțiunea ce li se cere. „Durerea de la începutul mersului”, asupra căreia a insistat Gallavardin la Congresul de la Nancy, se datorează acestui apel pentru satisfacerea căruia miocardul face eforturi peste puterile sale care, deja slăbite de ischemia preexistentă, mai slăbesc încă prin această dislocare momentană.

Ischemia influențează miocardul în aptitudinea sa contractilă, fiindcă îi vițiază procesele biologice de bază: nutrițiunea și evacuarea deșeurilor. Dovezi: sincopa, slăbirea pulsațiilor, tahicardia ventriculară și fibrilația ventriculară (eventualitate atât de redutabilă putând complica criza anginoasă), și electrograma care arată turburările de contractilitate.

Dar ceia ce surprinde mai mult în istoria clinică a anginelor, fiind notată fără excepție în toate observațiile, este deosebită frecvență și intensitate a crizelor în perioada digestivă. Am căutat să-mi explic acest fapt spre a trage oarecare învățăminte de ordin terapeutic.

Autorii explică foarte vag și evasiv crizele din perioada digestivă atribuindu-le unei influențe a deglutiției sau contactului alimentelor cu mucoasa gastrică, replețiunii stomacului sau calității alimentelor, dispesiei, sau în fine unui șoc anafilactic.

Ce se întâmplă în organele abdominale în cursul digestiunii? Să împărțim schematic digestia în 3 perioade: p. prepilorică, care durează din momentul ingestiei până la evacuarea stomacului; p. mixtă pre-și postpilorică; p. postpilorică care începe abia după ce stomacul s'a evacuat complet în duoden.

În perioada întâia. Dupăce procesul de digestie începe și pilorul se închide, intră în joc atât musculatura proprie a tubului digestiv cât și mulțimea glandelor anexate în segmentul de la gură până la pilor.

În perioada a doua, după ce pilorul începe a se deschide parial și intermitent spre a lăsa să treacă acele alimente ce nu au nevoie de o îndelungată digestie stomacală, mai intră în joc și întreaga aparatură glandulară a tubului digestiv de dincolo de pilor la început parțial, iar mai târziu pe măsură ce chimul sosește în duoden și progresează în jos, în aceeași măsură intră în

joc și funcționează din ce în ce mai activ un mai mare număr de glande până la totalitatea lor. Este bine înțeles că în tot acest timp continuă a funcționa și acelea ce funcționau singure în perioada întâia. Activitatea organelor digestive și a anexelor lor glandulare este atunci în apogeu.

În perioada a treia (postpilorică exclusivă), când stomacul este complet golit de conținutul său, nu mai funcționează decât glandele situate în peretele duodenului, ficatul și pancreasul. Activitatea tuturilor celorlalte încetează. Odată digestia terminată, orice activitate în sistemul glandular și musculatura tubului digestiv ia sfârșit.

Dar până atunci toată această activitate prodigioasă, a cărei importanță nu o putem aprecia decât gândindu-ne la pluraritatea actelor fizice și chimice ce o constituie, cere imperios sporirea proporțională a debitului de sânge în toate organele respective. Ceia ce și are loc. Repartizarea sângelui în diferitele organe nu mai e omogenă în tot timpul digestiunii. În afară de tubul digestiv cu anexele lui, toate celelalte sunt într'o stare de ischemie relativă. Această ischemie relativă este generală, deci și coronariană. Nu fac excepție decât abdomenul și organele digestive.

La marii mâncători exigențele tuturor acestor glande sunt considerabil crescute, din cauză că ele sunt chemate a elabora tot excesul de alimente introdus. Pântecul lor e dezvoltat peste măsură nu atât, sau nu numai, din cauza dezvoltării peretelui abdominal și a gazelor intestinale, ci mai ales din cauza supraafluenței de sânge în toată arborizația vasculară a acestei regiuni. Este o suprapletură abdominală. Bolnavii de acest tip au mișcări greoaie, dispnee ușoară, procese intelectuale leneșe, tegumente palide, numai fiindcă irigația lor se face defectuos și insuficient în mușchi, în plămâni, în creier, în tegumente sau oriunde aiurea, deoarece pentru trebuințele digestive, extrem de mărite la ei, o și mai mare cantitate de sânge este smulsă din restul organismului spre a fi pentru trebuințele ocazionale, dusă și înmagazinată, o parte vremelnic și alta definitiv, în tot abdomenul și în special în sistemul port a cărui capacitate de înmagazinare este enormă.

Toți acești *abdominopletorici* fac, din cauze neînsemnate și cu cea mai mare înlesnire, crize de angor, dacă au o circulație coronariană precară, indiferent de cauza ce o va fi provocat, pentru că dislocarea acelei cantități de sânge, a cărei prezență este reclamată în sfera abdominală de organele digestiunii, accentuează o ischemie miocardică deja existentă. Volumul undei cardiace este el însuși mai mic (dovadă, accelerarea pulsului după masă); iar unda coronariană scăzută în proporție.

Sunt atunci față în față: o hiperemie a vaselor abdominale, și o oligoemie extraabdominală, *deci și coronariană*. Aceasta din urmă trece neobservată atâta vreme cât o coronară *permeabilă* asigură circulațiunea miocardului. Se manifestează însă, și se manifestează violent cu ocazia unui sfârșit, de îndatăce o coronară *puțin permeabilă* nu poate asigura acestuia decât circulația necesară mo-

destelor trebuințe ale corpului în repaos. Survine însă nevoia de sânge a unui organ oarecare chemat a funcționa: un grup de mușchi, de pildă. Un aflux de sânge este indispensabil în acele organe; și se va produce. Dar unda coronariană deja insuficientă nu va putea crește crește atât cât trebuie pentru efortul cerut miocardului, deoarece însăși unda cardiacă, din care ea derivă, este mai mică, sângele fiind chemat să reținut în vasele abdominale. Micimea undei în mușchi va determina anevoioasa lor acțiune; iar micimea undei în coronare va face dureroasă contracțiunea cardiacă de un dinamism superior posibilităților organului.

Mai este încă un fapt de care trebuie să ținem seama. Știm că oridecâteori presiunea crește în interiorul aortei, se produce o excitație automată a nervului depresor al lui Cyon, căreia urmează o vazodilatație abdominală. Nu știm însă, până azi, dacă nu are loc și inversul. Dar avem dreptul să credem a priori, până când cercetările fiziologilor vor stabili experimental faptul, că ridicarea presiunii în vasele abdominale, pe care o cauzează această pleură abdominală, e firesc să dea, ca un corolar necesar al primului fapt deja stabilit, scăderea presiunii în aortă și deci în coronare. Or, o presiune normală în circulația proprie a inimii fiind indispensabilă unei bune irigațiuni, tocmai această scădere de presiune ar crește încă ischemia miocardului și ar grăbi izbucnirea crizei.

În concluziune, inima este incapabilă, în momentul digestivii, de a îndeplini o activitate chiar mică, din cauză că pleura abdominală digestivă exagerând o ischemie preexistentă, dă loc la o disproporție isbitoare între substanțele nutritive ce-i vin și funcțiunile ce i se cer. Cine proporționează serviciul inimii cu aptitudinea sa funcțională? — Nimeni. Căci voiața individului comandă mușchilor striati, în serviciul cărora este inima.

Aplicând terapauticii aceste cunoștințe, să recomandăm anginoșilor de a se hrăni *foarte ușor și repetat* în cursul zilei. Să evite alimentele de digestiune laborioasă și prelungită; cele de volum exagerat (supele, etc.); precum și cele ce congestionează mai intens mucoasa stomacală (fierbinți, vin, oțet, etc.). Rezultatul nu va întârzia. Repaosul în decubit după masă va înlesni evitarea crizelor. Un masaj abdominal ușor, practicat dimineața pe stomacul gol, va scădea pleura abdominală reziduală a acestor bolnavi; va repartiza mai omogen sângele în organele economiei; și va micșora pleura din perioada digestivă.

#### C. DOLJAN: *Le mécanisme des crises d'angine pendant la période digestive.*

La crise d'angine est déterminée par des coronaires qui, en raison soit de l'inextensibilité de leurs parois (coronarite), soit d'un spasme (direct ou réflexe presseur), soit des deux causes réunies, sont impuissantes à adapter instantanément leur circulation au dynamisme qu'exige au myocarde une suractivation circulatoire relative ou absolue.

La digestion commande une circulation particulièrement active dans tout l'appareil digestif, y compris ses annexes glandulaires. Le sang y afflue, en effet. Mais en même temps l'irrigation dans tous les autres organes est en conséquence proportionnellement diminuée. Durant la digestion, l'ischémie générale (et partant

myocardique), d'autant plus importante que les repas sont plus copieux, est la contrepartie de la pléthore abdominale

Passant inaperçue à l'état normal, elle engendre des crises chez les angineux, car leur irrigation coronarienne déjà insuffisante sera d'autant plus troublée. Dès lors, leur cœur ne réussira qu'au prix de grands efforts — *douloureux* — assurer le transport du matériel nutritif aux muscles mis en action.

Comprenant ainsi le mécanisme producteur des crises pendant la digestion, certaines recommandations concernant l'hygiène des repas s'imposeront chez les angineux, visant à diminuer leur pléthore abdominale digestive.

**C. DOLJAN: *Il meccanismo delle crisi di angina nel periodo digestivi.***

La crisi di angina é determinata dai coronari che, sia per l'instensibilità delle pareti (coronarite), sia a causa di uno spasmo (diretto o riflesso) sia per tutte e due le cause riunite, non possono adeguare la circolazione al dinamismo che é richiesto al miocardio da una maggiore attività circolatoria relativa o assoluta.

La digestione esige una circolazione molto attiva in tutto l'apparato digestivo con i suoi annessi glandolari. Il sangue affluisce qui. Ma nello stesso tempo, l'irrigazione di tutti gli altri organi é di conseguenza proporzionalmente scaduta. Durante la digestione l'ischemia generale (e miocardica), tanto più rilevante quanto più copiosi sono i pasti, é la controparte della pletora addominale.

Passando inosservata allo stato normale, essa é causa di crisi negli anginosi, poiché, la loro irrigazione coronaria, già insufficiente, diviene ancor più irregolare. Allora il loro cuore non può riuscire, se non con grandi sforzi *dolorosi*, ad assicurare il trasporto delle materie nutritive ai muscoli posti in azione.

Intendeno così il meccanismo che produce la crisi nel tempo della digestione, s'impone agli anginosi un regime d'igiene dei pasti, allo scopo di diminuire la pletura addominale digestiva.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**UROFORMINE**

**GOREBEY**

COMPRIMES 0<sup>m</sup>50  
AMPOULES 2<sup>cm</sup> & 5<sup>cm</sup>

**ANTISEPSIE  
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES  
VOIES BILIAIRES  
MALADIES INFECTIEUSES  
GRIPPES ETC...

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD  
103, Strada Toamnei. — Bucarest



## ORIENTAREA ACTUALA A PSIHIATRIEI

de

**Docent D-r ALF. DIMOLESCU**

Medic Primar la Spit. Central de Boli Mintale  
și Nervoase din București.

„Psihiatria a încetat de a fi un capitol al filozofiei; ea este și va fi din ce în ce mai mult o ramură psihologică, clinică, anatomică și sociologică a medicinei, sau mai bine zis a biologiei”.

Acestea sunt cuvintele cu care Régis încheie studiul său asupra istoricului evoluției psihiatriei<sup>1)</sup>.

Se remarcă cum Régis în definiția sa a enumerat fazele prin care a trecut studiul medicinei mintale, că — de altfel — toate celelalte discipline medicale: o fază descriptivă, în care s'a căutat a se contura entitățile clinice, o fază anatomo-patologică, cu rezultate mai puțin bogate în ceiace privește posibilitățile propriu zise, o fază sociologică proprie manifestărilor morbide ale creerului, dat fiind funcțiunile sale speciale de legătură cu mediul social, și o fază biologică, în care experimentarea și cercetările biochimice constituiesc astăzi mijloacele cele mai fructuoase de investigație.

Psihiatria a urmat ca toate celelalte ramuri ale medicinei, același drum, ajungând astăzi în faza de experimentare și de cercetări biochimice.

Dacă însă medicina mintală este privită într'un mod special, ca și cum nu ar face parte din marele capitol al medicinei interne, aceasta se datorește faptului că spre deosebire de celelalte organe, creerul este singurul, care prin fiziologia sa este menit să dea individului una din cele mai importante și nobile atribute; superioritatea față de celelalte vietăți și legătura cu lumea externă.

În lecția sa de deschidere, D-l Prof. Tomescu<sup>2)</sup> spunea:

„În lumina concepțiunilor actuale, sistemul nervos central și în special creerul este un organ, care sub influența infecțiunilor sau sub aceia a exo- și endo-intoxicațiilor se poate îmbolnăvi, ca ori-care din organele corpului nostru și se poate vindeca în condițiuni similare”.

1) Régis, Précis de Psychiatrie. Doin Paris 1926 pag. 20

2) P. Tomescu. — Lecție de deschidere a cursului de Psihiatrie-Rom. Medicală, 15 Noembrie 1934.

Un mare adevăr ascunde această frază simplă.

Intr'adevăr procesele anatomo-patologice se petrec în creier la fel ca și pentru toate celelalte organe (inflamație, atrofie, proliferare, turgescență, anemie, etc.), aceasta bine înțeles cu caracteristicile pe care le dă specificitatea țesutului. Prin urmare din punct de vedere anatomo-patologic și chiar patogen există o identitate între leziunile datorite unei aceleași etiologii: sifilis, alcoolism, scleroza, emoție, etc., fie că acestea interesează celula cerebrală hepatică sau renală. Astfel delirul acut, expresia unei encefalite alcoolice sau tifice este foarte comparabilă cu hepatita sau nefrita alcoolică sau tifică, iar scleroza a cancerului cu aceea a rinichiului.

În ceiace privește o serie de afecțiuni speciale, afecțiuni care nu au la bază leziuni aparente, așa cum ar fi psihozele constituționale, nu putem afirma decât că nu cunoaștem substratul lor organic, dar desigur că acesta va fi precizat într'un viitor nu prea îndepărtat.

E suficient să cităm experiențele lui Foerster asupra encefalului pentru a ne da seama de acest lucru.

\* \* \*

Privind astfel situația psihiatriei în raport cu celelalte ramuri ale medicinei ne pare nedrept ca unii neurologi cu o indiscutabilă autoritate științifică, să conteste medicinei mintale, dreptul la o viață proprie, considerând-o numai ca o anexă a neurologiei, fără de care ea nu poate exista.

În cazurile de Neurologie, Psihiatrie și Endocrinologie din Kișinău în anul trecut, discuții asupra chestiunii de mai sus s'au oprit asupra acestei concluzii.

Psihiatria știință independentă se ocupă cu studiul manifestărilor mintale patologice ale individului, studiind și cauzele lor, fie că acestea intră în cadrul fizio-patologiei cerebrale, fie în alt domeniu.

Astfel un psihiatru care studiază turburările mintale din encefalita letargică nu se poate desinteresa de leziunile acestei boli recomandată de neurologi, după cum nu poate lăsa nestudiate turburările ovariene ce au un răsunset atât de important în viața psihică a femeii și după cum trebuie să cunoască, ca și medicul legist de altfel — o serie de maladii: infecțioase, ginecologice, venereice, interne, chirurgicale, etc., cari au o influență incontestabilă asupra fondului mental al individului.

Astfel putem afirma astăzi că tratamentul psihic nu este decât un tratament simptomatic, căci dacă voim să administrăm unui psihopat un tratament cauzal, trebuie să ne adresăm ovarului, sistemul autonom, cordului, vaselor, aparatului gastro-intestinal și în deosebi alcoolismului și sifilisului.

E de mirare cum nu numai publicul dar o bună parte din medici consideră manifestările mintale ale unei persoane, ca o fază terminală în evoluția unei boli. Se crede în genere că în acest stadiu bolnavii nu mai sunt capabili de a profita de tratament decât într'o foarte mică măsură.

Dacă s'ar ști însă că după cele mai corecte și recente statistice, Spitalul Central din București dă un procent de 65—66% vindecați și 10% (mortalitate, probabil că situația actuală a medicinei mintale ar fi privită altfel).

Acest procent se referă la bolnavii veniți la spital în stare foarte gravă, datorită unei mentalități nenorocite. Este neîndoios că și aceste procente s'ar schimba dacă s'ar lua măsuri cu caracter preventiv în ceiace privește cele trei mari flagele psihogene: sifilisul, alcoolismul și pelagra, precum și în stările constituționale morbide. Dar o societate de profilaxie mintală nu există încă la noi în țară.

Și dacă ar trebui să facem o comparație cu bolile nervoase pure, am vedea că miopatiile, scleroza în plăci, mielitele ca și leziunile cerebrale în focar dau un procent destul de redus.

\* \* \*

Dacă Psihiatria a fost considerată până acum o ramură a medicinei mai puțin medicală și bazală mai mult pe speculațiuni și considerațiuni de ordin filozofic și psihologic, aceasta se datorește faptului că tot tabloul clinic era dominat de fenomene mintale aparente ce mascau celelalte semne organice.

Cine mai avea vreme să caute semnele organice într'o manie acută. Melancolia entitate clinică bine conturată de clasici, de lipemanie nu au o etiologie bine determinată. Dar dacă din această entitate clinică se scot melancoliile simptomatice: melancolia prin insuficiență ovariană, melancolia post-partum, melancolia pelagroasă, alcoolică, ce mai rămâne din vechea melancolie?

Același lucru se petrece actualmente cu demența precoce. Deja au și apărut o serie de lucrări în care se vorbește de dezmembrarea demenței precoce (Cellier<sup>3</sup>).

Și astfel la fiecare boală mintală timpul și cercetările, ia din grupa psihopatiilor cu cauze necunoscute spre a adăuga, în aceia în care intervenția medicului devine mai eficace.

În stadiul actual chimia biologică este aceia care aduce în folos imens și continuu acestei specialități. O serie de fenomene ținute până acum ca având o comportare exclusiv psihologică pare a fi rezolvată prin intervenția chimiei biologice. Astfel cităm în primul rând problema emoției care în urma lucrărilor lui James<sup>4</sup>), Lange, W. Cannon<sup>5</sup>), Dumas<sup>6</sup>), etc. s'a deplasat pe terenul biochimic. Dar intervenția acesteia vom trece în revistă, mai departe cu ocazia fiecărui grup de boli mintale. Vom căuta în cele ce urmează să vedem întrucât grupurile de boli mintale prezintă un substrat organic, — ca și bolile din celelalte domenii medicale — fiind susceptibile de modificări, adică de tratament.

\* \* \*

3) A. Cellier. — Le démemberment de la démence précoce. Presse médicale Nr. 93. 1924.

4) W. James. — La théorie Changes de l'émotion. Paris. 1903.

5) W. Cannon — Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, 1925. — Idem Les émotions fortes et leurs influences sur l'organisme. L'Encéphale Nr. 4. 1930, p. 308.

6) G. Dumas. — Traité de Psychologie. Paris Alcan 1932.

*Grupul psihozelor afective.* — In acest grup figurează mania, melancolia, psihoza periodică cu toate fenomenele ei: schizoidă, obsesivă, paranoidă, catatonică, etc. Participarea glandelor cu secreție internă, la producerea ei, în special a tiroidei, este de netăgăduit. Deasemenea sunt recunoscute stările depresive și melancoliile prin disfuncțiune ovariană. Psihozele reacționale, cu caracter în genere benign, și cari beneficiază de tratament, arată în ce măsură emoția contribuie la producerea psihozelor, desigur prin intermediul glandelor endocrine și al sistemului vegetativ.

Desigur că în afară de aceste boli cu cauze bine determinate și vindecabile mai există o manie și o melancolie cu caracter periodic pe bază hereditară și constituțională. Aci, deși nu putem vorbi de o etiologie cunoscută, totuși trebuie să ținem seama de rezultatele ultimilor cercetări cari au arătat existența unor centrii cerebrali regulatori ai umoarei și ideației.

Astfel Fetterman citând experiențele lui Foerter<sup>7)</sup> arată că acesta a reprodus experimental accese de manie și de somnolență, operând prin anestezie locală în regiunea diencefalului.

Acest autor ajunge la concluzia că partea antero-inferioară a celui de al 3-lea ventricul este o regiune de excitație ideativă, în timp ce partea postero-superioară a aceluiași ventricul precum și apeductul lui Silvius este regiunea calmului, stupoarei și încetării ideației.

Tot în cadrul psihozelor constituționale sunt demne de semnalat recente lucrări ale D-lui Profesor P. Tomescu și I. Cosmulescu și F. Șerban<sup>8)</sup> asupra cloruro-cristalizării în lichidul cefalo-rachidian ale acestor bolnavi. Deși până acum nu s'a putut vorbi de modificări biologice caracteristice în l. c. r. al periodicilor, această reacțiune arată că acest grup de bolnavi sunt deosebiți din punctul de vedere al cristalizării clorului în l. c. r. de grupul psihozelor de origină infecțioasă (sifilis, colibaciloză, etc.) sau de origină toxică (alcoholism, etc.). Există prin urmare modificări fine de ordin biochimic, care arată participarea organică neuraxială la producerea acestor psihoze.

Mai mult emoția singură provoacă atâtea transformări în organism (biochimice, endocrine, vegetative, metabolice), încât s'a putut vorbi la un moment dat de producerea de anumite stări psihice prin modificarea acestor stări organice.

Posedăm astăzi o priză mai mare ca altădată în ce privește modificarea psihozelor afective, aceasta în măsura în care ne cunoaștem din ce în ce mai bine mecanismul patogenetic și se pare că nu este îndepărtat timpul când această problemă va fi elucidată.

*Grupul encefalitelor psihozice* descrise de Marchand<sup>9)</sup> re-

7) J. L. Fettermann. — The correlation of psychic and somatic disorders. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. 106. Nr. 1. p. 27.

8) P. Tomescu, I. Cosmulescu et F. Șerban. — Sur une nouvelle propriété du liquide c. r.—la chloruro-cristallisation. Bull. de l'Acad. de Méd. de Roumaine Nr. 1. T. I. 1936.

9) Marchand L. — Les encéphalites psychosiques XXXVII, Session du Congrès des méd aliénistes et neur. de France et de Pays de langue Française L'encéphale Nr. 5 1933.

zumă o serie de stări caracterizate prin delir acut, agitații psiho-motorii, confuzii mintale agitate, stări de prostații și consumație, stări infecțioase, cari grupate astfel reprezintă o etiologie cunoscută (azotemică, alcoolică, colibacil, streptococ) și asupra cărora se poate acționa cu eficacitate.

*Grupul psihozelor toxice* printre cari intoxicația alcoolică este prototipul, beneficiază în majoritatea cazurilor de tratament curativ. Psihozele pelagroase dau, e drept, un procent oarecare de nebeneficieri, dar cronicitatea coincide de cele mai multe ori cu prezența unei constituțiuni morbide, a unui teren încărcat din punct de vedere hereditar sau a unei stări de denutriție și mizerie fiziologică.

*Grupul schizofrenic și al demenței precoce.* — Dacă admitem clasificarea lui Claude, înțelegând prin schizofrenie o stare incipientă cu manierisme, autism, negativism instabil, sindromul lui Gauser, etc., iar prin D. P. numai o exagerare cantitativă a simptomelor acestora, putem admite că schizofrenia a căpătat noi îndrumări în urma studiilor lui Joug, Baruk<sup>10)</sup> Claude<sup>11)</sup>, Tomescu<sup>12)</sup> asupra catatoniei experimentale și asupra originii tuberculoase a schizofreniei. Astfel Baruk<sup>13)</sup> a arătat în ultimul timp că unele lichide cefalo-rachidiene de schizofrenici inoculate experimental tuberculizează cobaii într'un termen relativ scurt.

De asemenea Henger, a arătat că există mai multe schizofrenii din punct de vedere al debutului acesteia, unele au o evoluție lentă, altele par în urma unui șoc, sau a unei maladii. Acestea aruncă o lumină nouă asupra etiologiei schizofrenice.

Nu se mai poate vorbi azi de o origină psihogenă a schizofreniei, în sensul lui Bleuler.

Terapia sistemului vascular, genital, terapia prin șoc, sulf, harmină, etc., ne îndreptățesc a vorbi de o ameliorare a acestei boli.

*Stările demențiale* provenite din sifilis, pelagră, alcoolism, senilitate, manie, etc., formează punctul negru al acestei specialități.

Nu se poate vorbi în astfel de cazuri de o viață normală, întrucât cu alterarea corticalității se pierde și aceea unică funcțiune specifică individului care este autocritică.

Astfel o scleroză hepatică permite păstrarea unor relații normale cu ambianța, pe câtă vreme o stare demențială prin același proces de scleroză este incompatibilă cu această viață.

Intr'un cuvânt,

Celelalte organe pot pierde una sau mai multe din funcțiunile lor, fără ca individul să devie prin aceasta anti-social, pe câtă vreme prin pierderea funcțiunei de auto-critică a creierului, se pierde tocmai funcțiunea socială, care retrage individului dreptul la o viață normală.

10) H. de Jong et H. Baruk. — La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine. I, Vol. Masson 1930.

11) Claude. — La catatonie. Presse Médicale 1 Dec. 1928.

12) P. Tomescu. — Cercetări clinice și experimentale asupra sindromului de catatonie. Rev. științelor med. 1929 și Vol. Jubiliar Pr. Marinescu.

13) Baruk H. — Meningite tuberculeuse exper. etc. C. R. soc. de Biologie T. C. XII p. 369. 1933.

*Grupul neurozelor* prezintă o patogenie destul de cunoscută. Participarea endocrină și a sistemului vegetativ la nevroza hiperemotivă tip Dupré sau la stările de hipersimpaticotonie, cu anxietate, obsesiuni de ex. permit o acțiune imediată și eficace asupra lor.

În ceiace privește *înfirmitățile* de tip idioție, imbecilitate, desigur că nu se poate vorbi de un tratament curativ. Problema va fi probabil rezolvată prin măsuri preventive eficace de natura luptei antialcoolice, antisifilitice și a sterilizării.

\* \* \*

*Turburări fiziologice și structurale de origină psihică.* — Dacă până acum am arătat că turburările psihice sunt expresia unor perturbațiuni organice, vom căuta să arătăm în acest capitol pe scurt, influența psihicului asupra turburărilor organice.

În lecția de deschidere D-1 Prof. Tomescu spunea:

„Fără să putem contesta rolul primordial pe care îl are sistemul nervos central și în special creierul, în desfășurarea fenomenelor psihologice, ținem să arătăm în ce măsură fenomenele organice influențează activitatea cerebrală în viața normală și în cea patologică și să studiem corelațiunile așa de strânse uneori, între atitudinile psihologice și fenomenele biologice”.

Emoția este factorul cel mai important în ceea ce privește acțiunea psihicului asupra somaticului. Canon<sup>14)</sup> în lucrările sale a arătat rolul imens al acestuia în modificările biochimice și fiziologice ale individului.

Moschowitz<sup>15)</sup> consideră ca psihogenice următoarele sindroame: hipertensiunea esențială, gușa exoftalmică, ulcerul duodenal, spasmul cardiac (nevroza cardiacă) și colita muco-membranoasă.

Klauder<sup>16)</sup> citează cazuri nu numai de modificări fiziologice cutanate în urma turburărilor psihice, dar chiar vezicule, bule, echimoze și hemoragii cutanate. Kuntz consideră psihozele nu ca o funcțiune anormală a creierului, dar a schimbărilor din întreg individul. Fetterman insistă asupra modificărilor fiziologice: digestive, cardiace, intestinale, vegetative, în funcție de turburări psihice: ură, necaz, furie, disperare, bucurie, agitație anxioasă, etc.

Desigur că pe o stare constituțională, acest desechilibru funcțional se poate transforma în maladie.

Astfel emoțiuni mari, spune Fetterman, (dezamăgiri în dragoste, cariere distruse, morți dureroase, ambiții nerealizabile, remușcări, teamă), provoacă turburări organice cu caracter mai stabil. De altfel cunoaștem aceste psihoze descrise sub numele de psihoze de reacțiuni, cari nu sunt decât rezultatele unor traumatisme psihice prin șocuri emotive mari.

14) *W. B. Canon.* — Bodily Changes in the Emotion. New-York 1924.

15) *Moschowitz Et.* — Psychogenic Origin of organic Disease. Arch. Neur. and Psych. 32. 903, 1934.

16) *Klauder J. V.* — Psychogenic aspects of Diseases of the skin. Arch. Neur. and Psych. 32 221, 1935.

Se face desigur o mare greșală făcându-se dela început o mare distincție între psihic și soma.

Dela Platon care, spune Ziegler<sup>17)</sup>, care se plângea că greșeala din zilele sale e că se face separațiune între suflet și corp în tratarea bolilor, o serie de autori au arătat că se continuă pe această cale greșită. Schilder<sup>18)</sup>, Weisenberg<sup>19)</sup>, Ottenberg<sup>20)</sup>, Ziegler, insistă asupra legăturii dintre psihic și soma.

Alvarez<sup>21)</sup> spune: acolo unde pielea roșește și se albește trebuie să fie o modificare organică a pielii: perturbări vasomotorii.

Aceste simptome, crede Fetterman<sup>22)</sup>, trebuiesc privite prin prisma succesului și a insuccesului, a bucuriei și a necazului, căci cortexul nu este decât un ectoderm invaginat.

În concluzie, putem afirma că manifestările psihice patologice sau fiziologice sunt inseparabile de manifestările organice.

Deaceia a considera bolile psihice fără un substrat organic este o imposibilitate. Ele nefiind altceva decât o rezultată a funcționării normale a țesutului.

Legătura aceasta e atât de strânsă încât anumite stări psihice au putința de a aduce modificări structurale.

Faptul că în mod prevăzut în psihiatrie lipsesc leziunile, nu constituie un motiv temeinic de a o considera ca o știință specială. a nu vedea o leziune nu înseamnă că ea nu există.

Dealtfel, cum remarcă Lévy-Valensi<sup>23)</sup> există în patologie o serie de fenomene fără leziuni: „un calcul renal drept oprește secreția rinichiului stâng, unde este leziunea? un individ moare prin oprirea inimii în urma unui traumatism abdominal, unde e leziunea?” Ideia aceasta de leziune nu mai pare a fi actuală în stadiul actual al științei, ea ar trebui, mai cu seamă în materie de procese psihonevrotice, să fie înlocuită cu ideia de funcțiuni.

Încheiem aceste considerațiuni cu concluzia lui Lévy-Valensi.

„Psihiatria nu diferă într'un nimic de celelalte ramuri ale patologiei umane, căci absența în unele cazuri, a leziunilor anatomice, indică sau neștiința noastră, sau o turburare numai funcțională, cum de altfel se vede și în alte domenii ale patologiei umane”.

17) Ziegler L. H. — Clinical Phenomena Associated with Depressions, Anxieties and Other Affective Disorders, Am. J. Psychiat. 7. 849.

18) Schilder, Paul. — Psychophysiology of the skin, Arch. Neurol. Psychiat. 33:223 (Jan.) 1935.

19) Weisenburg. — T. H. Yaskin, J. C. and Pleasants, Henry, Jr. Neuro-psychiatric Counterfeitsof, Organic Visceral, Disease, J. A. M. A. 97:1751, Dec. 12) 1931

20) Ottenberg. — Reuben, in discussion on Moschowitz.

21) Alvarez W. C. — Ways in Which Emotion Can Affect the Digestive Tract, J. A. M. A. 92. 1931. (April 13) 1929.

22) Fetterman J. L. — Traumatic Neurosis Among. Industrial Patients Ohio State M. J. 28: 650 (Sept) 1932.

23) Lévi-Valensi. — Précis de Psychiatrie J. Baillière Paris 1926. p. 4.

**ALFRED DIMOLESCU: L'orientation actuelle de la psychiatrie.**

L'auteur cherche à montrer le rapport de la psychiatrie avec les autres branches de la médecine. Cette spécialité a évolué d'ailleurs, en passant d'abord par une phase descriptive, puis une autre anatomo-pathologique et ensuite une dernière actuelle, expérimentale et biochimique.

On analyse plus loin, l'élément psychologique symptomatique et l'élément organique-causal, en montrant que les psychopathes profitent antrement bien d'un traitement basé sur les modifications organiques. Le taux des guérisons est évalué à 66 pour cent, ce qui met la psychiatrie dans la même situation que les autres spécialités de la médecine.

On passe en revue toutes les groupes des maladies mentales, en concluant que les manifestations psychiques ne sont que les conséquences de perturbations organiques sur lesquelles nous avons à agir pour obtenir la guérison.

**ALF. DIMOLESCU: La orientacione attuale della Psihiatrie.**

L'autore presinta nel suo lavoro, il rapporto della psihiatrie, con le diverse ramificazione della medicine.

Questa specialita, cè evoluato, comme, que'l'altre, passando nella fasa descriptiva una anatomo-patologica à una attuale esperimentale è biochimica.

Si fa l'analitica piu avanti quel elemento psihologico-sintomatica e quel organico.

Eficiento, pressintandossi chè delle pssihose, a il vantaggio di un tratamiento organico.

Il procento di quarire, cè di 66% qualchè metè la psihiatrie in reto, con quale specialità della medicine.

Si passo nella revista, tute le grupe delle malatie psihiche, concludendo, chè delle manifestazione pssihichè, sono, le consecinze qualchè, sul quale dovè ocure intervenire per otenerè la quarire.

**ALF. DIMOLESCU: Aktuelle Orientierung der Psihiatrie.**

Der Autor schildert in seiner Arbeit den Zusammenhang zwischen der Psychiatrie und den anderen Zweigen der Medizin. Diese Spezialität, sowie auch alle anderen, gleitete zwischen einer deskriptive Phase, eine Anathomo-pathologischen zur einer Aktuellen-Experimentelle und Biochemischen.

Man analysiert weiter den Psihologischen-simptomatiken Ellement und den Organischen Grund, in dem man zeigt dass die Psychosen sehr viel an einer Behandlung gewinnen auf Grund der organischen Modifizierung. Der Procent der Heilungen sind 66%, das aber niemanden beteiligt die Psihiatrie in einer Speziellen Situation zu glauben.

Nachher geht man über allen Gruppen der Geisteskrankheiten, wobei man endet dass die psihischen Erscheinungen nur die Folgen einer organischen Schädigung sind, über welchen wir eingreifen müssen um eine Heilung zu erhalten.

**ECZÉMAS  
PRURITS**

**INOTYOL**  
DU D' DEBAT

**ULCÉRES  
BRULURES**

60 Rue de Prony PARIS  
REPRESENTANT GENERAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCURESTI



## **INFIRMERIA SPECIALA A PREFECTURII DE POLIȚIE DIN PARIS**

**Organizarea sa. — Opera sa psihiatrică și medico-legală**

de

**D-r ION I. CANTACUZINO**

Asistent la Clinica de Psihiatrie  
a Facultății de Medicină din Paris

„Infirmieria specială a prefecturii de poliție din Paris, aducând foloase admirabile pe planul social, administrativ, umanitar-moral și științific, azi când reorganizarea poliției noastre se impune din toate punctele de vedere, crearea unui organism analog aceluia din Paris de acum mai bine de o jumătate de secol se impune și în țara noastră, în serviciul funcțiunii sociale și morale a poliției și pentru propășirea psihiatriei medico-legale românești”.

1. — Peste veacurile ce se urmează, o soartă ciudată leagă ceea ce ne-am obișnuit a numi o „școală”, — fie ea medicală sau filosofică, — de numele omului a cărui doctrină a întemeiat-o sau de numele locului pe care această doctrină s'a zămislit.

Se vorbește de „școala lui Hippocrat”, dar nu de locul ei. „Salern” a legat numele său de opera unor maeștrii fără pomenire. „Academia” a dat numele său, deopotrivă cu Platon, școlii născută din filosofia acestuia. Tainice imponderabile ale legendei, cari au lucrat într'un sens sau în altul, favorizând, în fața istoriei, uneori pe omul creator, alteori locul prielnic rodniceii operii sale...

Ceea ce e adevărat pentru numele școlilor clasice, rămâne valabil pentru școlile moderne ale acestei discipline științifice, mai nouă în autonomia ei, care este psihiatria.

Uneori omul care și-a creiat discipoli, lasă urmașilor săi în timp emblema unui nume deslipit de contigente spațiale. Cine menționează Facultatea din München, când vorbește de „școala lui Kraepelin”?

Alteori omul sanctifică, prin amploare operii sale, sălile în care ea s'a făurit. „Salpetrière” va păstra întotdeauna pecetia geniului lui Charcot, — în ciuda decadentei „hysteriei”... Omul, opera și locul au intrat împreună în legendă! Nici chiar activitatea atât

de bogată și de vie a lui Séglas, la aceeași Salpêtrière, n'a putut să le deslipească!

Sunt, însă, înfățișări în care locul însuși oferă oamenilor, ce se perindă în goana generațiilor, condiții de lucru atât de favorabile, de excepționale, încât, fără voce, gândești că locul e cel care a sfințit pe oamenii pe cari i-a adăpostit. Sau, cel puțin, recunoști că a oferit talentului lor, care astfel s'ar fi ofilit poate, un vast câmp de observații, un material omenesc de infinită varietate, mereu inedit, bogat și proaspăt, în care talentul acesta s'a putut construi pe sine în forme depline.

Atunci, numele locului este cel care sancționează, ca un bloc, opera de ansamblu a celor pe care i-a adăpostit.

Este, cazul „Infirmieriei speciale”. Pentru orice psihiatru trecut prin școala franceză e de ajuns să spui „Infirmieria”, pentru ca totul să fie dela sine înțeles. Mai complectă, titulatura acestui admirabil laborator, de care vrem să vorbim mai la vale pe larg, este „Infirmieria specială a Prefecturii de Poliție din Paris”. Dacă cum îl definea Dupré: „Este un organism particular, anexă a marelui” Depozit „al Prefecturii de Poliție, destinat să primească dela comisariatele de poliție din Paris și din departamentul Seinei, pe toți cei suspecți de alienație mintală, îngăduind examinarea lor de urgență și întreprinderea lor către destinația ce le convine...”<sup>1)</sup>.

Un local mic, întunecos, ale cărui ferestre dau spre curtea dinăuntru a Palatului de Justiție. Lumina pătrunde greu aci, strivită în treacăt de turnurile grele, vestigi de Ev Mediu, ce se oglindesc în Seine, dealungul lui „Quai de l'Horloge”.

Aici, în aceste încăperi incomode, cu pereții goi și reci, cu podeaua pe alocuri din lespezi de piatră, pe cari secolii — trecând — nu le-au încălzit, cu ferestrele zăbrele și mici, aici s'au zămislit, de trei sferturi de veac, cele mai de seamă doctrine ale psihiatriei franceze, cele mai îndrăznețe construcții, — dar și cele mai solide observații clinice, — răzni au constituit scheletul a ceea ce poate fi azi considerat drept psihiatria clasică franceză.

Aici au lucrat, dela 1850 și până azi, marele Lassègue, Legrand du Saule, Paul Garnier, Dupré, Clérambault, Logre. Nume de mare răsădit, desigur, dar al căror geniu n'ar fi fost de ajuns, pentru a da aceleași roade, pe alt teren.

Căci ceea ce este mai ales remarcabil aici, este bogăția materialului disponibil pentru cercetătorul psihiatru. Însăși definiția pe cari am citat-o mai sus arată că aici este locul marelui adunări a tuturor celor suspecți de alienație și pierduți în valurile marelui oraș. Acelaș Dupré spunea: „vedem defilând în fața noastră tipurile cele mai curioase și cele mai dramatice ale nebuniei, chiar în clipa când aceasta, izbucnind în manifestările ei, își smulge victimele din mediul și din existența lor obișnuită”.

Infirmieria specială constituie astfel, spunea el, un „adevărat cartier general al nebuniei, punct de concentrare, și loc de tre-

1) E. Dupré. — L'Oeuvre psychiatrique et médico-légale de L'Infirmérie Spéciale de la Prefecture de Police. — Paris 1905 (P. 5).

cere al tipurilor cele mai variate ale deschilibrării mintale, răscruce unde, într'o veșnică mișcare, se întâlnesc și se încrucșează toate formele aberațiilor mentalității urbane" 2).

Dar tot atât de lesne, se înțelege că medicii cari au sarcina de a veghea la trierea acestor nefericiți, îndeplinesc aici „cele mai delicate funcțiuni pe cari poate, în fața opiniei publice și în fața sa însuși, să le asume un medic”.

De aproape un secol, medicii ce s'au succedat, la acest „post de cinste și de primejdii”, au învins primejdia și au sancționat cinstea ce li se oferea. Ei au scris câteva din cele mai frumoase pagini ale psihiatriei franceze contemporane. Și credem că o scurtă relevare a acestei opere își justifică interesul, prin toate învățămintele pe cari ni le poate dărui.

\* \* \*

## II. ORGANIZAREA.

La început „Depozitul” 3) era local unic, în care, după cum spunea Legrand du Saule „represiunea era cot la cot cu asistența”, și în care erau adunați la oaltă delictvenți, criminali, vagabonzi, prostituate, infirmi și alienați. (Dupré). Pentru prima oară termenul de „infirmierie specială” apare în circularea generalului Valentin, prefect de poliție, din 1 octombrie 1871 în care se menționa că „în resortul Prefecturii de Poliție... alienatul, după cercetare și anchetă, este îndreptat către depozitul de pe lângă Prefectură, și reținut provizoriu într'un local constituind un fel de infirmerie specială, de unde este transferat, dacă este cazul, într'un azil de tratare”....

Astfel apăruse necesitatea izolării alienaților, într'un local local special. Această despărțire era definitivă în urma unei circulări din 28 Februarie 1872 a Prefecturii de Poliție. Iată acest adevărat act de naștere al Infirmieriei Speciale, cum îl numea Dupré:

Nr. 870. — *Trimiterea alienaților la Infirmieria specială de pe lângă Prefectura de Poliție.*

Paris, 28 Februarie 1872.

Domnilor Comisari de Poliție.

Domnilor, ca urmare a votului recent al Consiliului General, care ne-a îngăduit să aducem îmbunătățiri în localul anexă al Depozitului de pe lângă Prefectura de Poliție, destinat să primească alienații cari sunt trimiși spre executarea articolului 18 al legii din 30 Iunie 1838, acest local, unde sunt depuși alienații și anumite categorii de indivizi infirmi, este astăzi prevăzut cu un personal apropiat destinației sale, și este deservit de o intrare specială. Spre a nu fi confundat cu cel zis al Depozitului, unde sunt primiți inculpații,

2) Dupré. — op. cit. pag. 8.

3) Ne întrebăm ce alt cuvânt ar putea traduce francezescul «Dépot» etichetă poate intraductibilă, care este și o imagine, dar exprimă și o stare de fapt.

acest local poartă numele de **Infirmeria specială de pe lângă Prefectura de Poliție.**

Socotesc foarte important ca ordinele Dvs. de trimitere și procesele verbale la alienați, cari au drept concluzie trimiterea lor la Prefectura de Poliție spre a fi examinați, să poate menționa că locul unde trebuiesc primiți acești bolnavi este această **Infirmerie Specială.**

Vă invit, Domnilor, să țineți seama întocmai de această recomandare .

*Prefect de Poliție,*

*L. Renault.*

Așadar, dela această dată, Infirmeria specială are „un regim propriu, personalul său administrativ și medical aparte, și trăește o viață medicală cu totul autonomă” (Dupré). Dela această dată examenul medical cade în seama alieniștilor. În 1873, Lasségue este numit medic-șef și Legrand de Saule, medic-secundar<sup>4</sup>).

Cât privește articolul 18 al legii din 30 Iunie 1838, la care făcea aluzie circularea de mai sus, este articolul care, — împreună cu art. 19, — privește cazurile în cari se impun măsuri de prevenire și un examen psihiatric al anumitor indivizi, suspecți pentru actele sau vorbele lor. Iată-le;

Art. 18. — La Paris, Prefectul de Poliție și, în provincie, Prefecții respectivi, vor ordona din oficiu plasarea într'un așezământ de alienați a oricărei persoane, interzisă sau nu, a cărei stare de alienație ar compromite ordinea publică sau siguranța persoanelor.

Art. 19. — În caz de pericol iminent, atestat de certificatul unui medic, sau de notorietate publică, Comisarii de Poliție din Paris primarii din alte comune, vor ordona împotriva persoanelor atinse de alienație mintală, toate măsurile provizorii necesare, cu obligația de a referi în 24 de ore Prefectului, care va hotărî fără zăbavă asupra cazului.

Așa cum era redactate aceste două articole, ele păstrau aspectul vag pe care îl au de obicei legile. Prefectura de Poliție, organism administrativ, avea prin aceste articole dreptul de a lua măsuri împotriva celor suspecți de alienație mintală. Dar, din chiar această enunțare, se vede îndată importanța socială a unui organism consultativ de specialitate, pe baza diagnosticului căruia să se poată lua asemenea măsură, — lesne discutabilă altfel. Deaceia, numai din clipa când „Infirmeria specială” devine un organism autonom și o organizație medicală specializată, se poate spune că legea de mai sus devine operantă. Cea mai bună dovadă a eficacității acestui nou mijloc de depistare și triere a alienaților o constituie progresiunea numerică a celor cari primesc îngrijiri, în așezămintele spitalicești<sup>5</sup>).

În 1871 numărul lor se ridica, în Franța, la 40.589; — în 1881 la 63.000; — în 1890 la 73.641; — în 1900 la 87.428; — în 1910 la 98.477; 63.000; — în 1890 la 73.641; — în 1900 la 87.428; — în 98.477; — în 1912 la 101.461; — în 1926 la 106.061;

4) Astăzi, Infirmeria specială are un medic-șef (D-r Logre), doi medici secundari și doi interni, aleși dintre Internii cu concurs ai Spitalelor de Psihiatrie.

5) V. «Annuaire statistique de la France».

Care este, acum, mecanismul de funcționare al acestei organizații? „Infirmeria specială” va primi indivizii trimiși dela diverse Comisariate de Poliție. Un proces-verbal rezumă ancheta condusă de comisar asupra antecedentelor și în mediul individului. Uneori un certificat al medicului chemat să examineze pe bolnav este anexat procesului-verbal.

Se înțelege că bolnavul trebuie examinat extrem de repede. Este, poate, un rău. Este, desigur, și un bine. Această repeziune creiază o disciplină specială pentru facultățile de observație ale medicului. Ea este impusă de marea număr al bolnavilor și de micimea localului. Pe vremea lui Dupré (1905) numărul bolnavilor cari treceau zilnic la Infirmeria Specială era în medie de 7. După 30 de ani el s'a dublat. D-rul Logre îmi spunea că, azi, trec zilnic pe acolo 15—20 de bolnavi. Dar Infirmeria dispune numai de 11 celule pentru bărbați și 7 penru femei. Din aceste 18 celule 3 sunt capitonate, una are 3 paturi și două au câte două paturi. Astfel că cel mult 20 de bolnavi pot fi păstrați la Infirmerie. Ceilalți, îndată după examinare, sunt evacuați. Un certificat medical este imediat eliberat. Copia sa însoțește adresa ce menționează hotărârea luată asupra celui consultat. Originalul rămâne în dosarul administrativ al individului respectiv și e păstrat la Prefectura de Poliție. El poate fi consultat în momentul unei eventuale revenirii. Acest sistem îngăduie o perfectă și mereu la zi urmărire „istorică”

Hotărârile definitive asupra celor astfel consultați pot fi de mai multe feluri; BCU Cluj / Central University Library Cluj

A. *Internarea într'un azil.* — Bolnavul, recunoscut, este trimis la Azilul „Ste Anne”, la Serviciul de Admișiune (ilustrat de Magnan), unde se va hotări asupra îngrijirii sale. Este ceaice se chiamă în Franța „plasarea din oficiu”, conform legii din 30 Iunie 1838, art. 18 și 19. — Trebuie să menționez că, deseori, familiile cari nu pot convinge pe un alienat să se supună îngrijirii, — cari nu pot, deci, să facă o „plasare voluntară”, — recurg la filiera Infirmeriei speciale. Este un fel de „plasare voluntară din oficiu”, dacă se poate spune astfel.

B. — *Trimiterea la spital*, în caz când se constată că e vorba doar „de un caz de patologie internă care a luat pentru moment masca nebuniei”. (Dupré) Sunt atâtea cazuri, de encefalopatii uremice, hepatice, pneumonice, începuturi de febră tifoidă, afecțiuni organice cerebrale sau meningee, etc.

C. — *Trimiterea într'un ospiciu*, dacă este vorba de un infirm, sau de unul din cei incumbând Asistenței Publice.

D. — *Amânarea*, dacă un supliment de observație este necesar pentru a se pune un diagnostic. De aci utilitatea celulelor prevăzute la Infirmeria Specială.

E. — *Liberarea*, dacă în urma examenului se constată că cel suspect nu prezintă, prin starea sa mintală, elementele prevăzute de legea din 1838, pentru a „turbura ordinea publică și siguranța persoanelor”. Sunt, în medie, 20—25% de eliberări, asupra totalului celor consultați.

Iată organizarea și mecanismul „Infirmeriei Speciale”. Se înțelege că, după cum spunea Dupré „toate varietățile nebunei, dela cele mai comune la cele mai rare, dela cele mai banale la cele mai ciudate, cele mai adevărate ca și cele mai bine simulate, trec aci, într'o defilare neincetată, mereu reînnoită”. „Și se înțelege, deasemeni”, ce incomparabilă clinică poate constitui această infirmerie, unică pe lume în organizarea și în funcționarea sa, și ce comori de observație și de meditație puteau găsi aici spirite ca ale lui Lassegue, Legrand du Saule, Paul Garnier, Ernest Dupré, Clerambault sau Logre, cari s'au urmat, până astăzi, la conducerea acestei Instituții..

Le vom reaminti opera, în cuvinte sumare. Toată, ni se înfățișează în funcție de imensul, admirabilul material ce li se ofera.

\* \* \*

### III. OPERA PSIHIATRICA ȘI MEDICO-LEGALA.

*Lassegue*, care avea să fie numit medic șef al Infirmeriei Speciale în 1873, era medic la Prefectura de Poliție din 1850, având, de fapt, aceleași atribuții de medic alienist codificate mai târziu.

În 1852, doi ani după ce își ia serviciul în primire, Lassegue publică memoriul clasic asupra „Delirului de persecuție”, memoriu în care, creiând termenul, descrie tipul persecutatului cronic, halucinat, sistematizat, progresiv, pe care îl vor studia mai târziu Fabret, Magnan, Seglas și atâția alții, al căror șir nu este încă încheiat. În observațiile celebre ale bolnavilor Sandon, Verger, Teulat, Lassegue descrie deasemeni tipul persecutatului-persecutor, distincție pe care o vor conserva, ulterior, Fabret, Krafft — Ebbing, etc.

E numai începutul unei mari opere....

Dela 1860 la 1886 se succed, în Archives générales de Médecine, memoriile asupra alcoolismului cronic, alcoolismului subacut, asupra delirului alcoolic, a Dipsomaniei, a Paraliziei generale, asupra Epilepticilor, Histericilor, asupra acceselor delirante. În sfârșit, în 1877, memoriul asupra „Exhibiționiștilor”, în care Lassegue descrie pentru prima oară această perversitate și îi dă numele care îi va rămâne.

Din această simplă enumerare se întrevece domeniul în care materialul „Infirmeriei speciale” oferea câmpul cel mai vast. Alcoolismul, delirurile, perversitățile, formează baza studiilor lui Lassegue. Căci materialul, de care dispunea era, mai mult de cât oricare altul, înrădăcinat în social. Prin originile și aspectele sale. De aci, dealtfel, și marele său interes.

*Legrand du Saule*, (1883—1886), în trecerea sa destul de scurtă pe la Infirmeria Specială, a aflat materialul unui volum asupra „Delirului de persecuție”, al unui „Tratat de medicină legală”, cărora li s'au adăugat studiile asupra: „Perioadei medico-legale a Paraliziei Generale”, studiul medico-legal asupra „Epilep-

ticilor", „Nebunia hereditară", volumul asupra „Stării fizice și mintale a histericilor", și volumul asupra „Interzicerii alienațiilor"....

Paul Garnier, îi urmează ca medic-șef (1886—1905). Elev al lui Lassegue, Magnan și Brouardel, Garnier era secundarul lui Legrand du Saule din 1883. În 1877 Garnier își trecuse teza, vădit, inspirată de Lassegue, asupra „Ideilor de grandoare în delirul de persecuție". E o teză în care pentru prima oară se întâlnește această idee, azi încă atât de discutată, a delirului considerat ca precedând halucinațiile. În 1879 Garnier intră la Infirmeria Specială, ca asistent al lui Lassegue. În 1883 el publică un studiu<sup>6)</sup> în care se găsește o excelență discuție a echivalentelor psihice în epilepsie. În 1890 apare celebra sa carte asupra „Nebuniei la Paris", fruct al observațiilor sale la Infirmerie, admirabilă sinteză, redactată de mână de maestru, asupra nenumăratelor specii ale alterării mintale, în mediul urban. În 1896 el publică lucrarea asupra „Fetișiștilor" tratat devenit în scurtă vreme clasic, în care descrie toate varietățile perversității sexuale. Un „Tratat de terapeutică a maladiilor mintale și nervoase" apare în 1901; în 1903, „Les Annales d'Hygiène publique et de médecine légale" publică studiul său asupra „Histericelor acuzatoare", iar în 1905, în ajunul morții sale, „Buletinul medical" publică studiul „Les amnesiques". Și n'am menționat studiul „Simulatorii<sup>7)</sup>", nici numeroasele lucrări asupra „internării alienațiilor", dintre cari cu totul însemnat este raportul dela congresul din Nancy (1896), nici raportul capital asupra alcoolismului în raporturile sale cu alienația mintală, dela congresul din Bruxelles (1900)....

După cum se vede, Paul Garnier continuă și adâncește drumul tras de Lassegue și oferit de vastul material al Infirmeriei speciale. Ca și ale lui Lassegue, studiile lui poartă în special asupra perversiunilor și asupra tristelor efecte ale alcoolismului. În acest domeniu contribuția suferințelor sale este de prin ordin. După cum arăta Dupré, Garnier a stabilit legea „puseului vernal" al alienației mintale; legăturile strânse, — în paralelismul progresiunii lor continue, — între alcoolism, de o parte, paralizie generală și diverse forme ale degenerescenței mintale, de altă parte. El a distins diversele aspecte clinice ale alcoolismului, în raport cu terenul cerebral și cu natura toxicului; a descris formele excito-motorii, halucinatorii și delirante pe care le poate lua accesul de ebrietate, după tendințele reacționale ale intoxicatului. În sfârșit, a formulat cele mai juste concluzii medico-legale asupra raportului criminalității cu alcoolismul și diversele forme ale alienației mintale: perversiuni ale instinctelor, aberații genezice, nebunie morală, delir de persecuție<sup>8)</sup>.

Lui Garnier îi urmează, în 1905, Ernest Dupré, viitorul profesor de Psihiatrie al Facultății de medicină din Paris. De mai mulți ani, el era secundarul lui Garnier. În această perioadă a debuturilor sale la Infirmeria Specială, se semnalează prin studiul

6) «Les vertiges avec délires».

7) «Annales d'Hygiène publique et de médecine légale» (1888).

8) E. Dupré.— Paul Garnier,— extras din «Annales d'Hygiène publique et de médecine légale», 1905.

său asupra „Puerilismului demential senil” (1901) și prin raportul asupra „Autoacuzatorilor”<sup>9)</sup>. În 1905 apare însă, în trei numere din „Buletin medical”, studiile celebre asupra „Mythomaniei”. — Completate, în 1907, prin cel asupra „Delirului de Imaginație”, și continuate până în 1912, aceste studii dădeau o nouă fază patologiei afectivității și a imaginației. Prin ele, Dupré pune deasemeni bazele teoriei sale asupra constituției morbide”. În locul doctrinei, de sigur interesantă, dar vagă și mai ales extensivă, a degenerescenței mintale, — plantă utilă care ajunsese să inbușe, ca o iarbă rea, toată psihiatria, — Dupré substituia noțiunea, precisă și pozitivă, a constituției morbide, ce se putea recunoaște în practică printr’o serie de stigmate permanente sau obișnuite, de ordin psihologic și chiar, pe cât posibil neurologic... O realitate clinică, susceptibilă de a fi demonstrată obiectiv”<sup>10)</sup>. Pe baza acestei concepții, Dupré a putut aduce în studiul psihiatriei o înțelegere mai adâncă. Lucrărilor lui se datorează „reintegrarea psihozei isteriei în domeniul său natural, care este psihiatria”, căci el „a precizat legătura histeriei cu mythomania, ca a unei spețe cu un gen, definind’o ca o” mythomanie, mai mult sau mai puțin conștientă, a sindroamelor”<sup>11)</sup>.

Pe de altă parte, „dintre cele trei forme de deliruri, actualmente clasice (halucinator, interpretativ și imaginativ)... Dupré... a dat normele celui dintâi (termenul de psychoză halucinatorie e creat de el), iar cât despre cea din urmă, ea este pe deantregul opera sa” (Logre).

Să mai amintesc de faptul că Dupré, în studiul publicat cu Logre, în „Journal médical français” din Februarie 1914, asupra „Psychodiagnosticului în P. G.”, este cel dintâi care atrage atențiunea asupra importanței noțiunii a diminuării „autocriticei” (termenul e creat tot de el) în paralizia generală?

Lista lucrărilor lui Dupré, aproape toată elaborată în laboratorul uman al Infirmeriei speciale, cuprinde nenumărate studii, cari ar trebui citate. Studiile asupra „Cenestopatiilor” (1907), asupra „Debilității mintale” (1913), asupra „Medicinii legale a Paraliziei generale” (1914)... Rapoartele din 1912 (Tunis) asupra „Perversiunilor instinctive”... Capítolul asupra „Psychopatiilor organice” din Tratatul lui Gilbert — Ballet... Cartea asupra „Limbagiului Dmuzical” (1911) și cea postumă asupra „Patologiei imaginației și a emofivității” (1925)... în care se cuprind câteva din studiile sale de căpetenie. Câte n’am uitat?

Pe deasupra tuturor însă, după cum spunea Logre, Dupré „rămâne, în ochii posterității, omul psihiatriei constituționale”.

Lui Dupré îi urmează, în 1920, ca medic-șef, *De Clerambault*, care lucra la Infirmeria specială de pe vremea lui Garnier, și fusese, din 1905, secundarul lui Dupré. De Clerambault a dirijat Infirmeria specială timp de 15 ani, până în 1934. Lucrările sale sunt materia vie a psihiatriei franceze din ultimii ani. Nu voi insista acum asupra

9) Congrès de Grenoble (1902).

10) Logre.— Le Professeur E. Dupré. Son oeuvre psychiatrique et médico-légale. Encéphale XVI — Nr. 8, Sept.-Oct. 1921.

11) Logre.— art. cit. p. 407-408.



lor<sup>12)</sup>, dar teoria asupra „automatismului mintal” a acestui fervent organicist, chiar dacă nu e împărtășită, a suscitât cele mai rodnice discuții și cercetări. Cât despre descrierea dată „erotomaniei”, ea va rămâne ca o pagină clasică a lui De Clérambault, completând studiile sale asupra „delirului pasional”.

Din 1934, infirmeria specială este condusă de *D-rul Logre*, autorul acestor două admirabile cărți cari sunt „*Les anxieux*” (1917) și „*Toxicomaniile*” (1924). Colaboratorul lui Dupré și elevul lui, colaborator apoi cu De Clérambault, Logre intrunește toate calitățile necesare psihiatrului, acuitatea de viziune, darul de convingere, calmul, mlădierea fermă, un talent incomparabil al interogatorului și al expunerii, cari îl fac indicat să continue, ca medic-șef al „Infirmeriei speciale, opera marilor săi predecesori.

\* \* \*

#### IV. CONCLUZII. — FOLOASE ȘI INVĂȚĂMINTE.

Câteva concluzii se desprind, necesare, din cele expuse mai sus.

Concluziile acestea sintetizează incontestabilele foloase ale unei organizații ca cea a „Infirmeriei Speciale”, roadele ei admirabile, pe planuri multiple.

1. Pe *planul social*, Infirmeria specială asigură depistarea, izolarea și tratarea alienațiilor, în mod aproape automatic, îndeplinind astfel un imens rol profilactic. Statistica pe care am dat-o mai sus este deosebit de elocventă în această privință.

2. Pe *planul administrativ*, Infirmeria specială, organism central de selecțiune al celor suspecți de alienație mintală, ușurează, simplifică și accelerează, prin chiar unicitatea și centralizarea sa, această operă de selecțiune. O simplifică, fiindcă fixează un mers uniform al procedurii. O ușurează, fiindcă fixează un cadru unic tuturor cercetărilor, evitând formalitățile și discuțiile. O accelerează, fiindcă pune la îndemâna societății și a poliției care trebuie s'o apere, un organism capabil de a soluționa rapid și științific orice cazuri i s'ar prezenta.

3. Pe *planul umanitar, moral*, organizația Infirmeriei speciale asigură justiția împotriva erorilor judiciare și a unor inutile umilinți procedurale.

Asupra acestei laturi a chestiunii este foarte elocventă statistica pe care P. Garnier a prezentat-o, în 1892, celui de al 3-lea Congres de antropologie criminală. În ea se arată că, în cinci ani, s'au comis, — după cum vădesc dosarele Infirmeriei speciale, — 255 erori judiciare. Căci, în aceste 255 de cazuri, măsura intervenției medicale se dovedea necesară, *câteva zile după condamnare*. Aceasta, după cum spunea Dupré, echivala cu o „adevărată revizuire morală a procesului”. Dar, în cazierul judiciar, condamnarea subzista, cu tot lanțul de inconveniente și jicniri al procedurii criminale, cari toate

12) Autorul acestor rânduri își propune să consacre ulterior un studiu exclusiv operii lui De Clérambault, prea puțin cunoscută la noi pentru meritele sale.

ar fi putut fi evitate acestor inși dovediți ulterior bolnavi, dacă ei ar fi fost prezentați mai înainte Infirmeriei speciale.

Dacă aceasta este posibil în Franța, unde există (cel puțin pentru Paris), Infirmeria specială, câte erori de asemenea natură nu se întâmplă oare în țările cărora le lipsește un organism analog?.

Am avut personal ocazia de a observa recent, în Clinica de Psihiatrie a Prof. Claude, la Facultatea de Medicină din Paris, un bolnav care suferise în provincie, unde sistemul Infirmeriei speciale nu există, — cinci condamnări la diverse pedepse, dela 3 la 6 luni închisoare, pentru furturi vădit stupide (cinci furturi îi dăduseră un beneficiu total de vreo 20fr.!) Abia la a șasea anchetă, aceasta la Paris, fiind trimis la Infirmeria specială, se constată că individul suferă de maladia lui Parkinson, în modul cel mai caracterizat, ceace explica, prin alterări de caracter, stupiditatea morbidă a furturilor comise. Dacă acest al 6-lea furt se întâmpla tot în provincie, individul ar mai fi luat 3 luni, — ceace adăogat celorlalte „recidive”, determina trimiterea acestui bolnav la ocne, în Guyana!...

Iată ceace dovedește absoluta necesitate de a institui, în toate cazurile, un examen pentru orice delicvent. Este tema susținută, de mult, de către Pactet, — în teza sa devenită clasică, — reluată de el, mai târziu, cu Colin, și de dr. Henri Monod, dela Academia de Medicină din Paris.

4. Pe planul științific, în fine, interesul vastului material pe care un organism ca „Infirmeria specială” îl pune la îndemâna cercetărilor apare evident, chiar din simpla și rigidă enumerare de lucrări pe care am făcut-o mai sus.

Dupré sublinia, vorbind de cercetările înaintașilor săi la conducerea Instituției:

„Ce pagini admirabile ar lipsi din marea carte a psihiatriei franceze”, fără existența Infirmeriei speciale, „unde, în 50 de anș s'a constituit pe dea'ntregul psihiatria medicolegală” a Franței.

Astăzi, când se vorbește insistent de reorganizarea poliției noastre, putem relua gândul lui Dupré, dorind țării noastre, cât mai curând, un organism analog, care nu numai că va pune realmente știința medicală în serviciul funcțiunii sociale și umane a poliției, dar va îngădui cercetătorilor viitori să inscrie cât mai multe și mai nobile pagini în marea carte a Psihiatriei medicolegale românești.

ION I. CANTACUZINO: *L'oeuvre psychiatrique et médico-légale de l'infirmerie spéciale.*

La première partie de cette étude analyse l'organisation de l'infirmerie spéciale près de la Préfecture de Police de Paris. En remontant aux premiers décrets et circulaires qui en ont établi le fonctionnement (1873), l'auteur étudie la façon dont cet organisme, unique en son genre, a permis une mise en pratique efficace des articles de la loi de 1838 qui régit, en France, la recherche et l'internement des aliénés.

La seconde partie comprend une analyse de l'oeuvre scientifique que le milieu si favorable de l'infirmerie spéciale a fait naître. Les travaux de Lassegue, Legrand du Saule, Garnier, Ernest Dupre, de Clerambault et Logre, qui se succédèrent comme médecins chefs de l'infirmerie spéciale depuis 1852 jusqu'à nos jours, sont étudiés en détail.

De cette série de brillants travaux, qui constituent les bases de la psychiatrie médico-légale française, l'auteur détache les lignes générales qui les apparentent, en soulignant l'importance de l'Institution qui a pu offrir à ces grands savants un matériel d'étude incomparablement riche.

**ION I CANTACUZINO: *L'Opera psichiatrica medico-legale dell'Infermeria speciale.***

La prima parte di questo studio é dedicata all'analisi dell'organizzazione dell'Infermeria speciale presso la Prefettura di Polizia di Parigi. Partendo dai primi decreti che ne hanno stabilito il funzionamento (1873), l'autore studia il modo con cui questo organismo, unico nel suo genere, ha permesso un'applicazione efficace della legge del 1838 che stabilisce, in Francia, la ricerca e la chiusura degli alienati.

La seconda parte dello studio analizza l'opera scientifica che é nata dall'ambiente così favorevole dell'Infermeria speciale. L'autore studia dettagliatamente i lavori di Lassègue, Legrand, du Saule, Garnier, Dupré, De Clérambault e di Logre che si sono succesi in qualità di medici-capo dell'Infermeria speciale.

Da questa serie di brillanti lavori che costituiscono la base della psichiatria medico-legale francese, l'autore trae le linee generali che li ravvicina, sottolineando l'importanza di un'Instituzione che ha potuto offrire a questi grandi scienziati un materiale di studio incomparabilmente ricco.

**ION I. CANTACUZINO: „Das psichiatrische und gerichtsmédizinische Werk des speziellen Krankenhauses“.**

Im ersten Teile dieser Arbeit wird die Einrichtung des speziellen Krankenhauses Zuständig der Polizei-Präfektur aus Paris untersucht.

Von seinen ersten Gründungs-Verordnungen ausgehend (1873), die seine Wirkungsart festgestellt haben, prüft der Verfasser die Weise in welcher diese Einzigartige Aushalt die wirksame Anwendung des Gesetzes aus dem Jahre 1838 geschehen liess, in welchen die Auffindungs- und Internierungsart der Irrenkranken aus Frankreich festgesetzt wurde.

Der zweite Teil der Arbeit analysiert das Wissenschaftliche Werk, welches sein Wesen in dem vorteilhaften Tätigkeitskreis des speziellen Krankenhauses genommen hat

Der Verfasser untersucht ausführlich der Reihe nach, die Arbeiten von Lassègue, Legrand, du Saule, Garnier, Dupré, de Clérambault und Logre, die sich seit 1852 bis heute, als Oberärzte des speziellen Krankenhauses nachfolgten.

Aus dieser Reihe glänzender Arbeiten, welche den Grund der Gerichtsmedizinischen Psychiatrie Frankreichs bilden, zeigt der Verfasser ihre gemeinschaftlichen Hauptlinien und bringt hervor die Bedeutung einer Anstalt welche diesen grossen Gelehrten ein Forschungsmaterial von unvergleichbarer Ergiebigkeit darbieten konnte.

## PLASA SANITARA „MODEL” BREASTA-DOLJ

de

**D-r GHITEA IOSIF**

Medicul igienist al Plășii «Model»  
Breasta-Dolj

(Urmare\*)

### D. Mortalitatea.

#### 1) Mortalitatea generală.

Mortalitatea generală în Plasă este foarte ridicată.

Cifra, care reprezintă această mortalitate (22,1 la 1000 de locuitori) raportată la media mortalității din țară între anii 1924—1928 (21,3) ne arată, că mortalitatea generală în Plasă este urcată.

Dăm cifrele morților și proporția la 1000 de locuitori pe 5 ani în Tabloul, care urmează:

A n u l	Breasta		Balta-Verde		Negoești		Plasa	
	Nr. deces. la 1000 loc.		Nr. deces. la 1000 loc.		Nr. deces. la 1000 loc.		Nr. deces. la 1000 loc.	
1928	441	26,3	338	21,9	208	19,8	987	23,2
1929	434	25,7	505	31,5	169	15,9	1108	25,6
1930	325	19,0	543	21,7	185	17,3	853	19,6
1931	332	19,1	377	23,4	194	18,0	903	20,4
1932	375	21,4	395	24,2	217	19,9	987	22,1
Media	381	22,2	392	24,7	195	18,2	968	22,1

Vedem deci, că cea mai mare mortalitate este în Circ. Balta-Verde și cea mai mică în Circ. Negoești. Notăm în treacăt, că

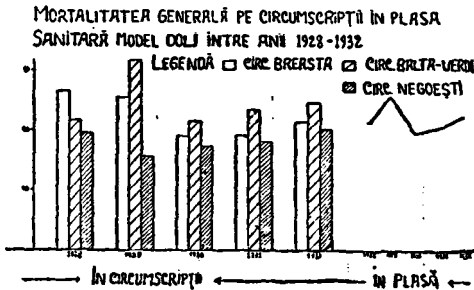
\*) Partea I în „Mișcarea Medicală Română” No. 11-12 | 1935, pag 805-822

această ordine e urmată și de natalitate, ceea ce denotă o strânsă legătură între numărul morților și acel al nașterilor.

Se mai remarcă o tendință de scăderea mortalității generale în Circ. Breasta, o tendință de creștere în circ. Balta-Verde și mici oscilații anuale în Circ. Negoești, unde ea e mai mult staționară. Mai vedem o coloană mare de mortalitatea anului 1929 din Circ. Balta-Verde.

Scăderea mortalității în Circ. Breasta din ultimii ani ține de o scădere concomitentă a natalității.

Grafica alăturată va ilustra mai bine cele constatate.



## 2) Mortalitatea după sex.

La 100 morți de sex feminin corespund în medie pe întreaga Plasă 107 morți de sex masculin. Există însă variații mari din an în an atât în Circ. cât și în Plasă.

Cifrele anuale a numărului de morți de sex masculin, ce corespunde la 100 morți de sex feminin sunt următoarele:

A n u l	NUMĂRUL MORTILOR DE SEX MASCULIN ÎN			
	Circ. Breasta	Circ. Balta-Verde	Circ. Negoești	In Plasă
1928	119	115	100	114
1929	95	84	92	90
1930	103	112	99	108
1931	100	114	116	109
1932	139	116	100	120
Media	110	106	101	107

În acest Tablou se remarcă un fapt ciudat și anume, că în anul 1929 în toate Circumscripțiile și deci în Plasa întregă numărul morților de sex feminin e mult mai ridicat decât a celor de sex masculin. Acest raport anormal e mai accentuat în Circ. Balta-Verde și ține de o mortalitate infantilă mare și în special a copiilor mai mici de un an la cari numărul morților de gen feminin a întrecut mult pe acela al morților de gen masculin.

3) *Raportul între Natalitate și Mortalitate.*

Din datele studiate în capitolele anterioare referitor la natalitate și mortalitate găsim că, *această din urmă prezintă oscilații ale valorilor, cari însoțesc sau mai bine zis i-se impune de acele ale natalității.* Revenim prin a da în mod succint un tablou despre natalitatea și mortalitatea din Plasă în ultimii 5 ani.

A n u l	Circ. Breasta		Circ. B.-Verde		Circ. Negoești		In Plasă	
	Nata- litate	Morta- litate	Nata- litate	Morta- litate	Nata- litate	Morta- litate	Nata- litate	Morta- litate
1928	36,1	26,3	41,6	21,9	29,8	19,8	36,8	23,2
1929	34,7	25,7	38,5	31,5	27,8	15,9	34,4	25,6
1930	35,5	19,0	39,8	21,7	25,3	17,3	34,3	19,6
1931	30,8	19,1	37,9	23,4	29,5	18,0	33,1	20,4
1932	34,7	21,4	41,7	24,2	31,4	19,9	36,5	22,1
Media	34,3	22,2	40,0	24,7	28,8	18,2	35,1	22,1

Din cifrele date până acum reese, că în întreaga Plasă natalitatea medie e 35,1 la 1000 de locuitori, dintre cari la 100 de nașteri de sex feminin corespund 113 de sex masculin.

Mortalitatea medie în Plasă e 22,1 la 1000 de locuitori, dintre cari la 100 morți de gen feminin mor 107 de gen masculin.

Pe Circumscripție această natalitate se prezintă astfel:

Pe circumscripție această natalitate se prezintă astfel:

In circ. Balta-Verde	40	la 1000 de loc.
Breasta	34,3	" " "
Negoești	28,8	" " "

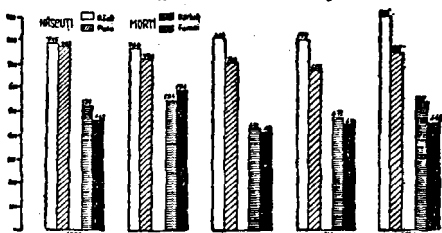
Iar mortalitatea este următoarea:

In circ. Balta-Verde	24,7	" " "
Breasta	22,2	" " "
Negoești	18,2	" " "

În ce privește raportul natalității și mortalității după sex, în general se constată, că atât la nașteri, cât și la morți numărul celor de sex masculin întrece pe acel de sex feminin afară de anul 1929, în care acest raport s'a inversat printr'un număr mult mai mare de morți de genul feminin.

Pentru a vedea mai clar concluziile trase, dăm cifrele anuale de nașteri și de morți din Plasă după sex reprezentate grafic.

GRAFICA COMPARITIVĂ ÎNRE NUMĂRUL NAȘTERILOR ȘI NUMĂRUL MORȚILOR DIFER  
ÎN PLASA SANITARĂ MODEL DOIJ PE ANI 1928-1932.



4) *Mortalitatea generală pe comune, ne-o dă Tabloul următor:*

Media mortalității și natalității din comunele Plășii sanitare Doij în ordinea descrescândă a mortalității.

COMUNA	Nr. morților	Mortalitatea	Natalitatea	COMUNA	Nr. morților	Mortalitatea	Natalitatea
Malu-Mare	28	38,4	64,4	Ghindenii	47	21,4	37,8
Balta-Verde	48	30,3	46,3	Ișalnița	63	21,0	30,9
Bucovăț	78	29,7	39,2	Cârcea	35	20,0	33,1
Glod	61	28,8	48,7	Adâncata	30	19,9	32,5
Coșovenii Jos	26	25,7	36,7	Coșovenii d. r.	28	19,8	27,6
Podari	50	25,1	37,2	Milești	32	19,4	27,7
Almăj	32	24,3	41,3	Breasta	52	19,2	35,5
Cernelele	33	22,7	35,8	Mălăești	16	19,0	33,2
Coșovenii Sus	80	22,4	33,9	Predești	33	18,8	36,3
Sărbătoarea	30	22,3	35,0	Preajba	15	18,5	34,5
Mihăița	40	22,1	27,1	Negoești	25	17,9	26,6
Livezi	29	21,9	38,6	Godeni	26	17,5	31,6
Goești	27	21,4	24,6	Izvoru	38	15,1	27,4

Vedem deci, că mortalitatea urcată ține în general de o natalitate mare, afară de comuna Bucovăț, unde mortalitatea este neobișnuit de mare față de natalitate, prin faptul că cei din închisoare și cazurile de moarte accidentală din cursul verii în Jiu sporesc în mod simțitor numărul morților în această comună.

Intrucât studiul mortalității după etate, grupe de vârstă, și cauzele morții vor fi tratate într'un capitol aparte, trecem la capitolul următor:

**E. Sporul natural al populației.**

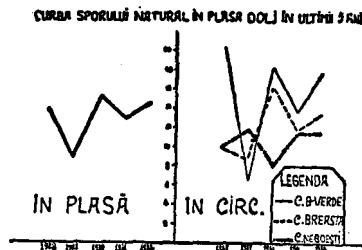
Din diferența între numărul nașterilor și numărul morților rezultă un excedent natural, care reprezintă sporul. Acest excedent se exprimă la 1000 de locuitori și reprezintă puterea de dezvoltare a unui popor sau unui grup de oameni. În Plasa noastră excedentul natural corespunde cu sporul real al populației, pentru că populația noastră este stabilă.

Media sporului natural din întreaga Plasă pe 5 ani este 12,9 la 1000 de loc. Această cifră comparată cu cifra, care reprezintă sporul natural din Oltenia în anul 1925 (17,4) este mult scăzută, cași față de procentul sporului din întreaga țară pe anii dintre 1924—1928 (13,5). Dacă socotim însă excedentul țării din aceiași ani calculat la mediul rural, vedem că aceste (16) este mult mai mare decât media anuală a excedentului din Plasa Dolj. Cu alte cuvinte *comunele din jurul Craiovei sunt dintre acele din țară, cari au o mortalitate mult prea ridicată față de natalitate.*

Procentul sporului natural are o valoare pozitivă în întreaga Plasă, așa cum ne arată Tabloul, care urmează:

Anul	Circ. Balta-Verde		Circ. Breasta		Circ. Negoești		In Plasă	
	Nr. global	% spor natural	Nr. global	% spor natural	Nr. global	% spor natural	Nr. global	% spor natural
1928	311	20,2	164	9,8	105	10,0	580	13,6
1929	100	6,4	152	9,0	125	11,8	377	8,7
1930	285	18,0	281	16,4	86	8,0	652	15,0
1931	233	14,4	203	11,7	124	11,5	560	12,7
1932	286	17,5	234	13,3	126	11,5	546	14,4
Media	243	15,3	207	12,1	113	10,6	563	12,9

În grafica următoare sunt cuprinse datele tabelii acesteia și se poate constata în primul rând o scădere simțitoare a sporului natural în toată Plasa în anul 1929, deși scăderea natalității e neglijabilă, însă a intervenit un alt factor în cadrul mortalității prin mortalitatea infantilă foarte mare așa cum vom vedea mai la vale. Oscilațiunile anuale ale sporului natural sunt reprezentate în grafica aceasta:



În această grafică se mai poate observa, că curba sporului natural în Circ. Negoești urmează un sens invers celorlalte două. Astfel în anul 1930, în care celelalte două Circ. arată o urcare importantă și paralelă al acestei curbe, aceea a Circ. Negoești coboară, deși în acest an mortalitatea infantilă e inferioară celei din anul precedent, însă natalitatea a fost mult scăzută față de ceilalți ani.

Cuprinzând într'un Tablou cifrele medii, cari reprezintă na-



talitatea, mortalitatea și excedentul natural în ordinea descrescândă a sporului pe comune obținem:

C O M U N A	L A 1000 D E L O C U I T O R I						
	Exce- dent	Natali- tatea	Morta- litatea	C O M U N A	Exce- dent	Natali- tatea	Morta- litatea
Malu-Mare	26,0	64,4	38,4	Sărbătoarea	12,6	35,0	22,3
Glodu	20,0	48,7	28,8	Izvoru	12,5	27,4	15,1
Predești	17,4	36,3	18,8	Adâncata	12,2	32,5	19,9
Almăj	17,2	41,3	24,3	Podari	12,1	37,2	25,1
Livezi	17,0	38,6	21,9	Coșovenii Jos	11,1	36,7	35,7
Ghindenii	16,6	37,8	21,4	„ Sus	10,7	33,9	22,4
Breasta	16,4	35,5	19,2	Ișalnița	9,9	30,9	21,0
Preajba	16,0	34,5	18,5	Bucovăț	9,7	39,2	29,7
Balta-Verde	15,8	46,3	30,3	Milești	8,9	27,7	19,4
Mălăești	14,5	33,2	19,0	Negoești	8,6	26,6	17,9
Godeni	14,1	31,6	17,5	Coșovenii d. F.	7,3	27,6	19,8
Cârcea	13,1	33,1	20,0	Mihăița	4,7	27,1	22,1
Cernelele	13,0	35,8	22,7	Goești	2,8	24,6	21,4

Din acest tablou se vede, că deși unele comune ca Bucovăț, Podari, Coșovenii de jos, Cernelele și Sărbătoarea au o natalitate mai mare decât a comunei Breasta, sporul natural e mai redus. În schimb comunele Godeni, Preajba, Predești, Mălăești, Breasta și Ghindenii au ajuns în capul coloanei datorită unei mortalități scăzute, deși afară de comuna Ghindenii și Predești, celelalte comune au un procent mediu de natalitate.

Izvoru este singura comună din Plasă, care pe lângă o natalitate foarte redusă prezintă un spor mediu (clasificat al 15-lea din 26) din cauză că are mortalitatea cea mai scăzută din Plasă.

Comuna Balta-Verde are o natalitate enormă și în raport cu aceasta un spor mic în urma unui procent mare de morți.

## Cap. II. — MORTALITATEA PE VÂRSTA.

În acest studiu deosebim două capitole mari: 1) Mortalitatea infantilă (dela 0—20 ani, și 2) Mortalitatea adulților. La rândul ei mortalitatea infantilă se împarte în 3 grupe: a) Mortalitatea infantilă dela 0—1 an; b) Mortalitatea copiilor dela 1—5 ani; și c) a copiilor dela 5—20 ani.

### *Mortalitatea pe vârstă în întreaga Plasă.*

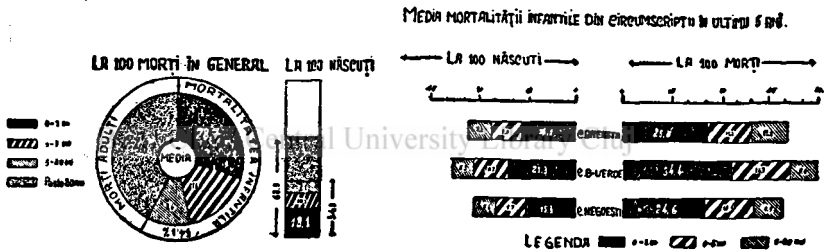
Pentru aceasta vom adopta grupele de vârstă în conformitate cu recerințele Institutului de statistică generală și anume:

I-a grupă . . . . .	dela 0— 1 an.
II-a „ . . . . .	„ 1— 5 ani
III-a „ . . . . .	„ 5—20 „
IV-a „ . . . . .	„ 20—40 „
V-a „ . . . . .	peste 40 ani.

A. *Mortalitatea infantilă pe grupe de vârstă dela 0—20 ani în Plasa sanitară Dolj.*

Anul	Nr. total al născuților	Nr. total al morților	Cifre globale				Proc. la 100 născ.				Proc. la 100 morți			
			Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani	Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani	Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani
1928	1567	987	503	270	136	97	32,1	17,2	8,7	6,2	51,2	27,4	13,9	9,9
1929	1485	1108	625	318	195	112	42,0	21,4	13,1	7,5	56,4	28,7	17,6	10,1
1930	1505	853	465	226	155	84	30,9	15,0	10,3	5,6	54,5	26,5	18,2	9,8
1931	1463	903	495	263	150	82	33,9	18,0	10,3	5,6	54,8	29,1	16,6	9,1
1932	1633	987	535	307	138	90	32,7	18,8	8,4	5,5	54,2	31,1	14,0	9,1
Media	1531	968	525	277	155	93	34,3	18,1	10,1	6,1	54,3	28,7	16,0	9,6
C. Bre.	588	381	195	95	58	42	33,1	16,1	9,8	7,2	51,3	25,0	15,2	11,1
B.-Ver.	635	392	235	135	66	34	36,8	21,3	10,2	5,3	59,7	34,4	16,7	8,6
Neg.	308	195	94	47	30	17	30,6	15,3	9,7	5,6	49,0	24,6	15,5	8,9

Sau reprezentate grafic:



Din cifrele date putem trage următoarele concluzii:

1) Cifra mortalității infantile depășește jumătate din totalul morților.

2) Mortalitatea primului an depășește 50% din mortalitatea infantilă.

3) Procentul de mortalitate fie că e raportat la 100 de nașteri, fie la 100 de morți merge descrescând pe grupe de vârstă dela 1—20 ani.

4) Mortalitatea infantilă raportată la nașteri ne arată, că cifra ei reprezintă a 3-a parte din aceia a natalității, iar mortalitatea primului an este aproape a 5-a parte din natalitate.

Cea mai mare mortalitate infantilă se constată în Circ. Balta-Verde, atât față de natalitate cât și față de mortalitatea generală.

Pe grupe de vârste atât dela 0—1 an cât și dela 1—5 ani, mortalitatea infantilă cea mai urcată și față de nașteri și față de morți este tot în Circ. Balta-Verde, iar ce privește grupa 5—20 ani,

mortalitatea cea mai mare e în Circ. Breasta. Cauza mortalității atât de ridicată printre copiii mici și în special sugari în Circ. Balta-Verde cu o natalitate foarte mare este lipsa asistenței prenatale, natale și postnatale a gravidelor și lipsa cunoștințelor de creștere și îngrijire a copiilor.

Din cifrele date mai putem constata, că în Plasă mortalitatea infantilă față de nașteri e foarte mare în anul 1929 la toate grupele de vârstă. Față de mortalitatea generală, mortalitatea infantilă din acest an nu prezintă nimic excepțional. Aceasta din cauză că pe lângă o natalitate mult scăzută din acel an mortalitatea s'a menținut aceeași.

Mortalitatea primului an arată cifre mai urcate față de natalitate în anul 1929, iar față de mortalitate generală în anul 1932. În acest din urmă an se mai remarcă o scădere importantă a mortalității între 1—5 ani atât în raport cu nașterile cât și cu morții. Această scădere este datorită faptului, că în acel an au fost cele mai puține îmbolnăviri de maladii infecțioase, iar cazurile deceselor sunt neînsemnate.

Astfel se poate vedea cum mortalitatea generală din anul 1929 din întreaga Plasă era mare din cauza unei mortalități infantile ridicate.

De oarece procentul mare de morți din rândul copiilor în acel an era dat de o mortalitate infantilă excepțional de mare din Circ. Balta-Verde; vom studia mai pe larg mortalitatea pe grupe de vârstă din acea Circ. servindu-ne de Tabloul, care urmează:

Anul	Nr. total al născ.	Nr. total al morților	Cifre globale				Procent la 100 născ.				Procent la 100 morți			
			Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani	Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani	Total	0-1 an	1-5 ani	5-20 ani
1929	605	505	316	178	89	49	52,2	29,4	14,7	8,1	62,5	35,2	17,6	9,7
Media în circ.	635	392	235	135	66	34	37,0	21,3	10,2	5,3	60,0	34,4	16,7	8,6

În acest an deși în Circ. natalitatea era scăzută față de medie mortalitatea din contră dă o cifră neobișnuită de mare.

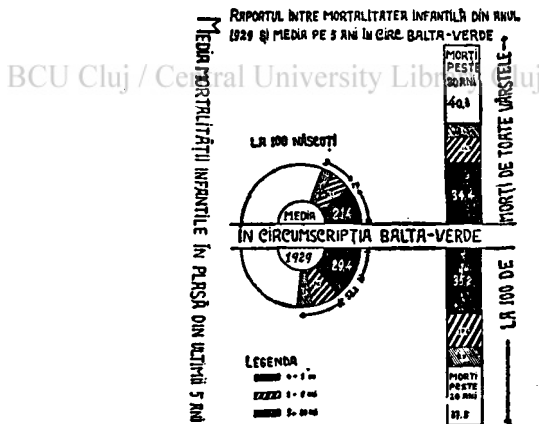
Mortalitatea infantilă în raport cu ceilalți ani e de asemenea foarte mare.

Tot din datele mortalității din Circ. Balta-Verde pe anul 1929 putem deduce, că față de medie mortalitatea copiilor între 1—5 ani precum și între 5—20 ani este excepțional de mare. Știm însă,

că vârsta preșcolară și școlară dă un număr mare de morți prin maladii infecțioase am cercetat datele referitor la epidemii și am constatat, că într'adevăr în anul 1929 au bântuit epidemii cu un număr însemnat de morți în mai multe comune. Astfel în Balta-Verde 4 cazuri de dift. cu 3 cazuri mortale și rugeolă cu un mort. În Livezi un caz mortal de dift. și 44 cazuri de rugeolă cu 4 morți. Glodu cu 89 cazuri de rugeolă, dintre cari 6 au murit și la Podari din 49 cazuri de rugeolă au fost 2 cazuri mortale. La Coșovenii de sus s'au înregistrat 67 de îmbolnăviri rugeolice și 3 morți. A mai fost înregistrată o epidemie de tuse convulsivă cu un caz mortal din 8 îmbolnăviri și un mort de febră tifoidă la Ghindenii. La Malu-Mare 13 cazuri de dizenterie cu un mort și 2 îmbolnăviri de scarlatină în Cârcea.

Din înșirarea cazurilor de boli infecțioase în comunele Circ. Balta-Verde cu numărul consecutiv de morți putem înțelege ușor pentru ce mortalitatea infantilă și cea generală din Circ. în anul 1929 a fost atât de mare, că a putut influența și mortalitatea generală din întreaga Plasă.

Pentru a vedea mai clar diferența mare între mortalitatea infantilă din anul 1929 față de medie în Circ. Balta-Verde, dăm datele din Tabloul anterior reprezentate grafic.



În comparație cu cifrele din întreaga țară și județul Dolj, mortalitatea infantilă medie se prezintă astfel:

#### MORTALITATE INFANTILĂ

dela 0-1 an	dela 1-5 ani	dela 5-20 ani	
20,5	8,0	5,8	în țară
20,8	8,2	6,1	în vechiul regat
18,1	7,0		în jud. Dolj
18,1	10,1	6,1	în Plasă

Adică mor mai puțini copii până la 1 an în Plasă decât în țara întreagă sau în vechiul regat, însă mortalitatea acestei grupe de vârstă corespunde exact cu aceea a jud. Dolj. Există însă o mortalitate mult mai mare a grupei de vârstă dela 1—5 ani față de aceea a județului și a țării din cauza unor epidemii, cari apar periodic.

1) *Mortalitatea copiilor în 1-ul an, în 1-a lună și în 1-a săpt.*

Anul	Dela 0—8 zile		Dela 8—30 zile		Dela 1—6 luni		Dela 6—12 luni		Dela 0—1 an	
	Nr.	‰ la 100 de născuți	Nr.	‰ la 100 de născuți	Nr.	‰ la 100 de născuți	Nr.	‰ la 100 de născuți	Nr.	‰ la 100 de născuți
1928	53	3,4	54	3,4	94	6,0	69	4,4	270	17,2
1929	69	4,6	52	3,5	124	8,4	73	4,9	318	21,4
1930	50	3,3	31	2,1	94	6,2	51	3,4	226	15,0
1931	77	5,3	36	2,5	88	6,0	62	4,2	263	18,0
1932	69	4,2	55	3,4	115	7,0	68	4,2	307	18,8
Media	63,6	4,2	45,6	3,0	103	6,7	64,6	4,2	277	18,1

Deci mortalitatea primului an este 18,1%, pe când acela a grupului de vârstă dela 1—20 ani este de 16,2.

În acest tablou de asemenea se evidențiază o mortalitate mult mai mare în anul 1929 decât în ceilalți ani și îndeosebi o mortalitate a sugarilor între 1—6 luni.

Procentul de mortalitate dela 0—6 luni este de 13,9, iar dela 6—12 luni e 4,2%, ceea ce înseamnă, că de 3 ori mai mulți copii mor până la vârsta de 6 luni, decât dela 6 luni la un an.

În prima lună mortalitatea e 7,2% față de 6,7%<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dela 1—6 luni. În prima săptămână mor 4,2% copii față de 3%<sup>0</sup>/<sub>0</sub> din restul primei luni (8—30 zile).

Din datele acestea concludem următoarele:

1) Mortalitatea copiilor din prima săptămână după naștere întrece cu mult jumătatea mortalității din prima lună.

2) Mortalitatea primei luni este aproape jumătate din mortalitatea primului an.

3) Mortalitatea primului an întrece mortalitatea infantilă dela 1—20 ani.

(Urmare în No. viitoare).

*Lucrare din serviciul oculistic  
al Casei Asigurărilor Sociale din Rădăuți.*

**Contribuțiunile la folosirea VACCINEI ANTISPIROCHETICE  
a lui Hilgermann ca mijloc de diagnostic  
și ca mijloc de imunizare activă  
în afecțiunile sifilitice ale ochiului\*)**

de

**D-r L. BRECHER**

Medic oculist din Rădăuți, Bucovina

Metoda Hilgermann este foarte utilă ca mijloc de diagnostic, prin reacțiile ce determină în focarele latente; ca mijloc terapeutic este un adjuvant prețios, inaugurând lupta imunospecifică împotriva sifilisului.

Tocmai oculistul are mai des prilejul de a depista unele complicațiuni sifilitice tardive, unde se poate deduce din anamneză, că pacienții respectivi au urmat anterior multiple serii de tratament antiluetic, considerat ca suficient în baza reacțiunilor serologice devenite negative, fără a fi putut însă împiedica prin acest tratament izbucnirea manifestațiunilor metaluetice, revelate întâmplător de oculist, sau a localizărilor tardive pe ochiu, pentru care bolnavul vine să se consulte.

S'a semnalat de mulți autori acest fapt, că tratamentul chimioterapic clasic, cu Neosalvarsanul și celelalte produse antiluetice nu izbutește totdeauna să producă o vindecare complectă în fapt, ba mai mult, că tocmai în era glorioasă a Neosalvarsanului, după cum pretind unii neurologi, — complicațiunile metaluetice au sporit în număr.

Față de astfel de cazuri de sifilis recalcitrant și complect refractar la tratamentul luetic obișnuit, unde reacțiunile Wassermann nu se modifică cu anii, cu tot tratamentul intensiv, chiar prin așa numita suprasaturare neosalvarsanică, s'a preconizat de unii de

\*) Comunicare făcută la Societatea Română de Oftalmologie în ședința din 29 Ianuarie 1936.

a recurge la anumite mijloace auxiliare, care prin declanșarea unei (sensibilizări sau mordansări) *paraspecifice* să modifice starea humorală, de ex. prin injecțiuni subcutane de ser de cal, sau de Haemostyl.

Dealtfel această problemă a rezistenței spirochetice față de medicamentele așa zise, parasitotrope a fost lămurită prin recente experiențe *in vitro* ale lui Adolf Feldt<sup>1)</sup> care a demonstrat, că *Neosalvarsanul* sau *Solganalul* (preparat de aur) nu lucrează direct asupra spirochetei, ci că intervin condițione sine qua non anumite substanțe catalitice din sânge (de origine biologică), cari fac abia posibilă (mordansează) fixarea acestor medicamente pe spirochetă.

Această interesantă problemă, a tratamentului antiluetic, care prin urmare nu se reduce la simpla tendință a parasitropismului lui Ehrlich, a fost pusă în mod mai net de către Spitzer, care a relevat starea de fapt paradoxală, că tocmai azi, când în toate domeniile patologiei recurgem la arme *imunologice* (vaccinuri, seruri, antiviruri, corpi imunizanți etc.), — noi la sifilis ne mulțumim încă tot numai și numai cu medicamente *chimioterapeutice*.

Lipsa totală a ideii imunologice în tendințele noastre terapeutice la sifilis, dominate încă de concepția greșită a unei terapiei magna sterilisans, lansată de Ehrlich, a fost sesizată în mod documentar de către Profesorul Hilgermann, Directorul Institutului de Igienă din Landsberg, Germania, printr'o serie de lucrări foarte interesante, publicate în multiple reviste. Mai ales în ultimul congres internațional de Dermatologie din Septembrie 1935, Hilgermann<sup>2)</sup> a demonstrat printr'o sintetizare a acestor lucrări că efectul tratamentului chimioterapeutic al unei maladii microbiene produce de fapt fenomene cu totul contrarii ideii parasitropismului, adică nu numai fenomene de sterilizare propriu zise, ci fenomene imunologice mult mai complexe, de cari trebuie ținut seamă.

Anume: Medicamentul respectiv, utilizat în doze minimale de adaptare crescândă (dosis destruens minima) liberează prin omorârea unui număr mic de paraziți o cantitate redusă de toxine rezultate din procesul de desagregare a acestor corpi microbieni, toxine cari lucrează asupra organismului în sensul unui agent specific de imunizare activă.

Din contră, atunci când introducem în organismul infectat doze masive de medicament parasitotrop, atunci prin omorârea în masă a unei mari părți de spirocheți, liberăm o cantitate excesivă de endotoxine, cari la rândul lor vin să imobilizeze, să blocheze anticorpii organismului nostru, reducându-se dar rezistența acestuia în mod simțitor, și lăsându-l în prada restului de paraziți, cari au mai rămas vii în focarele latente sau chiar în humorile bolnavului. În consecință prin această suprasaturare cu medicamente chimioterapeutice producem de fapt o stare de hipoergie a bolnavului sau chiar o anergie față de parazitul respectiv.

Prin urmare scopul terapiei noastre antiluetice n'ar trebui

să se reducă numai la distrugere în masă prin preparatele chimice, ci trebuie să tindă la îmbogățire în mod paralel a organismului în noi *anticorpi* prin mijloace de imunizare.

Această imunizare activă a bolnavului sifilitic efectuând o producere amplificată a anticorpilor, cari să ducă lupta decisivă cu toxinele paraziților, liberate în mod succesiv, și neîncetat, a fost îndrumată pe o cale cu totul nouă prin reușita lui Hilgerman, de a obține culturi de spirocheți viabile cu ajutorul unor medii de cultură speciale fosforizate. Aceste culturi, făcute apoi avirulente prin mai multe pasagii au servit apoi lui Hilgermann pentru prepararea unei vaccine spirochetice speciale.

Vaccina lui Hilgermann, preparată fie sub forma unei vaccine polivalente, fie sub forma unei autentice *autovaccine*, obținută din organismul bolnavului însă-și (mai preferabilă pentru anumite cazuri foarte recalcitrante), servește după Hilgermann pentru două scopuri bine determinate:

I. De a interveni în lupta organismului contra spirocheților și endotoxinelor lor, prin exaltarea puterilor opsonice și imunologice ale humorilor și organelor afectate și mai ales de a mobiliza focarele latente, ascunse în diverse organe, Ori tocmai aceste focare, ascunse profund în viscere sau în sistemul nervos nu sunt atinse, sau în orice caz în mod insuficient, de către medicamentele chimioterapeutice. Astfel se *sensibilizează* organismul în mod specific și se prepară terenul pentru o chimioterapie mai eficace sau mai promptă. Cluj / Central University Library Cluj

II. Însă paralel cu această mobilizare a spirocheților din focarele latente, dând loc la anumite reacțiuni destul de caracteristice, se obțin noi elemente prețioase de *diagnostic*.

Aceste reacțiuni de focar și generale, capătă mai ales acolo o importanță deosebită, unde reacțiunile serologice nu sunt concludente, cu toate bănuelile că mai există focare latente, sau unde se pune problema, întrucât o infecțiune sifilitică din trecut ia parte la afecțiunea organului vizat, când coexistă concomitent și o altă maladie la care s'ar putea raporta etiologiceste afecțiunea în chestie. (Chorioidită la un sifilitic cu semne manifeste de Tbc., etc.).

Primele rezultate ale acestei vaccinări cu cultura spirochetică a lui Hilgermann au fost publicate de către Spitzer (Viena),<sup>3)</sup> în două articole apărute în Muenchener mediz. Wochenschrift, unde autorul expune încercările sale făcute pe peste 100 bolnavi în timp de 4 ani de zile, tratând bolnavi cu diverse manifestațiuni luetice, cari au fost mai înainte refractare față de orice tratament antiluetic, și un alt număr de bolnavi, unde exista toată bănuiala unei etiologii luetice, fără însă de avea reacțiuni serologice nedubioase.

Rezultatele obținute de autor în majoritatea acestor cazuri au fost din cele mai edificatoare; bogăția faptelor concludente, expuse de autor cu atâta minuțiozitate și în mod destul de convingător, pledează pentru o acțiune foarte eficace a acestui nou fel de tratament imunizant. Injecțiunile cu vaccină se fac după recomandarea autorului în intervale de 8—14 zile, în total vreo — 10—15 injecții,



cari se reiau eventual după un interval de timp. Reacțiunile n'au fost nici-odată daunătoare, dacă se ține seamă de doze cât mai individuale, la început minimale și apoi crescânde.

Spitzer accentuază faptul, că toți acești bolnavi, pe lângă ameliorarea simptomelor vizate, au început să crească în greutate, starea lor constituțională îmbunătățindu-se în mod manifest, pofta de mâncare revenind și bolnavii resimțind o stare de euforie. Bolnavi, incapabili de muncă ani de zile, au putut relua ocupațiunile lor zilnice. Trebuie relevat, că Spitzer nu s'a condus deloc la acel tratament de valoare nesigură a analizelor serologice (Wassermann etc.), cari prezintă dânsul un rol secundar, ci numai și numai de felul reacțiunilor generale, locale și de focar, produse de vaccinaa Hilgermann. Unele din aceste reacțiuni, fiind tipice, de ex. sudorile profuze în timpul nopții, consecutiv vaccinării, au pentru Spitzer un rol aproape semeiotic.

Din punct de vedere oculistic vreau să desprind din relațiile cazuistice ale lui Spitzer, că a observat la două cazuri de Keratită peranchimatoasă o influențare mai favorabilă a mersului bolii, vindecarea producându-se mai repede și mai complet decât în mod obișnuit, în urma tratamentului conșomitent, cu vaccina Hilgermann. La un alt caz de areflexie pupilară completă s'a putut deasemenea observa după vaccinarea cu Hilgermann o revenire aproape integrală a reflexului fotomotor.

Acest fapt, deși pare straniu, poate să aibă totuși temeiu științific, dacă ținem seamă de cercetările recente ale unor autori francezi, cari au reușit să influențeze în bine sindromul Argyll-Robertson prin extirparea simpaticului cervical, înlăturând astfel *turburările vaso-motorii*, ce stau la baza acestui sindrom.

Alte încercări clinice cu metoda lui Hilgermann au fost publicate anul trecut de către Benedek și Neuber, ambii profesori din Clinicile Debreczin (Ungaria). Neuber ajunge în baza încercărilor sale pe 215 bolnavi, (din cari 28 cazuri cu lues I, 129 cu lues II, 25 cu lues tardiv, 21 cu lues latent, cu reacții seropozitive, iar 7 lues congenital și 5 complicate cu ulcus mixt) la următoarele concluziuni: majoritatea din aceste cazuri s'au ameliorat în mod simțitor în urma acestor injecțiuni vaccinate, în deosebi însă s'a putut observa în toate cazurile, că au devenit mult mai *receptive* față de tratamentul bismuto-salvarsanic, după această imunizare.

Benedek la rândul lui, care a încercat această imunoterapie antispirochetică la cazuri cu neurolues, a semnalat deasemenea rezultate semnificative cu această metodă a lui Hilgermann, căreia îi atribuie o valoare cel puțin *egală* cu Malaria — și Recurensterapia.

Intr'un articol recent, publicat de Hilgerman în Muench. Mediz. Wochenschrift, (nl. 44, 1935, pag. 1760) autorul precizează în baza rezultatelor obținute de dânsul personal și de ceilalți autori, că această imunoterapie cu vaccină spirochetică trebuie considerată ca auxiliar prețios în tratamentul antisifilitic, mai ales în sensul, că previne incubatiunea latentă a spirochetei în organele

profunde, prevenind dar și riscul consecutiv, ca în ciuda tratamentului uzual să isbucnească cu ani în urmă fenomene neuroletice. Vaccina Hilgermann mobilizează toate aceste focare, deschizând astfel drumul pentru acțiunea simultană a medicamentului parasitotrop și împiedică mai ales, ca organismul să sărăcească în puterea lui de rezistență, din cauza blocării anticorpilor prin toxinele eliberate, din cadavrele spirochetice.

Eu personal m'am ocupat din anul trecut cu vaccinoterapia anti-sifilitică a lui Hilgermann, pe care am aplicat-o până acuma la 11 cazuri. Având în vedere, că încercări din punct de vedere oculistic cu această vaccină încă n'au fost publicate de nimeni și că mai ales în România această metodă n'a fost încă aplicată de nimeni, am ținut să public modestele mele observațiuni, cu toate că numărul încă restrâns de cazuri nu face posibil concluziuni definitive.

Am aplicat vaccina lui Hilgermann la următoarele cazuri:

2 cazuri cu iridocilită sifilitică, din care una recidivantă.

3 cazuri cu keratită interstițială.

3 cazuri cu oftalmoplegii recidivante și paralizii diferite (facială, etc.).

2 cazuri de atrofie optică tabetică.

1 caz cu papilită sifilitică.

1 caz de paralizie progresivă, cu manifestațiuni recidivante oculare (irită și erupțiuni flicteniforme).

Având în vedere spațiul limitat, de care dispun, voi cita numai câteva cazuri mai importante: [University Library Cluj](#)

Cazul M. W., ocupațiune subchirurg, 52 ani, vine cu irită acută la ochiul stâng. Neagă la început antecedente luetice. După 8 zile de tratament curentă (dionină, atropină, aplicată chiar sub forma unor injecțiuni subconjunctivale, pentru a încerca zadarnic ruperea sinechiilor multiple, athophanyl, etc.), ameliorarea este foarte mică, iar durerile încă atroce. Ii se va face atunci o injecțiune intracutan cu vaccina Hilgermann (0.30 cc.), în mâna dreaptă. Noaptea sudori profuze 4 zile de rând, atât de mari, încât bolnavul trebuie să-și schimbe cămașa de 2 ori, fapt semnalat și de Spitzer, temperatura timp de trei zile 39,1, oedem pronunțat și ușoară durere în locul injecției.

După 3 zile bolnavul se prezintă din nou, cu atenuarea simptoare a durerilor, sinechiile posterioare rupte aproape integral (cu toate că a întrebuințat atropina 1% numai odată pe zi), creșterea acuității vizuale dela 0,30 la 0,80. După 8 zile a doua injecție cu Hilgermann, de astă dată 0,50 subcutan. Reacțiunile și mai pronunțate, 5 zile de rând temperatura de 38,6—39,1, sudori profuze, etc. Sinechiile s'au resorbit complet, acuitatea vizuală și revenit la normal, fără ca bolnavul să fi întrebuințat regulat atropina. La sfârșit mi-a mărturisit, că a făcut până acuma de nenumărate ori injecții cu Neosalvarsan și Bismut.

Cu prilejul acestui caz voi semnala un fapt semnificativ, care prezintă după mine o contribuțiune importantă relativ la posibilitatea de folosire a vaccinei antispirochetice ca mijloc de *diagnostic* cu ajutorul modificărilor *eritrosedimentațiunei*, ce se produc consecutiv cu această vaccinare, în cazuri de sifilis latent.

Anume m'am putut încredința tot așa la acest caz, ca și în alte cazuri, unde Wassermann era chiar negativ, că în urma injecției cu vaccina Hilgermann, în cantități foarte diminuate, viteza sedimentației a globulelor roșii, controlată cu metoda Linzenmayer, s'a mărit considerabil, ajungând în unele cazuri chiar la valoare dublă și triplă.

Ori din cercetările recente făcute relativ la modificările fiziologice și patologice ale sedimentației eritrocitelor, au dovedit, că această nu se modifică deloc prin substanțe chimice sau chiar prin proteinoterapie sau alte medicațiuni de șoc.<sup>10)</sup>

Prin urmare aceste modificări ale vitezei, arătate sus, nu se pot referi la substanțele proteinice, conținute în vaccina Hilgermann, nici la efectele hipertemice, produse prin aceste injecțiuni. Dovadă, că în alte cazuri unde nu există vre-o etiologie luetică, reacțiunile, cât și valoarea vitezei de sedimentație au rămas nemodificate.

Pe de altă parte se știe, că în ultimul timp s'a preconizat de unii utilizarea eritrosedimentației ca mijloc de diagnostic pentru revelarea reacțiunilor minimale, produse prin injecțiuni de tuberculină în cazuri active de tuberculoză pulmonară. Simptomele reacționale manifeste, consecutive unor doze minimale, sub limita reacțională (unterschwellig), fiind aproape nule, se poate controla în baza modificărilor suspensostabilității globulelor roșii, dacă mai există un focar activ sau nu.

Această metodă, care are aproape aceeași semnificație ca probă diminuării leucocitelor, în primele 30 minute după injecție cu Tuberculina A. O., preconizată de Yoshida (la diagnosticul tuberculozei) — este la îndemâna fiecărui medic și mi s'a părut dar utilă și justificată și ca mijloc de depistare a unor focare latente de origine luetică, cu ajutorul unor doze minimale, cu vaccină Hilgermann.

Resultatele acestei probe sunt mult mai sigure și obiective decât reacțiunile generale, unde depindem și de interpretările subiective ale bolnavului, dacă a avut sau nu temperatură, sudori etc.

În majoritatea cazurilor, mai ales, unde bolnavii erau debilitați și deprinși sufletește, am observat, conform cu afirmațiile lui Spitzer, o simțitoare îmbunătățire a stării generale a bolnavului. Un profesor mi-a accentuat că se simte după primele injecții „ca și schimbat”.

Într'un caz de parezie facială, recidivantă, cu dysestezii simultane ale jumătății de corp de cealaltă parte, unde a suferit cu un an în urmă o hemiplegie, etiologia luetică s'a putut depista numai în baza probei prin eritrosedimentație, amintită sus, seroreacțiile Wassermann și Mueller din sânge fiind negative. După 7 injecțiuni cu vaccina Hilgermann s'a ameliorat atât epifora jenantă, vizată de mine, cât și dysesteziile, cari au fost traae anterior zadarnic prin fel de fel masajoterapii și fricțiuni.

Cazul de paralizie progresivă, tratat anterior de două ori cu malarioterapie și a treia oară prin bacilul tific, fără a produce ameliorări simțitoare, și care a fost influențat foarte bine prin vaccinoterapia Hilgermann, l-am semnalat într'o ședință a Cereului de studii medicale din Rădăuți (7).

Rămâne numai să remarc că totodată au încetat recidivele atât de dese de irită și de keratoconjunctivita flictenulară cu totul atipică, pe care le prezenta această bolnavă, cu toate că reacțiunile Pirquet și de Tuberculomucină au fost și rămas intensive, ceea ce a făcut ca etiologia acestei boli de ochi să rămâie ani de zile greșit interpretată.

În cazurile de keratită parenchimatoasă, avute în ultimul timp, n'am încutezat totuși să mă restrâng numai la această imunoterapie, aplicând dar totodată și procedeul modificat al autohemoterapiei intraoculare, preconizat de mine (8 și 9). Dar tocmai având în vedere principiul acestei autohemoterapiei intraoculare, care are ca scop de a introduce în camera anterioară anticorpii din sânge, reținuți de bariera sanguino-humorală, că vaccinoterapia Hilgermann vine cu atât mai mult să ajute această metodă, preparând amplificarea anticorpilor în sângele bolnavului, pentru ca sângele recoltat și introdus în camera anterioară să aibă o putere opsonică mai mult pronunțată. Așa dar am crezut ca util, de a înlocui injecțiunile cu Jodaseptine sau Neosalvarsan, recomandate anterior, prin câteva injecțiuni anterioare cu vaccina Hilgermann.

Intr'adevăr am avut impresiunea, că în cazurile din urmă, unde am combinat autohemoterapia intraoculară cu Imunoterapia Hilgermann, resorpția sângelui din camera anterioară s'a făcut mult mai rapid, că pupila a reacționat acuma mult mai bine la midriatice și că transparența corneană s'a reinstalat mult mai repede.

Cu toate că, după cum am spus la început, aceste cazuri răstrânse în număr, nu justifică deducțiuni definitive, totuși cred în concluzie, a putea afirma, că această metodă imunizantă, aplicată mai ales sub forma controlului prin eritrosedimentație, preconizată pentru întâia oară de mine, poate ajuta uneori la depistarea focarelor latente de lues, sau mai mult, poate arăta, întrucât aceste focare iau parte la afecțiunea organului respectiv, când ar putea fi incriminate și alte etiologii.

Iar din punct de vedere terapeutic trebuie bineînțeles accen- că nici Hilgermann, și nici adepții lui nu se gândesc să prezinte această Vaccinoterapie antiprochetică ca singurul mijloc de tratament antiluetic, înlocuind celelalte medicațiuni chimioterapeutice.

Însă noua metodă poate fi considerată ca un mijloc adjuvant de mare valoare, care asigură printr'o imunizare activă procesul asanare a maladiei sifilitice, și previne eventualele complicațiuni metaluetice printr'o mobilizare efectivă a focarelor ascunse în profunzimea organelor, neaccesibile medicamentului parasitotrop.

Bineînțeles, că cercetările viitoare, făcute și în România de factori competenți, vor permite de a astabili, întrucât perspectivele acestei noi terapii merită o considerațiune deosebită.

## L I T E R A T U R Ă

- 1) *Feldt Adolf*: Ueber die Therapieresistenz der Spirochaeten im Tier-versuch. Muench. ed. Wochenschrift, nr. 48, 1935, pag. 1907. — 2) *Spitzer I.*: Ueber die Behandlung der Lues mit Spirochaetenkultur Hilgermann. Muench. Med. Wschr., Nr. 3, 1932. — 3) *Spitzer I.*: Beitrage zur Behandlung der Syphilis mit der Hilgermanns Spirochaetenkultur. Muench. ed. Wchschr. Nr. 51, 1934, pag. 1967. ref. Cernăuți Medical, Nr. 5, 1935, pag. 386. — 4) *Hilgermann R.*: Die

Ausheilung der Lues mit Spirochaerenvakzine. Muench Med. Wschr. 1935, nL 44, pag. 1760. — 5) *Neuber E.*: Ueber Heilveruche mit lebenden Spirochaeten in Faellen von Fruehsyphilis. Dermat. Wochenschrift, 1934, vol. 98, Nl. 8, pag. 229. — 6) *Benedek*: Aktive Immunisierung bei Neurolyues mit avirulenten Pallidastammen. Monatschr. f. Psychiatrie, 1931, Bd. 71. — 7) *Brecher I.*: Despre rezultatele cu vaccina Hilgermann, ședința cercului de studii medicale Rădăuți, Cernăuți Medical, Nl. 6, 1935, pag. 448. — 8) *Brecher I.*: Contribuțiuni la metoda autohemoterapiei infraoculare a lui Schieck. Cernăuți Medical, anul II, 1935, pag. 193, Nl. 3. — 9) *Brecher I.*: Ein neuer Weg zur Behandlung der Keratitis parenchymatosa e lue congenita. Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. 1935, vol. 95, Iulie, pag. 83. — 10) *Fișler Friedhardt*: Contribuțiuni la studiul clinic și experimental al vitezei de de experimentare (teza de doctorat Iași, 1934).

L'auteur expose les résultats très favorables obtenus par lui dans onze cas de complications syphilitiques tardives avec localisations oculaires, par la *vaccinothérapie antispirochétique* d'après Hilgermann.

*Hilgermann*, en suite de ses longues recherches immunologiques, de culture des spirochètes en des milieux phosphorés, en inaugurant ainsi la lutte vraiment immunospécifique contre la syphilis, par vaccination antispirochétique, qui a pour but de produire une exaltation dans l'élaboration des anticorps par l'organisme malade et une neutralisation plus efficace des endotoxines élibérées dar la chimiothérapie parasitotrope (Neosalvarsan, Arsenobenzol, Bismuth, etc.). Cette immunisation active antiluétique, préconisée par Hilgermann et Spitzer (Vienne), prévient ainsi le déclanchement des manifestations tardives metaluétiques, que nous trouvons si fréquemment dans des cas traités en mode courant plusieurs années.

Mais, à part cette action thérapeutique importante, qui vient d'accomplir l'insuffisance de la médication chimiothérapeutique, cette vaccination antispirochétique en mobilisant tous les foyers latents de l'organisme luétique, a comme suite des réactions locales, et de foyers, réactions caractéristiques avec une valeur presque sémiologique, qui pourraient nous servir comme tests précieux pour dépister l'étiologie des cas dubieux, surtout quand il s'agit de déduire, dans quelle mesure des foyers syphilitiques latents prennent part ou non dans la manifestation incriminée.

L'auteur démontre que cette méthode de diagnostic devient plus sensible, quand on se sert comme point de repère non par les réactions elles-mêmes, mais par les modifications de l'*érythro-sédimentation* qui s'exalte par la vaccination des doses minimales de vaccin spirochétique, chez des luétiques.

Cette épreuve in vitro devient alors très importante et plus objective que l'appréciation des réactions plus ou moins aléatoires.

Ainsi la vaccination antispirochétique d'après Hilgermann par des vaccins polyvalents ou des véritables autovaccins réalise une intrication très utile des buts sémiologiques et immunothérapeutique dans la lutte contre la syphilis, en assurant une assanation plus définitive et plus efficace de cette maladie.

Der Autor bespricht eingehend die theoretischen und klinischen Voraussetzungen, die der neuen antiluëtischen Immunisierungstherapie Hilgermanns zugrundeliegen.

Hilgermanns bahnbrechender Versuch, mittels speziell gezuechteten avirulenten Pallida-Staemmen eine echt spezifische Immunotherapie der Lues in die Wege zu leiten, bezweckt eine Aktivierung alljener Schutzstoffe im kranken Organismus, die durch die frei gewordenen Endotoxine getoeteter Spirochaeten blockiert und unwirksam wurden.

Durch diese Mobilmachung alter, versteckter Syphilisherde ergibt sich einerseits eine wichtige Nutzenanwendung in therapeutischer Hinsicht, die die parasitotrope Chemotherapie durch Neosalvarsan u. s. w. wirksam ergaenzt und spaete neuro-luëtische Manifestationen auf diese Weise verhuetet.

Aber andreseits kommen den bei dieser aktiven Immunisierung sich ergebenden lokalen und Herdreaktionen von typischem Ausfall (profuse Nachtschweisse, Temperatursteigerung u. sw.) eine wesentliche diagnostische Bedeutung zu, die besonders bei zweifelhaften serologischen Reaktionen die aetiologische Frage der in Betracht kommenden Reaktion klaeren hilft.

Der Autor weist darauf hin, dass diese Reaktionen viel objektiver und zuverlaessiger durch Kontrolle der Blutkoerperchensenkungsgeschwindigkeitsveraenderungen nach minimalen Dosen von Hilgermannscher Spirochaetenvakzine zu bewerten sind.

An der Hand von 11 Faellen mit verschiedenen spaet-luëtischen Manifestationen am Auge, wo durch die Hilgermannsche Methode bedeutende Erfolge vom Autor erzielt werden konnten, darf auf eine besondere Wirksamkeit dieser Vakzine-Behandlung gefolgert werden, die der laengst anerkannten Ergaenzungsbeduerftigkeit der bisherigen alleinigen chemotherapeutischen Methoden *immunologisch* nachhilft.

## PRESTIGIUL MEDICAL DEALUNGUL VREMURILOR

de

D-r V. M. PLATAREANU

Pentru ridicarea prestigiului medical este necesar:

- mai puțin egoism și materialism
- mai multă cultură profesională
- o cât mai înaltă ținută morală.

Fiindcă astăzi, mai mult decât oricând, prestigiul medical formează subiectul de discuțiune nu numai între profesioniști ci și în cercurile chemate să armonizeze viața noastră socială, am socotit să punem această problemă și în lumina istoriei — pentru o cât mai justă documentare, — și ca atare vom urmări deoptrivă; *medicina și medicii.*

\*

Necesitatea de a îngriji suferințele fizice s'a născut odată cu omul. Ființă dotată cu inteligență și superior simț sociabil, a născocit cu timpul mijloace și mănuitori ai acestora, cu scopul de a se vindeca.

Studiul nostru îl vom începe numai, de unde avem date istorice adică din perioadele în care medicina era empirică, magică, demoniacă sau sacerdotală.

La primele triburi și popoarele primitive, găsim îngrijirea sănătății, lăsată deja în seama unei categorii de vrăjitori, cari își dădeau seama de superioritatea lor față de ceilalți concetățeni și se constituise într'o castă, care păstra secretele profesiei lor, în care nu era admis nici un profan. Ei își transmiteau pentru perpetuarea castei, obiceiurile și practicile vindecătoare unor aleși, mai dinainte stabiliți.

Pentru a da un prestigiu deosebit practicei și persoanei lor, acești vrăjitori, își creiau în acest scop, îmbrăcăminte și podoabe de culori izbitoare și fastoase, la care adăogau pietre colorate și fulgi de pasări rare.

Pentru ceilalți muritori, oamenii acești erau socotiți superiori și puși pe aceeași treaptă cu conducătorii sufletești, adică cu profeții.

Deaceea multă vreme, găsim uneori ambele profesii în aceeași persoană, sau practica vindecării și a religiei sub același acoperământ.

Cele mai vechi dovezi dela popoarele organizate, le avem dela *Sumerieni* cari au trăit în vechea *Mesopotanie* și apoi dela *Asirio-Babilonieni*.

La aceștia practica medicală era apanajul unei caste foarte bine organizate și dela care deținem unele documente datate cu 3.000 ani I. C.

La *Luvru* se găsește un document în care păzitorul sănătății este reprezentat prin zeul „*Nimb*” din perioada Adar și figura acestuia este prevăzută cu un *ventuz* în mână. Acest fapt presupune și o practică medicală înaintată, dar și o noțiune de superioritate a profesiunii, care eră patronată de o divinitate. Istoricul Strabon, afirmă că medicii erau puși în organizațiile popoarelor de atunci, alături cu preoții, despre care se știe că în *Babilonia*, erau superiori regilor. În *Egipt* și *Asiria* deși preotul nu era în aceeași situațiune, totuș ocupau cea mai înaltă treaptă a societății. Medicilor li se acorda cinstea de a purta titlul superior de „sacerdot onorific”.

Aproprierea acestor două practici: medicina și religia este foarte strânsă, căci dela început omenirea le-a acordat un caracter divin.

Deși în scrierile lui *Bog haz-Reni* publicate de *Winkler* se pomenește de un chirurg ce avea titlul impresionant de „*chirurg suprem al zeului Mardoux*”, care dădea o nuanță religioasă vădită practicei medicale, totuși a existat și o *medicină laică* din cele mai vechi timpuri.

Codul lui *Hamurabi* (2200 A. C.) prevede în ceiace privește medicul laic: răsplată și pedeapsă; — spre a-i da mai mult prestigiu în fața poporului, autoritatea lor fiind ridicată până la dumnezeire.

Perceptele fixate de aceștia, privitor la igienă, morală și relațiuni civile, erau respectate ca sacre.

La *Egiptenii vechi*, medicina și medicii, erau dacă nu într'o considerație mai mare, cel puțin egală cu a *Asirio-Babilonienilor*. O primă mărturie o fac numărul cel mare al divinităților patroni ai sănătății, astfel zeul *Toht* (vindeca înțepăturile scorpionilor); zeița *Sehenit*, era păzitoarea sănătății organelor femești, iar zeul *Imhotep*, era considerat zeul propriu al medicinei în general. După unii istorici, acesta fusese medic și sftnic al regelui *Zaser* (2980 I. C.). În timpul *Ptolomeilor* cultul zeilor apărători ai sănătății publice era ajunsă în culmea splendoarei, numeroase temple, sanctuoaarii și chiar sanatorii după unii, confirmă respectul mulțimii către aceștia.

Că arta vindecării era mai mult decât onorabilă, o dovedește faptul că însuși regii se ocupau cu studiul acestei științe. După papiusurile *Ebbbers* (1553—1558) și *Brugsh* (considerat de *Hearst* ca datând dela 1.200 I. C.), reese că regele *Casty* din dinastia V-a

a studiat anatomia venelor. Regele *Zaser* (dinastia III) purta pe lângă titlul său, pe acela de „*medic divin*“. Medicii profesioniști erau în mare cinste, fiindcă pe pictura murală a mormântului medicului *Nebamon*, sunt reprezentați sclavi aducând daruri din partea regelui *Amenoșis* (III-lea XV-lea sec. I. C.). Nu este lipsit de interes pentru noi medicii, că autorul papyrusului *Ebers*, care se presupune a fi fost medic, scria între altele spre a-și arăta esența divină a profesiunii sale... „Sunt un om pe care Dumnezeu îl iubește... și mă face să trăesc, spre a spune cunoștințe despre prepararea medicamentelor pentru toate boalele din corpul unui bolnav...” Profesiunea medicală la egipteni, era cunoscută și utilizată oficial de stat, care plătea pe medici pentru a da asistență gratuită populației.

Pregătirea medicilor pentru popor era dată în seama medicilor reputați ai timpului și este vrednică de amintit școala lui *Osiris* din *Heliopolis*, și cea din *Sais* ce data din a IV-a dinastie (4.000 ani I. C.).

Responsabilitatea medicală era nulă, dacă medicul se dovedea a fi aplicat tratamentul medicilor reputați. În caz contrar suferea pedepse. Profesioniștilor medicinei din acele vremuri îndepărtate, nu le-a lipsit respectul și onorurile acordate de Societate și regi.

Astfel: pe mormântul unui medic s'a găsit titlul de: „medic consultant al palatului“... sau „supra intendent al secretelor sănătății în casa Zeului *Toht*“... sau „mare medic al palatului... Titluri de specializare chiar, nu lipseau. Pe mormântul medicului *Ypi*, s'a găsit titlul de: „medic consultant al palatului pentru a vindeca vederea“. Când Perșii i-au invadat, toată faima și prestigiul medical egiptean s'a năruit, chiar și centrul medical dela *Memfis*, care era cel mai bine organizat din ultimul imperiu.

\*

Concepția umană despre divinitate a evoluat cu timpul dela politeism, la monoteism și primul popor care a adoptat acest cult al divinității unice au fost evreii. Adoratori până la sacrificiul ființei lor ai acestei unice forțe divine, era firesc ca interpretarea cauzelor suferințelor lor fizice și morale ca și remediul lor să fie privită și practică prin intermediul acestei concepții; deaceia medicina la evrei, îmbracă o formă sacerdotală. În textele sacre vechi, tratamentele medicale sunt foarte rare. Găsim însă în biblie revelația divină prin cuvintele: „*eu singur, stăpânul tău, sunt medicul tău*“.

Vindecarea suferințelor era deci bazată pe credința în Dumnezeu, iar practica o făceau preoții. Aceștia împrumutase dela Greci, Babilo-asirieni și Egipteni, anumite practice pe care le ridicase la înălțime de legi, prin faptul că erau decretate dela altare.

Acestei practici îi rămâne meritul, că prin forma sacerdotală a căpătat un prestigiu deosebit, cultivând astfel poporul în perceptive admirabile de igienă corporală, alimentară și socială, de o importanță extremă.



Dintre popoarele care ne poate da multe isvoare și dovezi de prestigiu ce la jucat medicii și medicina din cele mai vechi timpuri trebuie să anuntăm pe indieni.

La aceștia practica medicinei se stratifică începând cu mult înainte de 200 ani I. C., sub denumirea de perioada „Vendeică”.

Este interesant de relevat faptul că practica chirurgiei și în special a chirurgiei plastice s'a bucurat de o mare cinste la indieni. Ea a fost practică de „laici” — din cele mai îndepărtate timpuri. Chirurgia modernă estetică rămâne din acest punct de vedere recunoscători legii lui Manu, care pedepsea *adulterul*... cu tăerea nasului, — cece a dat posibilitatea creerii plastiei în maniera indiană, ca un corectiv, practic al drasticei legiuri.

Practica medicală indiană, se poate caracteriza ca o profesiune ce a fost în mare cinste și care a fost cultivată și aplicată în domenii diferite. Astfel: igiena socială (tradusă prin igiena alimentară, arderea cadavrelor, etc.), igiena dentară, cunoașterea substanțelor și erburilor vindecătoare și acțiunii lor (scrise în cartea Cakradatta) pe la 1.000 erau foarte înaintate. Chirurgia și Anatomia scrise în cărți, printre care menționăm ca cea mai veche pe a lui *Susruta* (care datează cu foarte mult înainte de Sec. V. I. C.), erau foarte avansate.

Pe lângă exercițiul medicinei și al chirurgiei laice, de către practicieni denumiți (Vaidya), medicina era practică cu un caracter sacerdotal atât de preoții brahmani cât și de cei budiști încă din cele mai vechi timpuri cum se dovedește din manuscrisul Bower găsit într'un „*Tupă*” (ordin călugăresc) budist.

Prin faptul că medicina indiană a fost extrem de îmbogățită și cultivată, atât de laici cât și de preoții brahmani și budiști, înțelegem după autoritatea morală de care se bucurau aceștia, cât prestigiu aveau percepțele și practicile medicale la acest popor.

\*

Un alt neam de veche și profundă civilizație, la care găsim dovezi de înalt prestigiu al profesiunii medicale sunt Chinezii. Date arheologice moderne, fac dovada sigură că medicina datează cu mii de ani înainte de împăratul *Phi* (2.800 I. C.). Este interesant de semnalat, că urmele acestei culturi medicale se găsește cu aceste caractere mongoloide chiar la popoarele foarte vechi ce au locuit America de mijloc (Mexicul și Peru).

Nu este locul să amănunțim cât de înaintate erau cunoștințele medicale ale acestora, deși îmbracă uneori un caracter bizar pentru noi. Totuș dacă ținem seama că în vremea de splendoare a imperiului Chinez (1.000 I. C.) se practica sub anestezie și cu pomezii hemostatice emasculearea totală, pentru a furniza miile de eunuci necesari împăratului, dacă adăogăm descoperirile cu caracter mongolic și chinez din America veche în care se cunoștea spălăturile uretrale, tratamentul fracturilor cu atele, dacă adăogăm diversele unscrise asupra farmacologiei și medicinei din cele mai vechi timpuri, înțelegem că această profesiune a fost în mare atențiune la chinezi.

Că practicienii acestei arte, au fost totdeauna în mare cinste o dovedește faptul că legendele vechi chineze atribue medicina împăratului Shinon (2.850 I. C.) dela care a rămas și acupunctura. Cea mai veche carte de medicină a fost deasemeni scrisă de un împărat *Kwang-Ti* (2698—2599) A. C., precum cartea cea mai reputată de medicină veche se datorește tot împăratului *Shi-non* — unde se găsesc descrise aproape 2.000 medicamente.

Profesiunea medicală s'a ridicat la mare cinste, în timpul dinastiei „*Than*“, care a creiat funcțiunea, de medic al curtei și care era socotită pe atunci ca cea mai înaltă treaptă socială.

Împăratul *Kublai* (din dinastia mongolică sec. XIII) a introdus examen pentru cei ce urmau a îmbrățișa profesiunea de medic, iar dinastia *Ning*, a impus selecțiunea corpului medical până la aplicarea de concursuri foarte grele. Tot această dinastie a înființat un colegiu la *Peking*.

Cu timpul se stabilise că medicii de curte, fac parte din „*colegiu suprem*“, iar medicii poporului care erau fie empirici, fie autodidacți se considerau în categoria a II-a socială.

Medicii în general erau în mod obligator, cinstiți de către obște cu titlul (*I—Shong = Domnule Doctor*).

Medicina chineză care a pătruns în Japonia și Coreea din cele mai vechi timpuri (secol I. D. C.) a creiat un corp medical foarte select, și nu este vrednic de trecut cu vederea, faptul că medicii micadoului, încă din începuturile profesiunii au fost socotiți aristocrați și deci conform obiceiului nobleței purtau robă cu mânecă lungă și sabie.

Medicii populari erau ca și la chinezi socotiți cu o treaptă mai jos. — Numai în secolul XV, Japonezii s'au emancipat de practica medicinei chineze — sub mîntea luminată a medicului *Nagota-Tu-Kouban*, care este socotit ca un creator al medicinei Japoneze. După aceasta a pătruns apoi în secolul XVI, medicina europeană, prin misionari portughezi și olandezi.

\*

După o scurtă incursiune istorică făcută la popoarele situate pe celălalt hemisfer, ne reîntoarcem la practica medicinei în Grecia antică. La acest popor care a adus cultura și civilizația la puncte culminante, medicina a fost la început sacerdotală într'o largă măsură, ca apoi să devină laică. Era firesc ca, datorită spiritului de observațiune critică și creațiune a acestui popor, arta medicală să aibă foarte mult de câștigat.

Este necontestat că și medicina greacă a fost influențată de popoarele învecinate și în special de asirio-babilioneni, prin intermediul Lybiei și Frigiei, dar spiritul științific și critic, care creează valori monetare, greutăți, navigație reputată, etc., nu putea rămâne fără influență asupra practicei medicale.

Medicina prehistorică, cu tot empirismul care o caracterizează, a avut creațiuni ce s'au dovedit din ruinele palatului *Cnoss* (unde s'au descoperit closete și băi cu conducte și scurgeri de apă).

În Odisea, pe lângă eroii medici, se vorbește și de „Medicul profesionist” care era în mare cinste și caracterizat astfel: „*Medicul este un om cu o valoare mai mare decât un mai mare număr de ceilalți*” (Odiseea). Profesiunea medicală a fost înșușită chiar de capete încoronate și după Homer, *Asclepis* era rege al Tesaliei și medic în acelaș timp.

Zețele Pallas, Atena și Hygia au fost socotite ca organizațiile prescripțiilor igienice. Numărul Zețelor de acest fel și cu atari atribuite, erau numeroase: Afrodita, (viața sexuală) Pan, Persefora, Artemisa, etc.

Cu toate aceste caractere mistice, medicina greacă rămâne în mare parte laică. Medicii „laici”, practicau vindecarea bolnavilor, mergând din oraș în oraș și erau funcționarii ai statului. Ei erau obligați să trateze gratuit pe bolnav și să ia măsuri stricte de igienă.

La Atena acești medici erau aleși de către adunările populare și erau socotiți „aristocrați”. — Medicina era socotită profesiune liberă și nu putea fi practică decât de oameni liberi.

*Lycurg* (Sec. VI. I. C.), a înțeles nevoia și a creat medicii militari.

Credința în *Asclepios* (Aesculapius latinește) socotit de eleni ca fiul lui *Apolo* și „zeul medicinei”, a dus la construirea de temple ca cel dela *Epidaur*, unde se săvârșeau adevărate minuni de vindecare.

Atât medicii cât și preoții deserveau acest templu, unde patronul divin, purta titluri de „*latros*” (medic); „*Orthios*” = îndreptător, și „*Soter*” = salvator.

Simbolurile care însoțeau cultul lui *Asclepios* erau: șarpele în primul rând și constant, ventuza, cartea, bastonul și capra, în al doilea rând și facultativ.

Medicii acestui cult, trimeteau mai dinainte simbolul „șarpe-lui” în localitatea ce o destinau ca a lor, pentru un nou templu. Alegerea era făcută însă cu o pricepere vrednică de admirat chiar astăzi, căci, clădirile se făceau numai în regiuni cu aer curat și peisaje încântătoare, ape curate sau minerale, adică, puneau temei pe aceste elemente, ridicându-le la un prim rang, cu toată forța divină a lui Esculap.

Medicina greacă a luat calea ascensiunii foarte rapid, prin caracterul științific, care a început în școala veche din *Croton* și la care s'a adăogat spiritul pătrunzător al lui Pitagora și școalei sale.

Amintim din acest timp (500 I. C.) pe medicul *Alcmeon* (contemporan cu Pitagora) care a avut intuiția circulației sângelui, prin faptul că găsea venele goale la cei morți, a descris nervii optici și a localizat centrul senzațiilor și al gândirii în creier.

Apogeul medicinei grece este atins în perioada *Hipocratică*; Nu numai practica medicală bazată pe observațiunea bolnavilor ce a stat peste 20 secole la baza practicei medicale de pretutindeni s'a bucurat de acest prestigiu, ci și practicienii.

Între cărțile sale magnifice găsim și un admirabil cod deon-

tologic medical în care spune „*Medicul care este în acelaș timp un filozof, este asemăndător zeilor*“.. și pentru că și pe vremea lui Hipocrate, medicii se recrutau tot dintre oameni, prin jurământul codificat de el, îi constrângea să aibă o anumită ținută în viață, în societate și în profesiune. Astfel găsim recomandăția, care ne-ar servi așa de mult și astăzi: „*Medicii care se găesc împreună să examineze un bolnav, în consult, nu trebuie să se certe niciodată între ei și să nu se acopere reciproc de ridicol*“...

La Romani, în perioada regalității și republicei găsim urme slabe în ceace privește practica medicinei. Cu un caracter sacerdotal în cea mai bună parte, medicina avea câteva zeități ca: „*Mehhitis*“ (zeița malariei pe cât se pare) Minerva, Carmenta (care proteja femeile însărcinate), *Lucine* (zeița menstruației și nașterii) etc.

Preocupați pe cât se pare de viața sexuală și patologia ei care se pare că era înfloritoare, aveau zeițe sub protecția cărora se credeau protejați: Uterina, Cunina, Mena și Kumina.

Spre anul 291 A. C., în timpul unei epidemii de ciumă, s'a adus șarpele lui Asclepios și s'a instalat în insula Tibrului, primul templu, mai apoi și un spital după concepția Asclepică.

Treptat medicina romană a fost invadată de practicieni greci, despre care romanii nu aveau o părere prea bună. *Caton* scria fiului său *Marcus* că: medicii greci sunt indocile și perversi „și credemă, de câte ori ne vor da cunoștințele lor, ei vor corupe Roma“...

Medicina empirică era reprezentată la romani prin cunoștințele moștenite în familii, căci, „*pater familias*“ deținea și această grijă.

Indiciu că această practică nu era suficientă, este că mulți medici greci se instalau la Roma și practicau cu folos din toate punctele de vedere.

Medicina la Romani, era socotită ca o profesiune înjositoare pentru un cetățean roman și practică numai de sclavi și streini, (greci, evrei).

Sub splendoarea imperiului roman, necesitatea îngrijirii săpătății, a îndemnat poporul la o atențiune deosebită spre medicină. Au înființat școli de medicină, în diferite puncte ale vastului teritoriu ocupat, în Marsilia, Lyon, Saragoza și Antiochia. Medicul provenit din aceste școli, foarte serioase dealfel, căpăta titlul și dreptul de „*Medicus republicae*“ și devenea prin aceasta cetățean roman chiar dacă era străin.

Impăratul *Alex. Sever* a înțeles și a promovat știința medicinei, clădind instituțiuni pentru învățământul clinic al medicinei, — așa zisele „*tabernae, iatrae și valetudinarii*“.

Medicina a început în această perioadă, să fie practică chiar de femei și a apărut specializarea: oculistică, dentistică, ginecologică și obstreticală.

Impăratul Traian și Hadrian, a făcut obligator funcțiunea de medic pentru fiecare legiune și fiecare corabie.

La Romani, medicii și medicina s'au ridicat treptat la un

prestigiu deosebit, căci aceștia ocupau funcțiunile cele mai înalte ale statului și titlul de arhiatros, era socotită cea mai mare distincțiune palatină.

În ultimii ani ai imperiului lui Alex. Sever (208—235) s'a înființat onorariile pentru medici și li s'au dat tuturor drepturi de cetățeni.

Medicii au avut deasemenea un important rol și de mare cinste, în timpul conceperii și construirii marilor lucrări de igienă publică: apeducte, scurgeri, cloaca maxima, etc...

Această lungă perioadă a avut o serie de medici iluștrii, crescuți în principiile școlii Asclepiade, dintre care amintim pe: *Ternisson*, *Crisoppe*, *Claudius* și *Antoniu Musa* (medicul lui August), etc.

În timpul imperiului: *Soranus*, apoi *Aulus*, *Corneliu Celes* și *Pliniu* prin studiile lor enciclopedice și în special cele medicale, au dat un prestigiu deosebit acestora din urmă și a ajutat mult la difuziunea sa.

Ulterior școlile: preumistică și ecleziastică cu *Agaton*, *Apolinus din Efes*, *Arète din Capodachea*, *Dioscoride* (care a fost și în țările noastre) *Chirurgul Heliodore*, au continuat contribuția la ridicarea nivelului medicinei romane spre a culmina în timpul școlii lui Gallien, (originar din Pergam — Asia mică) (138—251).

În epoca creștină școala medicală romană decade și dela spiritul experimental, filosofic, igienico-politico-etatic, s'a întors iarăș, la adăpostul bisericii. Central University Library Cluj

Profesioniștii medicinei au fost, în epoca imperiului roman în deosebită cinste.

Este suficient să amintim pe *Oribare* care se trăgea din familie de patricieni, din Pergam ca și *Galien* (325) și ajunsese în mare cinste de medic al palatului în timpul lui *Iulius Cezar*.

Cu mult după aceasta a fost trimis questor al Constantinopolului. Calitățile acestuia se pare că erau așa de importante, că deși împăratul Valentinian la isgonit la venirea sa pe tron, a fost nevoit să-l recheme la postul său.

Prestigiul profesionismului, a atins culmea în timpul lui *Justinian*, când medicii *Cosma* și *Damian* au fost beatificați. — Faima practicei lor medicale, în diferite regiuni din orientul creștin era comparabilă cu aceea a templelor lui *Esculap*.

Chiar în perioada de răspândire a creștinismului, medicina a atras fețe mari bisericesti.

Dintre aceștia amintim pe *episcopul Teodor din Ladacia*, *Eusebiu*, *Episcopul Romei* și *Zenobe mare preot din Sidon*.

Dacă medicina nu a făcut prea mari progrese față de trecut în timpul începutului și răspândirii creștinismului, a îmbrăcat însă în schimb, acea nuanță de altruism adus de creștinism, care o ridică până la înălțimi morale neatinse.

Din acele timpuri, au început să se construiască spitale pentru cei mulți și suferinzi, și astfel găsim origina primului spital, *Fabiola* (400 D. C.) din *Roma*, iar la Ierusalim primul spital al împărătesei *Eudoxia*.

O perioadă de reînviere al prestigiului medicinei o găsim ceva mai târziu la Arabi.

Atât în perioada inițială cât și în cea de perfecționare, se descoperă la medicina arabă, urme foarte pronunțate din școala lui Hipocrate, ajunse aci, prin traducerile evreești, ale operilor luate după Școlile grecești, Siriane, Nestoriane și Persane, unde difuzate cu timpul, și pe unde ajunse apoi stăpânirea arabă.

Spiritul rafinat arab și inteligența profesioniștilor au îmbogățit observațiile clinice și au șlefuit concepțiile și practicile hipocratice, dându-le cu timpul un caracter ușor diferit de cel primitiv moștenit.

Principii arabi, au sprijinit și încurajat această nobilă profesiune și au înființat biblioteci și academii de medicină în Cordoba, Cair, Escorial și Bagdad.

Este de reținut faptul că, chirurgii erau considerați inferiori medicilor și funcționau totdeauna ca subalterni.

Remunerarea profesionalismului era admirabilă și serviciile acestora erau indispensabile chiar prinților arabi.

Astfel medicul lui *Harun-al-Rașid*, *Bachitisun*, era plătit aproximativ 500.000.— lei în moneda noastră pe lună.

Medicina arabă, a dat lumii câteva figuri ilustre, în epoca sa de înflorire. Cităm pe *Razes* (persan de origină 850—923) Abon-Becar-Mahomed-ibn-Zaharias, pe arăbește, care a lăsat o enciclopedie medicală. Apoi *Ali-Abas* (994) (denumit Ali-Sen-el-Abess) și *Avicene* (Abu-Ali-el-Osseni) este cea mai ilustră figură din acea epocă, ce ne-a lăsat „canoanele medicale“.

Dintre chirurghi cităm pe vestitul *Abul-Resim*.

Ceva mai târziu (1113—1162) apare o altă figură medicală de mare faimă *Avenzoar* care este un adversar al concepțiilor și școlii lui *Avicene* iar la câteva decenii *Maimonide* (1126—1198) la Cordoba evreu de origină, cucerește admirația lumii de atunci și dă medicinei un nou avânt și prestigiu.

\*

În primele secole ale eviului mediu, nivelul civilizației greco-romane, a avut mult de suferit, atât din cauza epidemiilor mari cât și a invaziilor barbare, cari au distrus vechile instituții ale imperiului roman.

Este curios că medicina a fost apreciată chiar de învingătorii barbari, fie ei de origină germanică sau galo-celtă, și proba o avem în afirmația lui *Cassiodore* (490—535), care amintește că *Teodoric* regele ostrogoților, a păstrat organizațiile sanitare romane, precum și funcțiunile de arhiatroși.

În ordonanțele sale către învinși, scrie între altele... „printre artele care contribuie să susțină umanitatea fragilă, nici una nu poate fi considerată superioară, nici chiar egală, medicinei...“.

La numirea arhiatrașilor, se zicea în formula sacramentală, „să fi un arbitru în această artă ilustră“... și mai departe: „Intră liber în palatele noastre; cu toată încrederea și-ți va fi permis să scrii chiar cure penibile, etc., în interesul sănătății noastre...“.

Jurământul medicilor era analog cu acel al preoților, însă sunt probe că în concepția regelui ostrogoților, puterea sacerdotală era superioară.

Regele *Atlaric*, regii Merovingieni și Corovingieni au deasemenea arhimedici, și medici publici pentru orașe, — iar *Carol-cel-Mare*, legiuște ca cei destinați studiului medicinei să fie educați de mici în acest sens.

La *Vizigoți*, găsim legiuri în legătură cu responsabilitatea medicului, libertatea de acțiune a medicului în caz de urgență, precum și preșurile principalelor operațiuni, iar în caz de vină (fără de omucidere) medicul nu putea sta în închisoare, fără judecată.

Chiar în perioada când medicina a început să fie adăpostită în mănăstire, de către ordinele călugărești, s'a bucurat de prestigiu prin crearea faimoasei școli de medicină și a spitalului foarte căutat dela *Monte-Cassino*.

În 805, *Carol-cel-Mare* convins de importanța medicinei a introdus-o în școlile din: Paris, Lyon, Maty și Fulia, alături de aritmetică, gramatică, muzică, retorică, astronomie, geometrie și dialectică.

Mai târziu prin reputația învățământului medical „*Scoala din Salerno*”, atinge reputația școlii din „*Coss*” din perioada Hipocratică.

Este demn de relevat că la prestigiul medical au contribuit și femeile (obișnuite mai ales în medicina popoarelor germane) și dintre ele cităm pe vestita *Troula* „mulier sapientisma” sau „*sapiens matrona*” cum i se mai zicea.

În secolele XII și XIII, medicina laică crescută mult în prestigiu, primește legiuirea din partea lui *Frederic II*, „*că nimeni nu poate deveni medic decât după 5 ani de studiu și 1 an de practică lângă un medic reputat*”.

*Carol de Anjou* ca și *Frederic II*, avea mult respect pentru medicină, iar în 1413 *Ladislau* regele Ungurilor, a acordat privilegiu deosebite medicilor.

Cu toată prigoana inchiziției în ultimele secole ale evului mediu —, medicina laică era în cinste, iar de medici, nu se putea dispensa la nevoie, nici papii.

Astfel medicul celebru pe atunci *Taddeus* a fost consultat de de *papă Honorius IV*. Acesta era reputat și ca profesionist dar și ca preținzător de onorarii mari, de care n'a scăpat nici papa *Honorius IV*, căci i-a pus la socoteală cu toate că murise, 100 ducați pe zi.

Ideea că puterea de a vindeca, ca și practica medicală sunt de esență divină, era foarte răspândită în evul mediu unde prinții și regii erau solicitați de popor, să-i atingă cu degetul, spre a-i scăpa de suferință. Cităm pe *Robert cel Pios* (Franța), *Filip II*, *Ludovic VI*, și pe *Eduart „confesorul”*, în Anglia.

Școlile din *Bologna* și *Padova* au dat medici reputați și bine pregătiți în acele timpuri, iar către sfârșitul sec. XIV, medicina era foarte organizată și cu sănătoase principii deontologice. Cităm:

„interzicerea medicului de a face prognosticuri grave fără consult”,... și „amenda de 40 soli, pentru medicul care-și bârfește public colegul”.

\*

Renașterea constituie și pentru medicină un prilej de înălțare. *Giovano Fracastore*, 1478, unul din exemplarele puține pe care le-a creiat epoca renașterii și care era în acelaș timp, „poet elegant”, matematician, geograf și astronom, a contribuit la ridicarea nivelului profesiei noastre.

Dacă mai adăogăm nume ca *Giovani D'Aviga*, *Mihel-Angelo*, *Foloppe*, *Ambroise-Paré*, *Pietro-Franco*, *Bartholomeu Maggy*, vom înțelege ușor faima medicinei pe atunci.

În special chirurgia și specialitățile derivate au avut foarte mult de câștigat în prestigiu.

Medicii, ca profesioniști și oameni, se bucurau de osebită cinste și onoruri, atât dela popor cât și dela capetele încoronate.

Asfel *Guido-Guidi* s'a bucurat de mare trecere la curtea Franței și Colegiul Franței. *Fabricius de Aquapедenta* a primit dela republica Venețiană, titlul de „Cavaler Sf. Marcu”.

Profesorii școlilor de medicină (cu excepție în germania) erau stimați și bine plătiți. *Ludovic VII* avea la curte: 1 medic principal plătit cu 800 lire pe an, 5 medici ordinar cu 500 lire pe și 5 chirurși, 2 bărbieri, etc., mai puțin plătiți.

*Caterina de Medicis* îl onora pe medicul său *Jenet* cu 10.000 lire pentru fiecare din cele 10 nașteri. În această epocă, chirurgia a început a nu fi mai jos socotită ca medicina internă și era practică de doctori în medicină.

*Wilkersheim* spune că medicii cu nivelul lor de pregătire, cultură și prestigiul în societate, erau foarte bine primiți și apreciați la curte. *Henric III*, avea prieten și medic pe *Marc Miron*; *Cosma I*. de *Medicis* se complăcea numai între artiștii timpului și medici; iar cărțile din acele vremuri, vorbesc de medici ca de niște personaje foarte onorate de societate, prinți și regi, și care se comportau ca adevărați gentilomi.

\*

Secolul XVII, deși este caracterizat prin progresele făcute de marile descoperiri ale lui *Galileu*, *Neutnton*, *Kepler*, *Bacon de Verulamus* și alții în ceea ce privește prestigiul medicinei găsim multe decepții.

Cu toate genialele descoperiri ale lui *Harvey* (asupra circulației sângelui), a lui *Leuvenbock* (microscopul), și a lui *Olaf Rudbecke* (circulația limfatică); cu toate că *Malpighi*, *Valvalsa*, și *Sydenham Thomas* au deschis orizonturi foarte largi, medicina nu progresează, fiindcă lipsea puterea de înțelegere a conducătorilor școlilor de medicină de pe atunci, ca și a marelui majorității a medicilor.

Este un fenomen bizar, dar real totuș, când o profesiune nu poate progresa din cauza profesioniștilor ei. Rămăși la practica rudimentară, cu o pregătire superficială, respingând cu brutalitate



orice nouă descoperire a spiritelor științifice, pontifii medicali ai secolului se complăceau în certuri și anateme reciproce, condamnând și disprețuind chirurgii, ca ei însuși, să fie subiect de glume usturătoare și dispreț al societății contemporane.

Către sfârșitul secolului, noile cercetări și descoperiri, încep a difuza prin apariția câtorva gazete enciclopedice, care rezervau câteva pagini și medicinei. — Atât în Anglia „Revista Phizical, transactions giving some aconst, of the present undertaking studies and labours in many considerable parts of the World”... cât și revistele apărute: la Paris, Parma, Veneția, etc.

În acestea se învederează ca medicul trebuie să cunoască aplicarea termotetrului, a microscopului și facerea observațiilor anatomo-clinice.

Cu toate acestea, din numele de mare prestigiu în medicină, pe lângă mari descoperitori, putem cita pe Lancissi, care era sfetnic și medic al papilor Inocențiu XI, XII, Clement XI și Consilier al lui Ludovic XIV, iar Giuseppe Gazali reputat medic al regelui Leopold.

\*

Secolul al XVIII se caracterizează prin trecerea aproape completă a medicului dela preocupări paramedicale ca alchimia, horoscopia și astrologia la medicina propriu zisă, care începuse să se așeze pe baze exclusiv științifice, pe descoperiri anatomice și fiziologice precise.

Tot ce pierduse din prestigiu în secolul precedent este recuperat și depășit, medicii nu mai sunt ambulanti, nu mai fac filozofie, ci se instalează medici de casă prin orașe și foburguri, rămânând practicieni stricți ai medicinei.

În universități studiile medicale se fac serios și cu folos, înlocuindu-se teoria cu aplicațiunile practice în clinică așa cum a făcut primul în 1754 (*Van Swieten*) la Viena și *Bossieri* în 1770 la Pavia. Spitalele încep a fi organizate, în vederea scopului pentru care fuseseră create. Tratamentele din azile de alienați încep a fi mai blânde și umane.

În Franța chirurgia este pusă în acelaș rang cu medicina internă și se înființează: Academie Royale de Chirurgie la Paris; iar în Anglia și Germania, Chirurgii *Unter* și *Heister* sunt numiți profesori la universitate.

La 1875 învățământul medico militar câștigă în prestigiu prin crearea academiei militare medico-chirurgicale din Viena. Toțuș organizarea serviciului sanitar în orașe nu făcea progrese de loc.

Cu toate aceste înălțare față de secolul al XVII, mentalitatea obștească rămâne neschimbată. — Lipsa de cultură temeinică a păturilor sociale, chiar acele de sus, fac să înflorească alături de medicina propriu zisă, falși și șarlatani.

A fost poate apogeul șarlatanismului.

Reamintim de nume celebre: Iosef Balsamo, Contele de Cagliostro, Giacomo Casanova și St. Germain. Aceștia nu numai că practicau șarlatanismul obicinuit, prin vânzarea de medicamente

în stradă ci frecventau păturile bogate și așa zise nobile ale timpului, bătându-și joc de credulitatea ignorantă a acestora.

Astfel contele de Sf. Germain, pretindea a vinde elixirul longevității „L'Archee universal” cu care pretindea a-și fi lungit el însăși viața, deoarece pretindea a fi stat alături de Isus Cristos la nunta din Cana Galilei.

Deasemeni femeilor urâte, le vindea elixiruri pentru a deveni superbe și grațioase...!

Este vrednică de amintit și șarlatanele medicale Jane Ste-wus și Mapp devenite foarte bogate. Cele dintâi însăși guvernul englez cu votul parlamentului i-a cumpărat „minunatul” elixir...!

Revenind însă la adevărata medicină, o putem caracteriza printr'o frumoasă ascensiune ca știință. Descoperirile noi nu mai erau apanajul câtorva, ci începuse să difuzeze la un număr cât mai mare de medici, iar bazele cercetărilor erau acum anatomo-patologice și clinice.

În secolul XIX medicina care câștigase mult din prestigiu, aduce respectiv și profesioniștilor o ridicare în ochii societății.

Medicii, erau chemați să-și dea părerea în multe chestiuni privind sănătatea publică și igiena socială.

Din nefericire însă, mai ales în apus, medicii academicieni, își pierdeau din prestigiu, fie prin lipsa de adaptare la descoperirile tot mai recente, fie că continuau a se certa pe doctrine de medicină internă sau chirurgicale perimate, fie că se dădeau la certuri nepotrivite personale — certuri ce ajungeau până în opinia publică, care-i ironza și satiriza în ziare umoristice, piese de teatru sau bucăți literare. Chirurgii deasemenea au scăpat în mod dureros aproape 50 ani din beneficiile anesteziei, pe motive neplauzibile și fiindcă neglijase trecutul cu atâtea învățăminte.

În perioada finală a secolului al XIX, însă avem o schimbare definitivă. Progresele chirurgiei după descoperirea asepției și desăvârșirea anesteziei ca și ale medicinei interne și celelalte specialități a mers progresiv prin mintea luminată și cultivată ca și înalta ținută morală a medicilor și a conducătorilor de școli.

Am putea spune că sfârșitul secolului al XIX și începutul secolului XX constituie o perioadă în care prestigiul științei și profesioniștilor medicinei au mers paralel și a atins culmile cele mai înalte.

Ultimele decade ca și perioada actuală se poate caracteriza printr'un *prestigiu neegalat al științei medicinei în dezacord cu creditul acordat profesioniștilor.*

Desigur că aci este și o parte de falsă credință a marelui public, care consideră astăzi medicina ca știință în sine, așa de perfectă, că după mentalitatea acestora nimeni și nimic nu trebuie să aibe eșecuri; iar insuccesele aproape sunt puse pe nedrept adesea în sarcina medicului, oricât de priceput și conștiincios ar fi.

De această stare de lucruri suntem însăși medicii de vină.

Obișnuți să ducă pe vremuri o viață materială uneori luxa-

riantă, imposibil de realizat sau generalizat, s'a început goana după câștig și s'a exagerat posibilitățile reale ale științei noastre, astfel că sub raportul etic în zilele noastre, suntem mult scoborați față de timpurile trecute.

La acest fenomen se adaugă și repercusiunea psihozei generale post belice și vom vedea că la popoarele refăcute moralmente și cu ordine socială bună, prestigiul medicilor și medicinei este diferit de celelalte țări, cu viața publică în frământare perpetuă și fără orientare.

La noi, ca să avem o imagine mai perfectă a prestigiului profesiei medicale, vom aminti de legea camerilor de muncă unde medicii sunt nevoiți să-și capete dreptate profesională, alături de ucenici, vânzători ambulanți și bărbieri... iar într'o legiuire de acum 2—3 ani, cu prilejul alegerilor comunale dacă nu mă înșel, medicii erau categorisiți cu... vânzătorii ambulanți de băuturi răcoritoare și paracliserii... iar curțile cu juri, au aproape zilnic un medic pe băncile acuzărei.

În ceiace privește prestigiul în alte țări, situațunea morală trebuie deasemeni să fie mult scăzută, căci.

P. Viard în „La vie medicale“ Iunie 1935. spune „Publicul pierde în fiecare zi tot mai mult încrederea în medic, pentru că în caz de boală, el nu găsește pentru liniștirea și ușurarea lui, decât contradicții de diagnostice și tratament, procedee tehnice inutile, îngreuiate și neprecise, lipsa de legătură intermedicală și critică fără justificare.

Prof. Sargent spune: „Cât e de frumoasă, nobilă și glorioasă prin trecutul ei profesiunea noastră! Să unim eforturile pentru a menține prestigiul și caracterul ei liberal! Să preferăm a muri pe pae decât să crăpăm în gunoi“. Iertați-mi această formulă, oricât de violent imaginată, care rezumă un principiu pe care el îl recomandă tinerilor mei stagiați, și pe care ei mă aud mereu repetându-l“.

Socotesc inutil continuarea caracterizării vremurilor noastre și cred că e firesc a termina, pentru ridicarea prestigiului științei și al profesiștilor medicinei, cu încheerea:

Mai puțin egoism și materialism,

Mai multă cultură profesională

Și o cât mai înaltă ținută morală.

Iar la greșală, să ne judecăm, la timp, între noi, pentru a a nu fi judecați, de restul societății.

## COMPRESIUNE MEDULARA, BLOCAJ COMPLECT D<sup>o</sup>. D<sup>o</sup>.

de

D. PAULIAN, I. R. DEMETRESCU și M. CARDAȘ

**OBSERV.:** Bolnava L. N., în etate de 33 ani, necăsătorită, intră în serviciul nostru în ziua de 13 Martie 1936, pentru impotența funcțională a membrului inferior stâng și amorțeală în jumătatea inferioară a corpului începând din regiunea mamelară (bilateral).

Nimic important ca antecedente. Menstruată la 13 ani, regulat, fără accidente. Neagă leziunile genitale.

Acum 12 ani a avut un erizipel al feței, neagă alte boale infecțioase. Ar fi urmat laa intervale injecțiuni cu Neosalvarsan, fără să fi avut vre-o reacțiune pozitivă umorală. A uzat și uzează de alcool și tutun.

Cu patru ani mai înainte a suferit o lovitură în regiunea occipitală, fără nici o repercusiune.

Boala a debutat acum trei săptămâni prin amorțeli în membrul inferior drept și senzația de căldură.

De vreo două săptămâni a început a avea aceleași senzațiuni și în membrul inferior stâng, cu turburări în mers, cu stepaj. Aceste turburări au evoluat aparându-se. Cam la aceeași epocă și dureri în același membru. Avea din când în când grețuri, și vărsături, micțiuni dificile. Starea prezentă la intrarea în spital: ușoară inegalitate popilară, dr. stg., cu reacțiuni normale ale pupilelor.

La membrele superioare: mișcările active se produc normal, afară de mișcarea de opoziție la mâna stângă, care se face anevoios cu primele două degete. Atitudinea ultimelor patru degete de la mâna stângă este: prima falangă în extensie, iar ultimile două în flexiune. Mișcările pasive nu întâmpină nici o rezistență. Forța dynamometrică, dr. = 60, stânga = 0.

Reflexele osteo-tendinoase mai vii la stânga.

Reflexele cutanate abdominale nu se produc.

La membrele inferioare: atitudinea în varus equin a piciorului, greu reductibilă.

Mișcările active normale la membrul inferior drept, mai dificilă la stânga. Reflexele osteo-tendinoase mai vii la stânga. Clonus al rotulei stângi. Reflexul cutanat plantar absent bilateral. Ușoară contractură la stânga. Mersul greoi: raclează solul cu marginea externă a piciorului stâng.

Turburări de sensibilitate: Hypoestezie tactilă, dureroasă și termică

de la nivelul coastei a II-a în jos, la dreapta inclusiv membrul inferior.  
De aceeași parte hypoestezie vibratorie.

Nimic apreciable visceral.

Analize: Toate reacțiunile negative în lichidul cefalorachidian, și în sânge; Ureia în sânge = 0.28 p.  $\frac{0}{100}$ ; urinele normale. Examen ocular:



Turburări pupilare la dreapta. Proba lipiodolului. Injecție suboccipitală cu 2 cmc. lipiodol Lafay. Lipiodolul s'a oprit în întregime sub forma unei râme lunguțe, la nivelul vertebrei D<sup>6</sup> și numai o picătură a ajuns până la D<sup>8</sup>:

Concluziuni: Blocaj total la nivelul D<sup>6</sup>—D<sup>8</sup>.

Din cele expuse rezultă evidențierea netă a unei compresiuni medulare la nivelul indicat de reperajul lipiododat. Bolnava era și purtătoarea unei encefalopatii cerebrale, congenitale (hemipareză infantilă cu atitudinea în varus equin a piciorului stâng și probabil tot din această cauză și a encefalității papilare.

Cum de altfel se întâmplă de obicei, aceste infirmități câștigate ca și cele congenitale, sunt adesea puse pe seama unui sifilis congenital sau câștigat ulterior, și cu toată negativitatea reacțiunilor se perseverează în tratamentul specific, fără nici un discernământ.

Bolnava a refuzat intervențiunea chirurgicală și am concediat-o din serviciu.

Ținem să semnalăm, importanță cu această ocaziune, a probei cu lipiodol pentru tranșarea unui diagnostic și valoarea incontestată și care cadrează — a probelor de laborator.

Totdeauna, abcesul ce se face cu perseverarea într'un tratament inutil și tergiversarea intervențiunii chirurgicale dincolo de epoca utilă, unei bune recuperațiuni motrice și sensitivă ulterioară.

## UN NOU TRATAMENT FOARTE EFICACE AL ANGINELOR ACUTE\*)

de

**D-r L. MAYERSOHN**

Medic primar de Laringologie

la Spitalul Noua Maternitate din București

**O injecție, cel mult două, de bismut (6—8 ctg.) provoacă o amendare a simptomelor unei angine acute, după 8—24 ore dela injecție.**

Tratamentul anginelor acute prezintă o dificultate destul de mare din cauza multelor lor forme. Într'adevăr unele tratate descriu până la 48 de varietăți de amigdalite, fiecare comportând un tratament propriu. Când dar cineva vine cu o reducere aproape la minimum a acestor varietăți și mai ales cu un tratament care le cuprinde pe toate, sau aproape pe toate, medicii practicieni nu pot decât să îi fie recunoscători.

Este cazul doctorului Monteiro, asistentul clinicei de O-R-L. de pe lângă Facultatea de Medicină din Rio-de-Janeiro, care publică în No. 6 din 1934 al Revistei pariziene „Annales des maladies du nez, des oreilles et du larynx” un articol în care arată că, în toate cazurile de angină acută, simplă, criptică erimatoasă, pultacee, fuso, spirilare, etc., fie că se prezintă sau nu cu temperatură, curbatură, disfagie etc., printr'o singură injecție, cel mult două, la 48 de ore interval, cu o soluție de bismuth, oricare, conținând 6—8 centigrame de bismuth, el obține o amendare a tuturor simptomelor și 8 până la 24 de ore după injecție. Din acest tratament el nu exclude decât angina difterică, care trebuie tratată cu serumul antidifteric.

Într'un articol ulterior publicat în aceeași revistă, No. 9, din 1935, el publică o statistică de 1180 de cazuri tratate astfel cu succes, mai puțin 48 de eșecuri. Aceasta reprezintă deci 96<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de vindecări și 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> numai nereușite. Toate aceste cazuri îi au fost

1) Comunicare făcută la Societatea română de Oto-rino-laringologie din București, la ședința din 14 Ianuarie 1936.

relatate de către șefii serviciilor de O.R.L. și de spitale din toată Brazilia.

Profesorul Marinho, directorul Clinicei universitare de O.R.L. din Rio de Janeiro, într'un număr (3) din Annales, anul 1935, confirmă experiențele asistentului său și merge până acolo că trage concluzia din cele constatate de dânsul, că o nouă clasificare a anginelor se impune. El împarte dar anginele în două clase; acelea care trebuiesc tratate cu bismuth și acele care trebuiesc tratate cu ser antidifteric.

În urma citirii acestor articole, m'am decis să încerc acest tratament și trebuie să spun de pe acum că am rămas într'adevăr perfect mulțumit de marea sa eficacitate.

Redau aci primele zece cazuri tratate cu injecție de bismuth.

**OBSERV. I-a.** — Primul bolnav a fost o doamnă Gr. D. de 43 ani, care mă cheamă pentru o durere intensă de gât, cu To. 39.9, cu dificultate la înghițit și cu o stare generală rea. Constat o amigdalită eritemato-pultaceă, cu ambele amigdale acoperite de un exudat alb. Am injectat în fesă 2 cc. de Bijosol (soluție apoasă izotonică conținând 8 cgr. de bismuth-carboxyethyl-tetraiod). A doua zi dimineța, bolnava mă întâmpină surâzând To. este de 37,2, dificultatea de a înghiți dispărută, nici o urmă de exudat pe amigdale, bolnava plângându-se numai de o vagă durere în ureche, care după câteva zile s'a arătat a fi o otită medie, care după paracenteză a evoluat normal spre vindecare în 4 săptămâni.

**OBSERV. II-a.** — Încurajat de prima încercare propun același tratament unui tânăr coleg care își făcea stagiul militar și care vine în cabinetul meu cu o durere de gât, o To. de 38.3. La examen găsesc pe fiecare amigdală câte o criptă infectată, mai ales pe cea stângă, plină cu o secreție cenușie murdară. Diagnostichez amigdalită criptică. Colegul acceptând îi injectez o fiolă de Bijosol în fesă. A doua zi, temperatura este scăzută la 37.1, disfagia dispărută, cripta amigdalei drepte curată, cea din stânga curată și ea, dar profundă și ulcerată. Părându-mi-se suspect, propun o analiză bacteriologică și cultură. Ambele dau o colonie pură de fuso-spirilar. Deși starea pacientului este excelentă după injecția cu bijosol, putând fără nici-o dificultate să-și urmeze cursurile la Centrul de Instrucție, dar cum acesta e primul caz de angina lui Vincent, nu îndrăznesc să mă las în singura nădejde a bismutului și continui cu tratamentul local prin insuflații de neosalvarsan, până la completă dispariție a ulcerățiilor.

**OBSERV. III-a.** — O fetiță de 12 ani, L. G., face o angină pultacee cu 38,7, disfagie, etc. Îi fac o injecție de 2 cc. Bijosol în mușchii coapsei. A 2-a zi temperatura e de 37, secrețiunea pultacee mult diminuată, disfagia nulă.

**OBSERV. IV-a.** — I. C. face o amigdalită eritemato pultacee suspectă. Secreția e cenușie abondentă și acoperă fața internă a ambelor amigdale. Disfagie intensă, curbătură, stare generală rea. Trimit un frotiu la laborator și până la rezultat îi fac o injecție în fesă cu Bijosol. Rezultatul analizei este o cultură pură de stafilococ. După 36 ore dela injecție toate fenomenele au dispărut, temperatura e de 37.3, iar bolnavul se simte sănătos.

De obicei amigdalite de felul acesta țin pe bolnav în casă 8—10 zile.

**OBSERV. V-a.** — Domnișoară de 19 ani, S. F. suferă de gât de trei

săptămâni cu To. variând între 37—37,4. Găsesc o amigdalită criptică, umplută cu o secreție galbenă murdară și rău mirositoare, cu o ușoară disfagie. O injecție cu Bijosol, face ca peste noapte pacienta să elimine din cripte o mulțime de corpusculi fermentați pe care îmi arată a doua zi dimineța, declarându-mi în acelaș timp că se simte foarte bine.

**OBSERV. VI-a.** — O altă domnișoară de 19 ani, S. S., vine în cabinetul meu cu durere de gât, temperatură 37,8 și cu membran albicioase acoperind ambele amigdale. Starea generală destul de rea. Fiind sârbătoare și laboratoarele închise, las pe a doua zi luarea unui frotiu de pe amigdale și îi fac o injecție de Bijosol. Dimineța la 8 îmi telefonează că în urma injecției îi merge foarte bine și că a avut o noapte normală. Era deci o angină pultacee.

**OBSERV. VII-a.** — Un tânăr de 17 ani, H. W., face o amigdalită eritematoasă cu temp. ridicată și puternică durere la înghițit. O injecție cu 2 cc. de Bijosol face ca ziua următoare pacientul să fie complet revenit la sănătate.

**OBSERV. VIII-a.** — O guvernantă M. Sch., de 29 ani, cu o angină eritematopultacee, To. ridicată și disfagie pronunțată, se face bine 24 de ore după ce îi am făcut o injecție intramusculară de Bijosol.

**OBSERV. IX-a.** — O tânără I. M. de 23 de ani, este internată pentru o angină criptică gravă, datând de 24 de ore, cu To. 39,5, disfagie completă, curbătură, neputându-se ține pe picioare. Ordon să i se facă o injecție cu o fiolă de Bijosol. Temperatura scade după 24 de ore la 38,5, după alte 24 de ore la 37, și apoi sub 37.

Celelalte 5 cazuri fiind aproape identice cu cele precedente, nu fac de cât să le semnalez.

Mă simt obligat de a semnala că în afară de injecțiile cu Bismuth nu am mai prescris nici un alt tratament: nici gargară, nici pensulații, nici priessnițe, de cât excepțional. Le cred inutile.

În trei cazuri injecțiile cu bismuth nu mi-au dat vindecare ci numai dispariția exudatelor de pe amigdale și din cripte urmate de o ușoară ameliorare temporară. Aceste trei cazuri însă au evoluat spre formarea unor flegmoane amigdalieni.

Modul de acțiune al bismuthului asupra infecțiunei amigdalieni se poate explica prin puterea mare bacterică a bismuthului așa de bine studiată de Levaditi și prin faptul că calea de eliminare a bismuthului e tocmai mucoasa bucală și gingivală. Distrugerea microbilor provocatori ai anginei face ca secrețiunile să se disolve și să se elimine din cripte și de pe suprafața amigdalelor.

Anginele prodromice ale scarlatinei, pojarului, agranulocitoza etc., trebuiesc scoase din clasa anginei acute.

Cred că în urma experienței mele scurte îmi este permis să recomand confrăților acest tratament simplu al anginelor acute, de oarece e foarte eficace, e simplu și la îndemâna oricui. Ar urma deci după sfatul Profesorului Marinho, ca anginele care după analiza de laborator se arată a fi difterice, să le tratăm cu ser antidifteric, iar cele care la analiză nu sunt difterice să le tratăm cu o injecție sau 2, după patruzeci și opt de ore, cu o soluție de bismuth.



Le docteur Lazare Mayersohn a essayé avec le plus grand succès le traitement, par une simple injection de bismuth en solution, des angines aiguës non spécifiques de toute nature: érythémateuses, cryptiques, pultacées etc. d'après la méthode de Monteiro, de Rio de Janeiro, à l'exclusion de tout autre traitement adjuvant comme gargarisme, collutoire, compresse humide, antipyrétique etc.

En moins de 24 heures les douleurs cessent, la température tombe, les sécrétions amygdaliennes disparaissent, les cryptes se vident et l'état général s'améliore.

Les échecs sont très rares et s'observent dans les cas d'angines qui évoluent vers la suppuration. L'auteur cite une partie des cas observés par lui, soit dans son service d'hôpital, soit dans sa clientèle privée.

Il dottore Lazare Mayersohn ha avute piu grandi successi nel trattamento delle angine acute non specifiche di qualunque natura: eritematosa, criptica, pultacea, ecc., con una semplice iniezione di bismute, secondo la metoda di Monteiro, di Rio-di-Janeiro, senza l'aiuto di qualunque adiuvente come gargarismi, collutori, compresse humide, antipiretici ecc.

In meno di 24 ore i dolori cessano, la temperatura cade, le secrezioni amigaliali scompaiono, le cripte se vidano e lo stato generale s'ameliiora.

L'insuccessi sono molto rari e si osservani nei casi di angine che evoluiscono verso la suppurazione.

L'autore cita una parte dei case osservati da lui si nel suo servizio dell'ospedale sia nella sua clientela particolare.

Doctor Lazar Mayersohn hat die Behandlung der acuten nicht spezifischen Angina jedlichen Natur: Angina catharrhalis, Angina lacunaris, Herdförmige Angina, mit Bismuth einsprizungen nach Angaben des Monteiro's aus Rio-de-Janeiro versucht.

Andere Hilfsmittel wie Gurgelungen, Pinselungen, Prieschnitz oder Antipiretische wurden bei diser Behandlungsmethode ausgeschaltet.

Innerhalb von 24 Stunden schwanden die Schmerzen, sowie die Temperatur, der Belag der Tonsillen schwand, die Krypten entleerten sich und der Allgemeinzustand bessert sich.

Versager sind sehr selten und werden nur bei eitriger Einschmetzung beobachtet. Der Autor führt einige von ihm, teils in Krankenhaus, teils in der Privatpraxis beobachtete Fälle an.

## **TRATAMENTUL FITOTERAPIC AL STĂRILOR NEVROPATICE**

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieții genitale, turburări funcționale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

# **PASSIFLORINE**

medicament regulator al simpaticului și sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice*: *Passiflora incarnata*, *Salix alba*, *Crataegus oxyacantha*.

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură și eșantioane:

**GEORGES VERGLAS**

1. Str. Precupeții Vechi—București, Sectorul 3

## CHRONIQUE MÉDICALE LATINE

### **4-ème Congrès de la Presse Médicale Latine**

**(Venise: 29 Sept.—3 Oct. 1936)**

Nous rappelons à nos lecteurs que le 4-ème Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du **mardi 29 Septembre au samedi 3 Octobre 1936**, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Éducation Nationale d'Italie et sous la présidence du Sénateur Professeur D. Giordano.

Le Comité de Patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince Ferdinand de Savoie, Duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent 3 questions:

**1<sup>o</sup> Histoire de la Presse Médicale dans les Pays Latins.**

Rapporteurs: Prof. Tricot-Royer (Louvain); D-r E. Noguera (Madrid); Prof. Laignel-Lavastine et Levy-Valensi (Paris); Prof. Rondopoulos (Athènes); Prof. Pazzini (Rome); Prof. Da Silva Carvalho (Lisbonne); Prof. V. Bologa (Cluj).

**2<sup>o</sup> Influence sociale de la Presse Médicale.**

Rapporteurs: Prof. A Le Sage (Montreal); D-r T. Oliaro (Turin); D-r J. B. Pereira (Rio-de-Janeiro).

**3<sup>o</sup> L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.**

Rapporteurs: Prof. Hartmann (Paris); Prof. Perez (Rome); Prof. Danielopolu et Pavel (Bucarest); X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera:

— des conférences des Prof. Maurice Loeper (de Paris); Nicolas Pende (de Rome); A. Castiglioni (de Padoue);

— une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise;

— un concert de la „Banda Citadina” sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile;

— une visite de l'Hôpital marin, au Lido;

— une excursion de 2 jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia,

aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915—1918;

— une réception offerte par le Président du Congrès à l'Hôtel Danieli; un banquet, etc...

Tous les médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les Congressistes).

Le Secrétaire du Congrès est le Professeur Saraval, Hôpital Civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement; elles peuvent l'être également, pour les Congressistes non italiens, au D-r L. M. Pierra, Secrétaire Général de la Fédération de la Presse Médicale Latine, „L'Hermitage”, Luxeuil (H-te Saône), ou à M. Robert Gardette, Secrétaire Administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

\* \* \*

## Congrès international de thérapeutique

Berne (Suisse), 19-21 Mai 1937

Sous les auspices de l'Union thérapeutique (Association Internationale) un Congrès International de Thérapeutique, présidé par M. le Professeur Emil Burgi, aura lieu à Berne du 19 au 21 Mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. le D-r Gordonoff, Humboldstrasse 53 à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

\* \* \*

## Un déjeuner en l'honneur du Prof. Danielopolu

A l'issue de sa dernière réunion, le Comité Permanent de la Fédération de la Presse Médicale Latine avait organisé un déjeuner en l'honneur du Prof. Danielopolu, de Bucarest, son Vice-Président-Fondateur.

Ce déjeuner était présidé par les Prof. Achard et Hartmann, auprès desquels avaient pris place M. Gheorghiu, secrétaire de la Légation de Roumanie, représentant S. E. Monsieur le Ministre de Roumanie à Paris, les D-rs Dartignes, président de l'Union Médicale Latine, Martiny, secrétaire général de la Section Médicale du Comité France-Italie, Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse Médicale Latine, Pereira, attaché au Consulat du Brésil, Tuchila, médecin des Hôpitaux de Jassy, Minopoulos, d'Athènes, Coelho, de Porto, Jayle, Le Sourd, Gardette, Huber, Godlewski, etc.

Au champagne, le Prof. Achard, a exprimé en quelques phrases heureuses les sentiments des membres de la Fédération et en particulier des médecins français à l'égard du Prof. Danielopolu qui a su réaliser si heureusement, durant l'année écoulée, la création de l'Académie de Médecine de Roumanie, dont il est le secrétaire général et le principal animateur.

Le Prof. **Danielopolu** a répondu en assurant ses collègues de son dévouement à la Fédération et en rendant hommage à la Science médicale française, dont ses compatriotes sont des servants fidèles. Il a terminé en buvant à la France et à la Latinité.

Ajoutons qu'à l'issue du déjeuner les convives ont adopté à l'unanimité le texte de l'adresse suivante au Prof. **Giordano**, Président de la Fédération de la Presse Médicale Latine:

„Le Comité de la Fédération de la Presse Médicale Latine vous adresse „l'expression unanime de son ardente sympathie et de son admiration sans bornes „pour magnifique victoire remportée en Afrique par civilisation latine”.

\* \* \*

## Union thérapeutique

L'Assemblée Générale annuelle de l'**Union Thérapeutique**, présidée par M. le Prof. **Loeper** se tiendra le Mercredi 14 Octobre prochain à la Faculté de Médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (Salle du Conseil). Les questions suivantes seront traitées: L'organisation du Contrôle des Médicaments par M. le Prof. **Dautrebande** (de Liège); la Thérapeutique diétético-insulinique dans le Diabète sucré par M. le Prof. **Luigi Zeja** (de Milan); l'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques par M. le Prof. **Mouriquand** (de Lyon) et **A. Cœur**; les méthodes de réanimation par M. le Prof. **Ag. Cordier**; la Pyrothérapie dans les complications médicales de la Blennorrhagie par M. le Prof. **Ag. Charles Richet** et **M. Facquet**; le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale par **MM. Welti**, chirurgien des Hôpitaux de Paris et **Roland Leven**.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la Séance Plénière de l'**Union** et de la Société de Thérapeutique de Paris (Amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement de Migraines. Les rapports seront les suivants: Traitement endocrinien par M. le Prof. **Maranon** (de Madrid); Spasmes vasculaires et importance de la Thérapeutique antispasmodique par M. le Prof. **Parhon** (de Bucarest); médications hépatiques par M. le Prof. **Aubertin** (de Bordeaux); traitements par les méthodes de modification humorale par **MM. les Prof. Ag. Pasteur Vallery Radot**, **Haguenau** et M. le D-r **Hamburger**.

Les demandes d'adhésion à l'**Union thérapeutique** doivent être adressées au Secrétaire Général: D-r **G. Leven**, 24 rue de Téhéran, Paris (8-ème).

Des billets de Chemin de Fer à tarif réduit seront délivrés aux membres de l'**Union** qui les demanderont au Secrétaire avant le 15 Septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à prendre part aura lieu le même soir.