

# MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

## SUMARUL

	Pag
<i>Cronica medicală</i> . . . . .	383
<b>Lucrări originale</b>	
<b>Prof. S. NICOLAU</b> : PROBELE FUNCIONALE IN DERMATOLOGIE (Par. II) . . . . .	387
<b>GH. ALEXIU și C. VIDRASCU</b> : ATELECTAZIE PULMONARA MASIVA, CRONICA, IN CURSUL EVOLUTIEI TUBERCULOZEI PULMONARE . . . . .	401
<b>C. V. ANTONESCU și D. BUCHERU</b> : DOVADA VASCULARA A PARALIZIEI SIMPATICULUI PRIN ALCALOIZII ERGOTULUI . . . . .	409
<b>V. I. D. CAMENIȚA</b> : SERVICIUL SANITAR RURAL SI SANATATEA SATELOR (CONSTATARI-DEZIDERATE) . . . . .	414
<b>C. D. CONSTANTINESCU</b> : CONSIDERATIUNI ASUPRA MANIFESTATIUNILOR PLEURO-PERITONEALE ALE PALUDIȘMULUI . . . . .	420
<b>E. HERSCHOVITS</b> : BRONCHOPNEUMONIE LOCALIZATA DIAGNOSTICATA PRIN EXAMENUL TELERADIOGRAFIC . . . . .	428
<b>N. MUNTEANU, C. OPRIȘIU, D. PANĂ și V. JULA</b> : CERCETARI ASUPRA FACTORILOR BIOLOGICI FEMENIN SI MASCULIN DIN NAMOLUL TERAPEUTIC DE LA TECHIRGHIOI . . . . .	433
<b>M. NICULESCU</b> : OTRAVIRILE ACCIDENTALE CU ATROPINA SI BELADONA, IN LEGATURA CU UN CAZ CLINIC DE OTRAVIRE ACCIDENTALA CU 0,08 GR. ATROPINA . . . . .	441
<b>V. M. PLĂTĂREANU și I. TĂNĂȘESCU</b> : CONCEPTIA ACTUALA IN TRAMENTUL CANCERULUI MĂMAR . . . . .	418
<b>V. M. PLĂTĂREANU și MATILDA HOEPHNER</b> : TREI MEDICI SASI (BRA- SOVENI) IN RAZ BOIUL INDEPENDENTEI . . . . .	455
<b>I. ZWILLINGER</b> : LIMFOGRANULOMATOZA GASTRICA . . . . .	462

### II

COMITETELE DE DIRECȚIE, REDACȚIE ȘI DE COLABORATORI . . . . .	377
Din „SUMARUL“ No. viitoare . . . . .	378
TABLA PUBLICITAȚII CASELOR FARMACEUTICE . . . . .	379
LUCRĂRI PRIMITE LA REDACȚIE . . . . .	381
CONDIȚIUNI DE PUBLICITATE ȘI ABONAMENT . . . . .	382

# B<sub>1</sub>

**VITAMIN**

Pură,  
cristalizată  
(= Aneurin)

## BETABION Merck

INDICAȚIUNI: **Afecțiuni ale sistemului nervos,**

Neuralgii (sciatică etc.) Polinevrite și Nevrite de diferite origini.  
Myeloză funiculară, Afecțiuni ale cordoanelor posterioare.

AMBALAJE ORIGINALE:

Betabion-Tablete de 0,001 gr  
Betabion-Fiole de 0,002 gr  
Betabion-forte Fiole de 0,01 gr

Tuburi cu 20 bucăți  
Cutii cu 3 și 10 bucăți  
Cutii cu 3 și 10 bucăți  
Deasemenea ambalaje pentru clinic

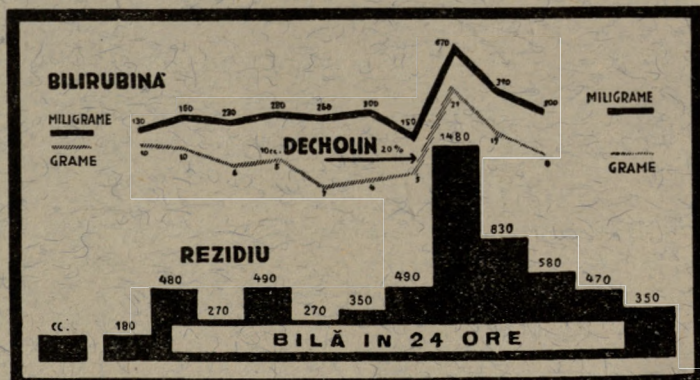
**E. MERCK-DARMSTADT**

„Chimlroman” — București I, Str. Th. Masaryk 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## DECHOLIN CHOLERETIC CHOLAGOG

Recomandat de numeroși specialiști cu reputele mondiale



TABLETE

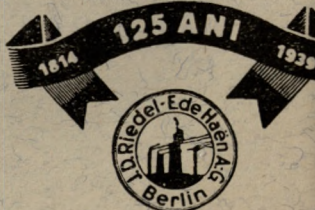
FIOLE

Timp de 15 ani neîntrerupt în uz. Singurul preparat care poate fi injectat și intramuscular.

Reprezentant pentru România:

**Rudolf Forek**

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.



# MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

## — ACTA MEDICA ROMANA —

### COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU — PROF. C. DANIEL  
PROF. D. DANIELOPOLU — PROF. C. LEVADITI

### DIRECTOR:

DOCENT D-R M. CÂNCIULESCU.  
MEMBRU AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ

### COMITET DE REDACȚIE:

Anat. patologică: PROF. E. CRĂCIUN,  
PROF. T. VASILIU.

Cancer: AGR. A. BABEȘ.

Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.

Chimie biologică: PROF. V. CIOCĂLȚEU.

Chirurgie: PROF. IACOBVICI — PROF.  
T. NASTA — AGR. I. JIANU.

Clinică med.: PROF. C. BACALOGIU,  
PROF. I. HAȚIEGANU, PROF. N. LUPU.

Clinica terapeutică: PROF. I. ENESCU,  
PROF. DUMITRESCU-MANTE.

Dermato-Sifilografie: PROF. S. NICOLAU,  
V. DRĂGOESCU.

Digestive: CONF. I. PAVEL, AGR. D. SIMICI.

Endocrinologie: PROF. C. PARHON.

Farmacologie: PROF. S. LALU, PROF.  
GH. NICULESCU.

Genito-Urinare: PROF. N. HORTOLOMEI.

Ginec-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.

Histologie: PROF. I. NICULESCU.

Infecțioase: PROF. M. CIUCA, PROF. AL.  
SLĂTINEANU.

Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA,  
V. GOMOIU.

Laborator: DOC. D. IONESCU, R. HIRSCH.  
Med. exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂ-  
EȘTI, S. NICOLAU (INST. PASTEUR-PARIS).

Med. legală: PROF. M. KERNBACH.

Med. socială: DOC. G. BANU.

Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU,  
AGR. D. PAULIAN.

Oftalmologie: PROF. D. MICHAÏL, PROF.  
D. MANOLESCU.

Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEM-  
PEA, CONF. I. ȚEȚU, DOC. D. VASILIU.

Patologie g-rală: PROF. D. COMBIESCU.

Pat. internă: PROF. A. DOBROVICI.

Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.

Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE, PROF.  
S. GRAȚOSKI, PROF. GH. POPOVICIU.

Fizioterapie: PROF. P. NICULESCU.

Psihiatrie: PROF. C. URECHIA, PROF.  
P. TOMESCU, DOC. A. DIMOLESCU.

Radiologie: PROF. D. NEGRU, DOC. A.  
GEORGESCU, DOC. E. LAZEANU.

Tbc.: DOC. L. DANIELLO, DOC. M. NASTA.

### COLABORATORI:

GH. ALEXIU; M. BACULESCU; V. BISTRICEANU; N. BLAT; V. CERCHEZ;  
AL. CRĂINICEANU; I. DANIEL; AL. DANIEL; V. DIMITRIU; I. GAVRILĂ; I. GLĂ-  
VAN; PROF. I. GOIA; M. GOLDSTEIN; E. HES, LEONEANU; S. IAGNOV; PROF. N. IO-  
NESCU-SISEȘTI; A. IANCU; TRIFON-LICHTER; PROF. I. MINEA; H. MAKELARIE;  
L. MAYERSOHN; I. MARCU; G. MARINESCU; PROF. MRACZEK; PROF. C. MIHAI-  
LESCU; PROF. I. NICOLAU; MEDEA NICULESCU; G-RAL I. PÂRVULESCU; I. PLĂ-  
CINTEANU; M. POPPER; POPESCU-BUZĂU; A. RADOVICI; I. ROSENSTEIN; A.  
RUSESCU; M. SĂCEANU; COL. SĂRDĂRESCU; T. SARAGEA; H. SLOBOZIANU; C.  
STANCA; L.-COL. STROIAN; PROF. M. STURZA; DAN THEODORESCU; PROF. I.  
TUDORANU; PROF. ȚEPOSU; P. VANCEA; I. VASILESCU; G-L A. VASILESCU.

## Din „Sumarul“ No.

viitoare

- PROF. BĂLTEANU și M. SIBI: Reclorurarea în intoxicațiunile mercuriale  
M. CÂNCIULESCU: Asupra boalei reumatismale.  
I. ZWILLINGER: Un caz de bruceloză.  
I. ZWILLINGER: Flebita albastră.  
V. DRĂGOESCU și A. DOBRESCU: Eritem livedoid cu gangrena penisului în urma unei injecțiuni cu bismut.  
GR. GR. IAMANDI: Date clinice și parazitologice asupra unui nou caz de helmintiază intestinală produs de *Ligula iassyensis* Leon 1908.  
S. IRIMESCU: Folioasele diagnosticului timpuriu al tuberculozei pentru combaterea boalei.  
ANA BUSTEA COSTOVICI: Valoarea indicelui de creștere a vesticulei seminale la șobolani în diagnosticul biologic al sarcinei (Reacția Karaman-Porumbu-  
baru-Fotin).  
ANA BUSTEA-COSTOVICI: Problema natalității și mortalității infantile în satele din Circumscripția Rovinari (Gorj).  
ANA BUSTEA COSTOVICI: Lipsuri și deziderate pentru o bună igienă școlară și asistența medicală în mediul școlar rural.  
P. COSAC: Băile sărate și de nămol de la Movila Miresii din jud. Braila.  
C. V. ANTONESCU: Corelația dintre patologia amigdalitănă, manifestațiunile reumatice și ceteice la copil.  
I. GHEORGHE: Sindrom Avellis.  
V. UNGUREANU, E. CORNELEAC și C. MUDREAC: Câteva cazuri de dolicocolon tratate prin simpactectomie lombară transperitoneală, cu considerațiuni asupra rezultatului postoperator.  
M. ENĂCHESCU: Parolism între poliurie și hiperazotemie.  
V. POPESCU și I. VONICA: Contribuțiuni la studiul pelagrei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



**NEUROSEDATIVUL**  
CU  
**A CȚIUNE**  
**CONSTANTĂ**

**TONIC**  
și  
**RECONSTITUANT**  
**ENERGIC**



Repr. p. România: S. I. F. s. a. r. București, Avram Iancu 32

## TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	<u>Pagina</u>
CHIMIROMAN (MERCK): Betabion, Inheptone per os . . . . .	Cop. II, 450
CODEX: Spasmosedine, Desitin . . . . .	413, 426
FARMAKO: Uropurin, Farmacalcin, Magnolod „Farmako”. . . . .	437
R. FOREK: M. B. K., Decholin „Riedel” . . . . .	432, Cop. II
GEDEON RICHTER: Carbolax, Magnocarbon . . . . .	408
GHEORGHIU ST.: Sirop Neuro-Tonic. . . . .	450
GROZEA A.: Tion, Antireumatic „Oeriu” . . . . .	382
P. ILUTZA: Antiseptol, Gargarisme „Chauvin” . . . . .	440
AL. ITEANU: Opoglobin, Hemofer, Nucleagenol, Phytinase, Polytonal, Pectofedrin, Pectosin, Inhalantol, Urosolvan, Iodipon, Glusal, Tofalgon, Valobrom, Valoflorin, Cardival, Theocardose, Lubroll, Palepsin . . . . .	423
KNOLL: Calciumdiuretin, Iodcalciumdiuretin, Rodancalciumdiuretin . . . . .	465
LUTEȚIA: Aerophagyl, Carbonesie, Cuscutine, Hista, Kaolinase, Lysarthrol, Thitophyl . . . . .	404
— — : Biolactyl „Fournier” . . . . .	457
— — : Pancrinol, Phospho-Pancrinol „Debat” . . . . .	419
— — : Calcigenol „Pinard” . . . . .	Cop. III
— — : Tërapia dermatozelor . . . . .	461
— — : Carditone, Lactobyl, Serenol, Taxol, Veinotrope, Uralysol . . . . .	453
OLTENIA: Hypercalcium, Antireumal „Torjescu” . . . . .	469
AL. RADU: Cenovis . . . . .	443
ROBIN: Lactoferment, Vaccin antistreptobacilar „Nicolau-Banciu”, Vaccin microbaciilar antiacneic „Sărățeanu” . . . . .	463
ROMIGEFA: Betaxin, Cantan . . . . .	397
SANDOZ: Calcibronat . . . . .	454
SPECIA: Antiomaline . . . . .	Cop. IV
STANDARD: Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu litic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene Medit de cultură. Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate „Inst. de Seruri și Vaccinuri D-r I. Cantacuzino” . . . . .	417
— — : Opocalcium „Ranson”, Agocholine „Zizine” . . . . .	427
— — : Hemo-cylo-serum „Corbière” . . . . .	431
S. I. F.: Histogenol „Naline”, Calcifix, Disuric, Drenol „Gamma” . . . . .	378, 380, 460
G. VERGLAS: Alganol, Evolaxine . . . . .	380
VIA: Calcium fiole, Calcium opoterapic granule, Ferrovitoglobine, Viyodil, Camphamon, Donalgine, Pectogrippine, Vialin, Uralylt, Papaphylline . . . . .	447



# EVOLAXINE

(LAXATIVUL FEMEII).

Tratamentul fiziologic al constipației obișnuite la femele.

Nu dă loc obișnuinței — nu provoacă colici

Prin lipidele sale ovariene ce conține, stabilizează și regulează în general secreția endocriniană și în special secreția intestinală.

Prin mucilajul său unge pereții intestinali.

Prin rhamus frangula excită peristaltismul.

Prin duodenase mărește secrețiunile biliare, pancreatice și intestinale.

Prin sărurile sale biliare desinfectează tubul digestiv.

INDICAȚIUNI: Constipația obișnuită a femeii.

Enterocolite cronice, Dermatoze, Acnee, Furunculoză.

Auto-intoxicație intestinală.

1 până la 3 comprimate seara la culcare (acțiune rapidă).

1 comprimat pe zi, timp de 30 de zile (cura de regulare intestinală).

# ALGANOL

V. MERCIER — Paris

Cel mai puternic sedativ al durerii. — 1-3 buline pe zi

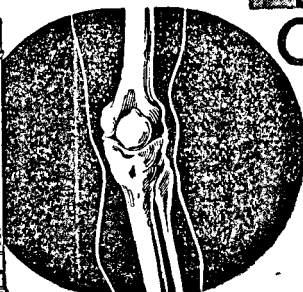
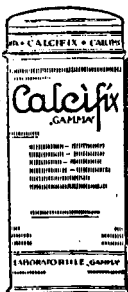
Pentru eșantioane adresați;

**GEORGES VERGLAS**

BUCUREȘTI, 3 — Precupeții Vechi, 1.

TOATE VÂRSTELE  
TOATE TEMPERAMENTELE

SUBCUTAN  
INTRAMUSCULAR  
INTRAVENOS



**Calcifix** { GRANULE  
FIOLE

„GAMMA”

RECALCIFIANȚ

REMINERALIZANT

RECONSTITUANT

REPR. p. ROMÂNIA: S. I. F. s. a. r. BUCUREȘTI, AVRAM IANCU 32

## LUCRĂRI MEDICALE ROMĂNEȘTI

PRIMITE LA REDACȚIE \*)

(In continuare)

CH. D. HERESCU, D-r GR. GR. IAMANDI și D-r C. STRAT: România balneo-climatică pentru uzul medical: Date generale asupra climatologiei, balneologiei, crenoterapiei, fangoterapiei, etc. Date și indicații asupra stațiunilor balneo-climaterice. Indexul apelor minerale românești; indexul maladiilor tratabile prin apele minerale românești. — I. C. Aberman, Iași, 1937.

GR. GR. IAMANDI, D-r ȘTEFĂNIU și GH. BĂILEANU: Câteva date și comentarii asupra mișcării Bolnavilor în spitalele așezămintelor epitropiei Sft. Spiridon din Iași pe decada 1925-1935. — Iașul medical, 1937.

GR. GR. IAMANDI: Contribuțiuni la stadiul cestozilor din familia „Triaenophoridae” Nybelin 1922. Triaenophorus Nodulosus Pall. Notă asupra anatomiei și biologiei viermelui. — Iașul medical, 1937.

GR. GR. IAMANDI: Nota preliminară asupra unui trematod găsit în regiunea Moldovei de mijloc la „Bombinator Ignaeus”. — Iașul medical, 1938.

GR. GR. IAMANDI și TEO GR. IAMANDI: Date epidemiologice asupra exantematecului din Basarabia. Propuneri în vederea combaterii. — Iașul medical, 1938.

GR. GR. IAMANDI și C. STRAT: Considerațiuni clinico-parazitologice asupra unui focar de dizenterie entamoebiană din sudul Basarabiei. — Iașul medical, 1938.

GR. GR. IAMANDI și N. TECLU: Echinostoma 'revolutum (Frölich 1802. — Revista Științifică „V. Adamachi”, Vol. XXIV, Nr. 1, 1938.

GR. T. POPA, A. FRIMU și GR. GR. IAMANDI: Spiridonia din Iași — Iași, Institutul de Arte Grafice „Brawo”, 1938.

TEO & GR. GR. IAMANDI: Circumscripția sanitară Ungheni Tg.-Iași. — Iași, Institutul de Arte Grafice „Brawo”, 1938.

S. ȚOVARU și C. VASILESCU, Primitives Leiomyomysosarkom der Prostata bei einem Kind mit diffuser Infiltration der ganzen Blasenwand. — Sonderabdruck aus der „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie”. 52. Band. 1938.

OD. APOSTOL: Accidentele provocate de elicea de avion. Comunicare făcută la cercul academic de studii medico-aeronautice, din Cluj (1938). — Tiparul Scrisul Românesc S. A., Craiova-București, 1938.

D-r Ing. GH. GHIMICESCU, Chimiste-en-chef du Laboratoire d'hygiene-Craiova: La Micro-analyse moderne du vin. Recueil de travail personnels et en collaboration. — 1934/35.

D-r Ing. GH. GHIMICESCU, L'Ing. G. KOTSIS et L'Ing. I. VARODI: L'analyse et les falsifications du chocolat, Annales scientifiques de L'Université de Jassy. — Tome XXIV, Année 1938, Fasc. 1, Iași, Tipografia „Presa Bună”, 1937.

GHEORGHE GHIMICESCU: Titluri, lucrări și activitate. — Iași, Iunie 1937, Institutul de Arte Grafice „Presa Bună”,

Dr. Ing. GH. GHIMICESCU, chimist șef și I. PREJBEANU, chimist asistent (Laboratorul de Chimie al Ministerului Sănătății—Craiova): Studiul Laptelui din punct de vedere analitic și aplicațiuni cu privire la fixarea datelor analitice și a valorii alimentare a laptelui din județul Dolj. — Ramuri, Craiova, 1938.

D-r Ing. GH. GHIMICESCU, Chimist-Șef și I. PREJBEANU, Chimist-Asistent, (Laboratorul de Chimie al Ministerului Sănătății-Craiova): Studiul Mierei din punct de vedere analitic și aplicațiuni cu privire la Mierea de albine produsă la noi în România. — Tipografia „Victoria” — M. M. Ionescu, Craiova, 1938.

D-r Ing. GH. GHIMICESCU, Chimist-Șef și I. PREJBEANU, Chimist-Asistent, (Laboratorul de Chimie al Ministerului Sănătății-Craiova): Studiul Oșetului din punct de vedere analitic și aplicațiuni cu privire la oșeturile din România. — Ramuri, Craiova, 1938.

\*) Se vor recenza, treptat, în numerile viitoare ale revistei.

## CONDIȚIILE DE PUBLICARE ȘI ABONAMENT

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmărire într'un alt număr; ele nu vor depăși 8 pagini de tipar, faptele clinice 2—3 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute, tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1—4 pag.	Lei 300.—	Lei 375.—	Lei 180.—	Lei 210.—
5—8 „	„ 350.—	„ 440.—	„ 230.—	„ 275.—
9—16 „	„ 440.—	„ 560.—	„ 320.—	„ 395.—

Costul clișeelor ca și al planșelor în afară de text, din revistă și din extrase, privește pe autor.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte, cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în românește, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul, pagina și anul.

Articolele de polemică nu vor depăși 3 pagini de tipar (paginile în plus se vor taxa dupe tariful stabilit mai sus).

TION

GLUCONAT DE CALCIU 10%

ANTIREUMATIC OERIU

LITIUMSULFONAFENAT

INTRAMUSCULAR NEDUREROS SI INTRAVENOS

SCIATICA LUMBAGO

INTRAMUSCULAR NEDUREROS

INTRAVENOS

APR. DE ONOR. MIN. SANAT. CU N: 42260/936

**„LABORATORUL TION” DR. OERIU**  
 Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnel 21  
 Telefon 4.59.70 — 4.69.53



## CRONICA DE MEDICINĂ SOCIALĂ.

În țara noastră pe primul plan al actualității sanitare stă medicina socială.

Revenim asupra acestui subiect, spre care în prezent sunt îndreptate eforturile corpului medical, sau trebuiesc îndreptate toate eforturile și ale tuturilor; indivizi și colectivitate, inițiativă particulară și autorități în stat, organe sanitare ca și organe ale celorlalte departamente convergente.

În centrul acțiunii trebuie să stea corpul medical în întregime, medicii anume însărcinați prin funcțiunile și specializarea lor, precum și medicii particulari cărora cursuri sumare de informație le pot asigura o practică suficientă pentru o colaborare activă.

Căci practica liberă a medicinei individuale vine în ajutorul medicinei colective, medicina curativă întregește medicina preventivă, medicina de stat nu poate să înăbușe medicina particulară, acțiunile izolate contopite printr'o coordonare dirijată a tuturilor factorilor contribuind la atingerea scopului general.

### MEDICINA SOCIALĂ. — SCOPURILE EI, PRINCIPIILE ȘI METODELE DIN CARI TREBUE SĂ SE ÎNSPIRE.

Într'o conferință ținută la Bruxelles, cu ocazia punerii primei pietre a Institutului de Medicină Socială al Universității, publicată în Revue Medicale de Nancy No. 6/1939, D-I Jacques Parisot — profesor de Higiенă și de medicină socială la Universitatea din Nancy, Președinte al Comitetului de Higiенă al Societății Națiunii — revine asupra cuprinsului medicinei sociale, stabilindu-i înjelesul, cadrul și mijloacele de acțiune.

Concepțiile înalte, realiste, întinse, complexe — din cari trebuie să se inspire medicina socială — primează; ele odată stabilite, și în dependență strânsă de situațiile locale, vor fi puse în aplicare prin mijloacele de execuție cele mai rapide, cele mai practice, cele mai potrivite.

Concepția și execuția reprezintă 2 noțiuni distincte, cari se succed; ele nu se confundă; iar controlul — neîntrerupt, prelungit, de fie-care moment, reflectat, adâncit, reluat, variat — intervine ca să supravegheze și să modifice mijloacele de acțiune dupe rezultatele obținute; sancțiunile de rigoare, când este cazul, și la cari toate departamentele în cauză să nu pregete a recurge, constituind un mijloc de o acțiune dintre cele mai eficace.

Autorul, profesor de medicină socială și de 18 ani conducător al acțiunii de asanare socială în departamentul Meurthe-et-Moselle din Franța, fiind seama de concepțiunile actuale din diferitele țări și de vasta sa experiență, personală, expune importanța medicinei sociale în cadrul național și internațional.

Definește înțelesul medicinei sociale în trecut și în prezent; arată cum dela lupta contra boalelor venerice și contagioase, și dela măsurile luate de geniul sanitar pentru salubritatea locuințelor, igiena socială a ajuns să se ocupe de boalele sociale cari compromit capitalul sănătății a populației; să treacă din epoca construcției de dispensare, sanatorii, preventorii, la operele cari au în vedere protecția mamei și a copilului; să institue o legislație a muncii; să aibă în vedere factorii alimentației, în dependență strânsă și ei de factorii economici și educației; să treacă progresiv dela individ la colectivitate, instituind bazele unei politici sociale a națiunii.

Arată că pentru a se obține o totală eficacitate trebuie instituită o politică de convergență, de colaborare, de coordonare și pe această politică o traduce autorul prin termenul de „Medicină Socială”.

Pentru ca să se stabilească o organizație coordonată nu este nevoie numai de cât de o etatisare completă a tutulor mijloacelor de acțiune, acțiuni individuale și opere colective; expune metoda personală care i-a dat rezultate excelente și care consistă în a uni, fără a absorbi, toate organismele cari se preocupă de protecția sanitară și socială a unei regiuni, în vederea unei colaborări raționale, printr'o coordonație judicioasă sprijinită pe un control triplu de ordin administrativ, financiar și tehnic; articulația logică între toate organismele a face Oficiul de igienă regional sau Comitetele de coordonație regionale în cari intră delegații operelor private, ai instituțiilor publice, ai tutulor organizațiilor sanitare și sociale reprezentanții puterilor publice, ai societăților de ajutor mutual și ai asigurărilor sociale.

Pe deasupra tutulor acestor comitete locale va sta un Oficiu central al operelor de între-ajutor social.

În ajutorul intervenției medico-sociale va sta printr'o coordonație generală elementul capital, care este Serviciul Social. el are de scop a apăra familia, a-i indica nivelul de existență străduindu-se a-l asigura securitatea în ordinea fizică, morală, economică și socială, de a îndepărta de ea tot ce o poate atinge în viața ei, munca ei, libertățile ei, plăcerile și fericirea ei.

Serviciul social acționează prin infirmiere, asistente — sau sori de ocolire cum vrea să fie la noi —; monovalența vizitelor repetate ale acestora trebuie înlocuită prin polivalență, adică să nu fie prea multe infirmiere, fiecare anume însărcinate, ci o singură infirmieră pe sector să exerciteze toate activitățile.

Pentru o acțiune în adâncime trebuie însă ca alături de asistentele sociale polivalente familiale să existe și asistente sociale, specializate, colaborând cu cele dintâi, rezervate fiind unor intervențiuni anume specializate precum anchetele privind igiena mentală, copilăria nenorocită sau în pericol moral, educația menajeră.

Activitatea dublă a acestor asistente polivalente și specializate se face și se coordonează sub controlul unor asistente inspectoare de circumscripțiunii. Prin urmare, autorul preconizează metoda mixtă a întrebuițării asistentelor sociale familiale polivalente și a asistentelor monovalente specializate; iar supra-veghearea, aplicarea pe teren să se facă printr'un Centru de sănătate sau Centru de igienă.

Este formula de viitor, de dejnut și de generalizat, pentru că este logică, este practică, este economică.

Intervenția corpului medical în medicina socială autorul o prezintă astfel: alături de medicii funcționari special calificați trebuie să intervină toți me-

dicii ceilalți adică medicii practicieni, medicina socială neputând și ne trebuind să fie complexă etalșată — dar nici lăsată în întregime pe mâna medicilor practicieni.

Medicii practicieni vor aduce o colaborare liber consimțită, dar care va trebui să fie orientată, educată, bine regulată — și desigur strict supravegheată în formula liberei alegerii a medicului, care se preconizează la noi.

În colaborarea medicilor practicieni trebuie să se dea posibilitatea bolnavilor săraci ca să se folosească de toate resursele tehnicilor medicale moderne de diagnostic și tratament, din instituturile de stat sau din așezămintele medico-sociale; și pe de altă parte cu medicii practicieni să participe activ la serviciile de consultațiuni prevețale și consultațiuni de sugari, inspecție medicală școlară ș. a.

Ca randamentul intervențiunii medicilor practicieni în opera medico-socială dirijată să fie folosită pentru societate și să nu le fie lor prejudiciabil, trebuie ca ei să fie calificați pentru funcțiunea asumată, urmând un curs de perfecționare, dovedit prin certificat de specializare — și modalitatea instituirii acestor curse rămâne de stabilit; pe de altă parte, pentru-ca medicina socială să nu se desvolte în dauna practicii medicale libere, trebuie ca contracte între părți să fixeze drepturile și datorile fiecăreia, acordându-se medicilor practicieni honorarii în raport cu serviciile prestate și a căror modicitate să nu aducă stingere prestigiului lor — și pentru aceasta trebuie să intervină înțelegere între organizația medico-socială colectivă și sindicatele medicale.

La sfârșit autorul atacă chestiunea educației medicale, pentru ca să se imprime din vreme medicilor în exercitarea practicii lor medicale zilnice individuale o orientare medico-socială, ei trebuind să intervină nu numai din punct de vedere curativ ca ieri, dar din punct de vedere preventiv și social, nepierzând din vedere că individul bolnav este un membru al familiei, al atelierului, al orașului, al națiunii sale.

Dupe cum trebuie să aibă simțul de observație, simțul clinic, spiritul medical, medicul trebuie să aibă spiritul social — și pentru această sarcină datorita incumbă celor cari îl formează educația medicală ca student, și organelor cari trebuie să-l perfecționeze ca practician.

Nevoia unui învățământ orientat către medicina preventivă și socială se face simțită în acest scop și crearea tot mai numeroasă și peste tot de Școli sau Institute de igienă demonstrează această necesitate, studenții trebuind să efectueze la timp stagiile obligatorii în centrele de igienă, iar mai târziu ca practicieni să urmeze Cursuri de perfecționare cuprinse în Zile sau Săptămâni medicale.

Noțiunile rediate atât de clar și cuprinzător în această conferință, care constituie un adevărat crez de conștiință, de către un specialist în materie în deosebi de calificat, ne conduc a considera orizonturile largi și înalte ale medicinei, care este una în esența ei — aceea de a constitui un tot în care specialitățile sunt fațete sarbede, multifilaterale, și unică în scopul ei — acela de a veni în ajutorul umanității suferinde.

Ridicându-se dela individ la colectivitate, de la societate la națiune, medicina se înalță prin intermediul laturei sociale la igiena rasei.

Sub acest aspect este de considerat noua lucrare a D-lui D-r G. Ba nu, *L'Higienă de la race, Studiu de biologie hereditară și de normalizație a rasei*, asupra căreia vom reveni în cadrul unei Cronice viitoare de medicină socială.

#### CONCEPȚII NOUI ÎN MEDICINA SOCIALĂ.

O parte din Noile concepțiuni în medicina socială — acele de ordin strict medical, tehnic și urgent, sunt expuse într-o conferință recentă ținută la Radio de către D-l D-r Eugen Răsmeniță, medicul șef al Capitalei, al cărei resumat prezentăm dupe Darea de Seamă comunicată presei.

Definind medicina curativă ca aceea care se ocupă de individ și numai de el, d-se arată că o nouă preocupare, grija de a proteja colectivitatea de marile flagele s'a ivit în domeniul științei medicale odată cu descoperirea metodelor de prevenirea boalelor prin seruri, vaccinuri și toate celelalte mijloace de imunizarea individului sănătos.

Pe măsură ce medicina preventivă iese din laborator și găsește o largă aplicare în prevenirea boalelor și în menținerea sănătății, — medicina socială își propune să asigure societății elemente sănătoase; să le asigure o normală dezvoltare fizică și mintală; să prevină îmbolnăvirile prin boli infecto-contagioase; să instruiască pe individ asupra foloaselor unei viguroase igiene corporale, asupra unei alimentații raționale și asupra salubrității mediului înconjurător. În sfârșit, medicina socială se ocupă cu introducerea igienei și principiilor preventive în câmpul muncii, adică în industrii și pretutindeni acolo unde omul este chemat să depună o muncă sau să exercite o profesiune.

Cum asemenea deziderate pot fi atinse numai dacă autoritatea de stat și le însușește, programul medicinei sociale a început, de multă vreme, să se confunde cu programul sănătății publice. Și atunci, paralel cu învățământul medicinei curative, a luat ființă un învățământ al medicinei preventive, în care medicii au învățat principiile și metodele medicinei sociale.

Medicina preventivă cere însă un strâns contact între familie, pe de o parte, și între medicul dispensarelor, pe de alta. Și cum familia trebuie să fie convinsă, că medicul să nu fie consultat numai în caz de boală, ci că el este mai prețios atunci când te învață cum să te ferești de ea, — organizațiile sanitare au adoptat un element nou, un funcționar nou de sănătate care la noi este sora de ocrotire. Această persoană leagă familia de dispensarul medical. Unitatea sanitară polițienească de odinioară, este acum dublată de acest dispensar polivalent, unde se dă o consultație, un sfat, o îndrumare. În special îndrumarea are importanța ei în sănătatea publică. Fiindcă centrele de sănătate se preocupă numai de faptul dacă individul bolnav s'a adresat medicului practician sau spitalului, sfătuindu-l, în caz contrar, s'o facă de urgență. Dar această îndrumare se mai face și altfel: invitând copilul sau adultul sănătos, la examenul medical periodic al sănătății, — fapt de o covârșitoare importanță în medicina preventivă.

Noua așezare sanitară — preconizată încă de anul trecut în toată țara românească sub îndobolul actualului ministru al sănătății — se poate spune că a început în Capitala țării.

Luându-se ca exemplu centrul de sănătate din sectorul IV Verde, organizat de minister în colaborare cu fundația americană Rockefeller, Capitala a fost divizată în numeroase centre de acest tip, — centre în cari medicul sanitar a fost dublat de numeroase dispensarii polivalente. Aici se oferă populației, cu scop preventiv, și de aceea gratuit, consultații relative la igiena sarcinei, la creșterea și alimentația sugarului, la corijarea defectelor fizice și mintale a copiilor de școală, la profilaxia tuberculozei și bolilor venerice, la bolile de cord și de nutriție, etc. Noua așezare sanitară — ce este în curs de dezvoltare — transformă vechea organizație seacă și de tip biurocratic, într'una vie și de interes social, care se conduce de principiul că e mai ieftin și mai sigur să previi, decât să vindec.

Grija ca maternitatea să decurgă în cât mai bune condițiuni și ca noul născut să-și facă intrarea în viață în condițiuni optime, este cheia de boltă a sănătății publice.

Punerea în practică a noilor concepțiuni în materie de medicină socială, deocamdată într'un sector al Capitalei, și în urmă plănuit în câteva regiuni din țară, va asigura asanării populației începută prin ofensiva sanitară din anul trecut atingerea scopului urmărit.

M. CÂNCIULESCU.

## Explorarea funcțională în patologle.

### **PROBELE FUNCȚIONALE IN DERMATOLOGIE**

de

**Prof. D-r S. NICOLAU**

*Partea II-a*

#### **C. — EXPLORAREA SENSIBILITĂȚII CUTANATE.**

Pielea, organ situat la periferia corpului nostru și în contact direct cu mediul inconjurător, pe lângă inervațiunea sa motoare (vaso și pilomotoare), mai este dotat cu un bogat aparat senzitiv, în legătură directă cu sistemul cerebrospinal. Grație acestui aparat, pielea este capabilă să perceapă diferite senzațiuni: tactile, termice, dureroase, prin intermediul cărora ea ne instruește asupra proprietăților corpilor din lumea din afară, constituind astfel, într'o privință, un organ de apărare a corpului nostru.

Cercetările neurologice au demonstrat că percepția diferitelor feluri de sensibilități se face prin aparate speciale și că aceeași independență ar exista în ce privește transmisiunea lor centripetă, ceea ce explică disocierea lor posibilă în anumite stări patologice.

Sunt unele dermatoze ce se însoțesc de importante turburări de sensibilitate de ordin pur subiectiv, traducându-se fie printr'o hiperestezie locală (zona), sau prin senzațiuni de dureri și arsuri în piele (dermatita Dühring), sau de tensiune dureroasă (boale exudative), sau de constricție (unele eritrodermii, sclerodermii), sau în fine senzația specială și atât de chinuitoare de prurit. Aceste turburări de sensibilitate, care de altfel sunt și cele mai interesante pentru dermatolog, n'au nevoe de a fi cercetate, deoarece bolnavii ni le denunță singuri, rămânând ca la rândul nostru să luăm act și să ținem cont de ele în stabilirea diagnosticului dermatozei în cauză.

Turburările de sensibilitate caracterizată printr'o diminuare a percepțiilor senzitive, pot fi, din contra, cel puțin în formele lor mai atenuate, ignorate de bolnav, și au nevoe să fie explorate pentru a fi puse în evidență. Problema acestui gen de explorare se pune de altfel rar pentru dermatolog, deoarece astfel de turburări de sensibilitate nu le întâlnim sub o formă bine exprimată decât într'o singură afecțiune, anume în lepră. În această boală, putem într'adevăr constata fie o abolire completă a sensibilităților: tactile, termică și dureroasă (anestezie totală), sau numai o scădere a lor într'o măsură mai mult

sau mai puțin importantă (hipoestezie). Adesea ori putem întâlni în această boală o disociere a diverselor sensibilități, în sensul că sensibilitatea termică și dureroasă poate fi abolită (termoanestezie și analgezie), iar cea tactilă conservată, la fel ca în siringomielia.

Explorarea atentă a turburărilor de sensibilitate în astfel de cazuri, ne permite a face distincția între aceste două afecțiuni; în lepră, turburările de sensibilitate începând întotdeauna prin extremități, afectând multă vreme tipul de bandă (în lungul marginii cubitale la membrele superioare, și a marginii peroniere la membrele inferioare) înainte de a deveni segmentară, și atunci chiar, extremitatea superioară a zonei anestezice nu e transversală, ci se continuă într-o parte în sus printr-o prelungire laterală (anestezie segmentară, cu mâner, după cum avem obiceiul a o denumi).

## II. — METODELE PARTICULARE DE EXAMEN

### (Explorarea alergiei cutanate).

Dintre toate explorările funcționale ale organului cutanat, una din cele mai interesante prin semnificarea sa biologică și importanța sa practică este, fără îndoială, cea care urmărește punerea în evidență a diverselor stări de „sensibilizare” a organismului.

Înainte de a trece la descrierea procedeelelor utilizate în acest scop, ni se pare util, pentru o mai bună înțelegere a lucrului, să începem prin a defini fenomenul sensibilizării în sine, făcând în același timp să reiasă importanța sa în patologie.

Prin „sensibilizare” cutanată se înțelege o stare proprie a tegumentului unor persoane (stare existând uneori de la naștere: *idiosincrazie*, sau căpătată în cursul existenței: *sensibilizare dobândită*), care îl fac să reacționeze în mod patologic față de anumite substanțe, adesea din cele banale și mai inofensive prin ele înșiși, substanțe pe care în orice caz totalitatea persoanelor, neatînse de această stare, le suportă fără nici un inconvenient.

Prima demonstrație experimentală a unei stări de sensibilizare a pielii o datorăm lui v. Pirquet. Acest autor a demonstrat într-adevăr că aplicarea locală a tuberculinei pe pielea scarificată a persoanelor tuberculoase, determină, în situ, la ele, dezvoltarea unei reacțiuni inflamatoare (cutireacțiunea la tuberculină), lucru care nu se întâmplă la indivizi sănătoși. Acelaș autor e mai atras, cam în acelaș timp, atenția asupra modificărilor ce pot încerca leziunile eruptive locale în urma revaccinărilor jeneriene în serie, ele depărtându-se din ce în ce de erupția primitivă, fie prin apariția lor mai precoce, fie prin evoluția lor mai scurtată. Și una și alta din aceste experiențe demonstau, prin urmare, existența unei stări funcționale particulare a tegumentului persoanelor în experiență. v. Pirquet a dat fenomenului observat de dânsul numele de „alergie”, voind să înțeleagă prin acest cuvânt reacțiunile anormale, deviate în plus sau în minus, pe care tegumentul unor persoane atinse de anumite infecțiuni le poate prezenta față de produsele agentului cauzal al boalei lor.

În mod curent, termenii de „alergie” și „sensibilizare” se în-

trebuiețază indiferent unul în locul altuia. Aceasta constituie un abuz de vorbire, căci acești doi termeni nu sunt absolut sinonimi. În sensul ideilor lui v. Pirquet, alergia are, după cum am văzut, o semnificare mult mai largă decât sensibilizarea, aceasta din urmă nereprezentând decât unul din modurile de a fi ale alergiei, anume acela al unor reacțiuni „exagerate” ale tegumentului, singurul de altfel care ne interesează aci, din punct de vedere practic.

Grație „cutireacțiunii” și noțiunii alergiei introduse de v. Pirquet în știință, acest autor a pus la dispoziția cercetătorilor o metodă de explorare din cele mai fecunde pentru studierea mai de aproape a fenomenului atât de general al sensibilizării. Cercetării ulterioare au demonstrat într'adevăr că reacțiuni analoage cu cele constatate de dânsul se mai pot observa și la persoane atinse de alte infecțiuni decât cea tuberculoasă și vaccinală, ca: tricoftizie, șancăr simplu, boala Nicolas Favre, sifilis, difterie, scarlatină, etc., atunci când tegumentul persoanelor atinse de ele este pus, în aceleași condițiuni, în contact cu produsele de secrețiune ale parazitului lor, ca: trichofitina, streptobacilina, antigen Frei, luetină, etc.

Mai departe, s'a văzut că fenomenul sensibilizării se poate observa nu numai în cursul unor boale infecțioase zise „sensibilizante”, dar că el se poate desvolta, la anumite persoane, față de o infinitate de substanțe, cu care organismul său, sau chiar numai tegumentul său, a venit în contact în mod repetat (aliment, medicament, produse animale, vegetale, etc.). Ca și în cazul de mai sus, ceea ce va distinge, din punct de vedere reaccional, tegumentul acestor persoane de acela al persoanelor normale, va fi și aci faptul că el va reacționa în mod patologic, ori de câte ori el va fi pus în prezența factorului față de care el este sensibilizat.

Este vorba, prin urmare, aci, de un fenomen cu totul general, care evidențiază stări de impresionabilitate particulară a tegumentului unor persoane, față de factorii cei mai diverși.

Toate produsele, capabile să evidențieze în mod specific fenomenul sensibilizării, se desemnează sub numele de „antigene” de „reactogene” sau de „allergene”.

Depistarea stărilor de sensibilizare a căpătat astăzi o mare importanță practică, fiind zilnic utilizată ca mijloc de diagnostic biologic, constituind așa zisa metodă a „testurilor” cutanate.

Principiul acestei metode constă, după cum reese din cele spuse, în punerea în contact a pielii persoanei sensibilizate, cu alergenul sau reactogenul față de care bănuim că ea este sensibilizată și apoi, în observarea fenomenelor locale determinate. Rezultatul experienței este considerat negativ, când pielea nu suferă nici o modificare la locul unde ea a fost practică și, din contră, pozitiv, când o reacțiune cutanată de timp inflamator se desvultă în acel loc.

Este evident că aceste explorări biologice, care sunt niște adevărate „întrebări” pe care noi le punem pielii, nu ar putea fi urmate de „răspunsuri” valabile, decât dacă ele au fost executate conform unor tehnice impecabile, iar rezultatele obținute corect interpretate.

Data fiind marea diversitate a sensibilizărilor posibile ale orga-

nismului nostru, substanțele ale căror calități antigenice putem fi chemați în practică a proba pot fi de naturi foarte variate, ca: produse animale (peri, pelicule epidermice); vegetale (polene); tot felul de substanțe alimentare; microbi, sau toxinele lor; produse patologice (puroi, fragmente de țesut patologic), diverse produse chimice, etc. etc.

Forma fizică sub care antigenele pot fi întrebuițate variază forțat, după natura lor: cele insolubile se utilizează sub formă de pulbere, în natură, sau încorporată la o pomadă, iar cele solubile în soluție apoasă. Se înțelege de la sine că nu pot fi întrebuițate ca antigene decât substanțe absolut inofensive pentru piele, deoarece în cazul contrariu, iritația ce ele au putea-o determina, ar falsifica rezultatul experienței. O altă condițiune nu mai puțin indispensabilă este și aceea ca antigenele de care ne servim să fie sterile, sterilizarea lor putând fi obținută, după cazuri, fie prin fierbere, fie prin tindalizare.

### PROCEDEELE INTREBUIȚATE ÎN EXPLORAREA FUNCȚIONALĂ A PIELEI, CU AJUTORUL ANTIGENELOR.

Punerea în contact a antigenelor cu pielea se poate face în mai multe moduri. Ele pot fi puse direct pe suprafața pielii intacte (epidermoreacțiunea lui Jadassohn și Bruno Bloch), sau depuse la suprafața pielii scarificate (cutireacțiunea lui v. Pirquet) sau injectate în derm (intradermoreacțiunea lui Mantoux). La metodele enumerate trebuie să mai adăugăm, în fine, pe aceea a explorării funcționale indirecte a pielii, așa zisa reacțiune a lui Prausnitz-Küstner.

Ne grăbim să spunem că aceste diverse căi de abordare a pielii nu sunt niște simple variante ale uneia și aceleiași metode, putând fi întrebuițate una în locul alteia, după posibilitățile momentane sau preferințele experimentatorului, ci fie care din ele își au indicațiunile lor precise, rezultând, după cum vom vedea îndată, din topografia sensibilizărilor cutanate.

Încă din anul 1925 am atras atenția asupra unui fapt, astăzi generalmente admis, anume că starea de sensibilizare a tegumentului unui individ, nu interesează întotdeauna în bloc, toate etajele constitutive ale acestui organ, ci adesea ea se poate limita la unul sau altul din stratele sale, adică fie la epiderm, fie la țesutul conjunctivo-vascular al dermului, fie la hipoderm.

Aceasta ne explică pentru ce tipul erupțiilor de sensibilizare variază, după cazuri, unele îmbrăcând tipul veziculos sau eczematiform, traducând o sensibilizare epidermică; altele tipul exudativ, urticarian, expresiunea unei sensibilizări conjunctive-vasculare; altele sub forma unor erupțiuni nodulare profunde, hipodermice; altele, în fine, caracterizate prin reacțiuni mixte dermo-epidermice, indiciu unei sensibilizări integrale a pielii.

Așa fiind lucrurile, ori de câte ori în practică vom căuta să verificăm natura alergică a unei erupțiuni de care bolnavul nostru este atins, vom da totdeauna preferință metodei care permite explorarea mai electivă a aceluia dintre straturile pielii, în care predomină le-



ziunile erupțiilor în litigiu: adică la metoda epidermică, când erupția e de tip eczematiform, și la cuti sau intradermoreacțiune, când caracterul predominant al dermatozei este exudativ. Aceste din urmă două căi mai sunt de asemenea căile de elecție atunci când voim a depista existența unei infecțiuni sensibilizante, în care sensibilizarea pielii a fost realizată pe cale sanguină (tuberculoza, șancăr moale, boala Nicolas-Favre, sifilis, etc.).

Câteva cuvinte relativ la tehnica fiecăreia din metodele enunțate.

1. Epidermoreacțiunea sau reacțiunea transepidermică (Läppchenmethode a autorilor germani). Această metodă constă în aplicarea pe pielea intactă, de preferință la nivelul brațului sau antebrațului, a unui pătrăt de tifon de 3—4 cm., îmbibat cu soluția antigenică, dacă este vorba de un antigen solubil, sau uns pe fața ce va fi aplicată pe piele cu o pomadă, în caz dacă insolubilitatea antigenului ne obligă a-l încorpora la un corp gras. Antigenul insolubil poate de altfel fi întrebuițat și în natură, redus în pulbere fină și presărat la suprafața pielii. Pătrățelul de tifon se acoperă apoi cu un impermeabil (de preferință pânză Bilroth), având însă grijă ca marginile acestuia să nu depășească pe acelea ale tifonului, punându-ne astfel la adăpost de iritațiile ce eventual ar putea fi provocate de contactul impermeabilului cu pielea. Totul se fixează apoi cu o fașă, suficient de bine aplicată, pentru a se împiedica dislocarea lamboului, precauțiune mai ales utilă când este vorba de bolnavi ambulanți. Fixarea pansamentului cu ajutorul diferitelor emplastre nu e recomandabilă din cauza iritațiilor locale la care ar putea da loc.

Pentru a avea o bază de comparație, este util să se aplice într-o regiune simetric opusă, un pansament identic, minus antigenul, bine înțeles. Pansamentul se lasă de obicei în loc 12—24 ore, după care se spală ușurel pielea și se citește rezultatul obținut. În caz de reacțiune negativă, pielea își menține aspectul său normal, la fel ca și teritoriul cutanat martor, sau prezintă cel mult un ușor aspect macerat în caz de aplicare de antigen lichid. O reacțiune pozitivă se traduce din contra printr-o erupțiune ce desinează perfect forma lamboului de tifon aplicat, și care erupțiune poate fi, după cazuri, de tip eritemato-scuamos, sau eritemato-veziculos, repauzând uneori, în acest din urmă caz, pe o bază edematoasă.

Ținem să menționăm aci că uneori reacțiunea poate fi tardivă, neevenind evidentă decât după 3—4 zile și chiar mai mult. De aceea este bine ca bolnavul să fie ținut în observație timp mai îndelungat, înainte de a conchide.

Epidermoreacțiunea este o metodă de explorare simplă, comodă și lipsită de riscuri. Nu se însoțește de reacțiuni generale supărătoare. Cel mult, ea poate provoca la unele persoane hipersensibilizate, o recrudescență sau o amplificare trecătoare (prin aport nou de antigen) a erupțiilor preexistente, cum am observat la un bolnav, de meserie brutar, atins de o erupție eczematosă profesională, alergică, datorită sensibilizării față de persulfat de amoniu, substanța întrebuițată în industria brutăriei în scop de a bonifica panificarea.

Epidermoreacțiunea este un mod de explorare funcțională a pielii

ce interesează în deosebi pe dermatologist, căci ea pune în evidență, cum am mai spus-o deja, sensibilizările localizate în special în epidermul zis și (prin absorbție) în parte, și în stratul papilar. Ea constituie ca atare un prețios mijloc de diagnostic etiologic în erupțiile de sensibilizare (profesionale sau întâmplătoare), care îmbracă de obicei tipul eczematiform și pe care nimic, în aspectul lor exterior, nu le deosebește de erupțiunile eczematoase propriu zise. De aceea, în practică, ori de câte ori ne găsim în fața unei dermatoze tenace și mai ales recidivante, aparținând tipului eruptiv menționat, și a cărei explicație nu o putem găsi într-o stare internă a organismului, se cuvine să ne gândim la posibilitatea unei erupțiuni de sensibilizare tegumentară, a cărei natură rămâne să o precizăm, grație acestei metode de explorare. Trebuie însă să recunoaștem că această operație se izbește în practică de multe dificultăți, căci dacă uneori factorul antigenic este ușor de recunoscut, fie că reese în mod mai mult sau mai puțin evident din împrejurările particulare în care erupția a luat naștere, fie că atenția ne este atrasă asupra lui de însuși bolnavul, foarte deasea ori natura să rămână din cele mai greu de precizat. Dacă ne gândim la infinita varietate a substanțelor ce se pot comporta la unele persoane ca factori sensibilizanți, putem ușor înțelege complexitatea problemelor care se pot pune uneori medicului în astfel de cazuri. În acest labirint de posibilități etiologice, suntem de multe ori obligați să recurgem la cercetări laborioase, procedând pe cale de eliminare, adică explorând în mod succesiv tegumentul bolnavului cu o serie întreagă de alergene, în speranța de a descoperi pe acela față de care pielea este sensibilizată. Există de altfel astăzi în comerț, la dispoziția medicului, numeroase produse antigene, gata de întrebuințat, preparate cu diverse substanțe alimentare, produse chimice, polenuri, peri sau scuame de animale, etc. etc.

Un loc aparte, alături de epidermoreacțiunea despre care am vorbit, îl ocupă așa zisa reacțiune percutană, denumită și reacțiunea lui Moro, după numele autorului care a preconizat-o, utilizată exclusiv în diagnosticul tuberculozei.

Ea constă în fricționarea unui teritoriu cutanat, cam de 5 cm., diametru, cu un amestec constituit din vechea tuberculina Koch și lanolină. Mai târziu Moro a înlocuit tuberculina Koch printr-o tuberculina specială, mai concentrată, preparată cu un amestec de bacili umani și bovini, în părți egale. Cu aceste produse se fricționează pielea din regiunea epigastrică sau mamelonară (care s'au arătat cele mai sensibile), timp de 30—60", cu ajutorul unei baghete de sticlă. Reacțiunea pozitivă se traduce prin dezvoltarea unor mici papule roșietice ușor pruriginoase, sau chiar a unor mici noduli. Rezultatele obținute în diagnosticul tuberculozei prin reacțiunea percutană a lui Moro, sunt foarte comparabile cu cele obținute prin reacțiunea lui v. Pirquet. În domeniul dermatologic, această reacțiune prezintă un interes mai special, în sensul că aplicată la nivelul unor erupțiuni tuberculoase prost exprimate, le intensifică și le face să-și ia caracterele lor tipice. Sunt chiar cazuri când această reacțiune poate evidenția in situ erupțiuni tuberculoase histologice, fără expresie clinică până atunci.

Tot aci se cuvine să mai menționăm și reacțiunea epicutană la tuberculină, preconizată de Nathan și Kallos în 1931. Ea constă în aplicarea pe pielea intactă și nespălată a antebrațului a unui pătrățel de tifon imbibat într'o soluție de tuberculină Koch, în concentrații crescânde de la 1%—10% și chiar 25%, fixat cu un pansament impermeabil. Ca control se aplică pe pielea din regiunea simetric opusă un pansament imbibat cu bulion glicerinat 10%. Reacțiunea pozitivă, care trebuie citită între prima și a patra zi, se traduce printr'o erupțiune eritemato-edematoasă, sau veziculoasă.

Această reacțiune ar prezenta un interes special pentru dermatologist, deoarece ea n'ar da rezultate pozitive decât în tuberculoza cutanată, care singură s'ar însoți de o sensibilizare a epidermului. Cercetările de control nu ne-au permis însă să confirmăm în totul afirmațiile acestor autori.

**2. Cutireacțiunea.** Tehnica acestei metode este de asemenea din cele mai simple. Se desinfectează mai întâi pielea cu alcool sau ether. După evaporarea acestor substanțe, se practică cu ajutorul unui scarificator sterilizat, sau în lipsă, cu vârful unui ac de seringă flambat și răcit, două sgărieturi paralele, de câte  $\frac{1}{2}$  cm. lungime și separate una de alta printr'un interval de 4—5 cm. Aceste sgărieturi deși superficiale, trebuie însă să fie suficient de adânci pentru a interesa nu numai epidermul în toată grosimea lui, dar și cupolele stratului papilar, căci ceea ce urmărim aci este de a încerca sensibilitatea dermului față de antigenul în joc. Operațiunea va fi făcută însă cu deosebită îngrijire spre a nu provoca sângerare.

Una din sgărieturi e destinată să servească drept maritor. La suprafața celei de a doua se depune antigenul de încercat, care trebuie să fie în cât mai mică cantitate, pentru a nu depăși pe cât posibil limitele soluției de conținuitate. Când este vorba de produse proteice, Sézary recomandă să se depună în prealabil la suprafața sgărieturii o picătură de soluție decinormală de sodă, care favorizează absorbțiunea antigenului. După trecerea de câteva ore este recomandat să se ștergă antigenul depus, mai ales când aplicațiunea a fost largă, căci altfel riscăm ca rezultatul explorării noastre să nu mai fie o pură cuti-reacțiune, ci să fie denaturat printr'o epidermoreacțiune supra-adăogată.

Cutireacțiunile pozitive sunt de două feluri în raport cu data aparițiunii lor:

Unele, precoce (Sofortreaktion a autorilor germani), traducându-se printr'o umflătură urticariană dezvoltată jur împrejurul scarificației, înconjurată de un mic halo eritematos, a cărei durată variază de la câteva minute până la o oră, când totul reintră apoi în ordine.

Altele, sunt tardive (Späthreaktion), nefăcându-și apariția decât după 24 sau chiar 48 ore, caracterizate prin dezvoltarea unei papule inflamatoare, care poate dura mai multe zile.

Ca și epidermoreacțiunea, cutireacțiunea este un mod de explorare cutanată, comod și inofensiv, care nu expune la reacțiuni sau accidente de ordin general. Paralel cu epidermoreacțiunea ea se întrebuințează în mod curent în practica dermatologică ca test diag-

nostic în dermatozele de sensibilizare. Una din indicațiunile sale de căpetenie rămâne însă, desigur, practicarea reacțiunii la tuberculină, care a fost de altfel și prima utilizare pe care i-a dat-o v. Pirquet, creatorul său.

3. Intradermoreacțiunea este metoda de explorare, prin excelență, a țesutului conjunctiv al pielii. Antigenele trebuind să fie introduse aci pe cale de injecțiune, ele nu pot fi decât sub o formă lichidă, sau, când este vorba de produse patologice (țesuturi triturate, puroi, etc.), suficient diluate într'o soluție de ser fiziologic, pentru a le face injectabile.

Pentru a practica o intradermoreacțiune avem nevoie de o seringă sterilizabilă, gradată, permițând a măsura 1/20 cmc. și de un ac de platină subțire (de un calibru de 4-7 zecimi de mm.), cu bizoul scurt.

După dezinfectarea pielii cu alcool sau ether, introducem vârful acului în grosimea dermului, sub un unghiu foarte ascuțit, aproape paralel cu suprafața epidermului și cu bizoul în sus. Injecțiunea trebuind să fie strict intradermică, este recomandabil ca înainte de a injecta lichidul să ridicăm pielea cu vârful acului, grosimea stratului ridicat permițându-ne a ne da seama dacă suntem sau nu în bună poziție. Odată ce ne-am convins de acest lucru, se injectează încet 1/10 cm. din soluția antigenică. Dacă operația e perfect reușită, se produce la locul injectat o papulă edematoasă anemică, al cărui diametru nu depășește de obicei 1/2 cm. Retragem apoi acul repede, aplicând asupra locului injectat un mic tampon compresiv, menținut cu degetele câteva minute, pentru a împiedica eșirea lichidului.

Pentru a ne pune la adăpost de orice rezultate eronate, este indispensabil ca pentru fiecare antigen să nu fie utilizată decât o seringă aparte, care va trebui să fie larg spălată sub un curent de apă, după fiecare întrebuințare, simpla fierbere nefiind totdeauna suficientă pentru a curăța pereții seringii de orice rest de antigen, iar acul bine flambat.

Ca și cutireacțiunea, intradermoreacțiunea pozitivă se poate traduce prin două modalități:

O reacțiune precoce, producându-se la câteva minute după injecție, și care se traduce printr'o simplă exagerare a dimensiunilor papulei mecanice primitive, și o umflătură edematoasă mai pronunțată a țesutului, cât și prin apariția unui halo eritematos în jurul elementului astfel constituit. Durata acestei reacțiuni e scurtă; ea nu depășește de obicei o oră.

Cele mai adeseori însă, intradermoreacțiunea pozitivă e tardivă, adică nu devine vizibilă decât după o perioadă de incubajie variabilă de la 24—48 ore. Acest tip de reacțiune se traduce în mod obișnuit prin dezvoltarea unei papule inflamatoare de mărimea unui bob de linte, sau de mazăre, inclus în grosimea dermului, de consistență fermă la pipăit. În caz de reacțiuni intense, papula descrisă este înglobată într'o masă de infiltrație eritemato-edematoasă, sau eritemato-veziculoasă și chiar flictenulară, măsurând 2—3 cm. de diametru. Reacțiunile slabe sau mijlocii dispar după câteva zile, cele intense pot fi încă vizibile după câteva săptămâni.

Se admite în general că semnificarea acestor două tipuri de reacțiune ar fi diferită, reacțiunea precoce traducând o intoleranță de natură humorală, adică existența unor anticorpi circulanți, iar cea tardivă fiind expresia unor anticorpi fixați pe elementele țesutului reticulo-endothelial al pielei.

Intradermoreacțiunea este o metodă de explorare a stratului dermopapilar, mult mai activă decât cutireacțiunea. Lucrul se înțelege de la sine deoarece antigenul este introdus aci în plin țesut dermic, determinându-se astfel un contact mult mai intim și mai prelungit cu elementele țesutului. De aceea nici nu avem nevoie aci de antigene atât de concentrate ca în cutireacțiune.

Tocmai din cauza posibilității unei mai mari absorbțiuni antigenice, intradermoreacțiunea poate fi uneori urmată de consecințe serioase și chiar grave, în unele afecțiuni ce se însoțesc de o mare sensibilizare a organismului, ca în astmă, rinită spasmodică, kist hidatic, etc. În astfel de împrejurări este totdeauna mai prudent să recurgem la cutireacțiune, care ne dă în general răspunsuri tot atât de nete ca și dânsa. Intradermoreacțiunea rămâne din contră metoda prin excelență a testurilor biologice în infecțiunile ce se însoțesc de o sensibilizare a pielii, ca: tuberculoza, șancărul moale, boala Nicolas-Favre, sifilis, trichofitii, levruride, sporotrichoză, lepră, etc.

4. Reacțiunea lui Prausnitz-Küstner. Reacțiunea în chestiune, care poartă numele autorilor care au descris-o, constituie un mod de explorare indirectă a stării de sensibilizare a unui individ, cu totul diferit de cele de care ne-am ocupat până acum. Într'adevăr, pe când în toate celelalte metode explorarea sensibilizării se face direct asupra tegumentului individului în cauză, în această din urmă metodă reacțiunea este transplantată în pielea unui individ sănătos, care servă astfel, în mod pasiv, drept receptacol și teatru de operațiuni al conflictului dintre elementele introduse acolo.

Iată tehnica exactă a reacțiunii Prausnitz-Küstner. Se scoate mai întâi în mod aseptice sângele bolnavului, lăsându-se apoi să se coaguleze, pentru a obține izolarea serului. Cu o seringă armată cu un ac fin, se injectează în dermul unei persoane sănătoase 1/10 de cmc. din acest ser, și se însemnează locul injectat, înconjurându-l într'un cerc desinat cu cerneală, sau cu creion dermatografic. După 24 ore se injectează în acelaș loc unde s'a introdus serul, 1/10 cmc. din antigenul de încercat.

Pentru mai multă siguranță se poate face în acelaș timp probele de control, injectându-se fie serul sanguin, fie antigenul singur.

În caz de reacțiune pozitivă, se produce la 10—15' după injecțiunea antigenului, o reacțiune locală sub forma unei papule cu bază eritemato-edematoasă de 1—4 cmc. diametru. Această reacțiune foarte caracteristică și ușor de perceput, trebuie însă urmărită de aproape, pentru a fi surprinsă la momentul oportun, deoarece ea dispare după 1/2—1 oră.

Proba lui Prausnitz-Küstner are o mare importanță pentru interpretarea biologică a reacțiunilor alergice. Ea constituie într'adevăr o demonstrație quasi-experimentală a naturii anafilactice a fenomenului

pe care ea îl exteriorizează. Într'adevăr, în primul timp al acestei experiențe se provoacă la o persoană normală o sensibilizare artificială a unui teritoriu cutanat circumscris, prin anticorpii aduși de serul persoanei alergice. Lucrurile se petrec, după cum se exprimă foarte plastio Woringer, ca și cum am fi transplantat persoanei normale o porțiune din tegumentul persoanei alergice. Injectarea ulterioară a antigenului specific la nivelul acestui teritoriu, unde anticorpii fuseseră depozitați în ajun, determină sub ochii noștri conflictul ce se produce în mod obișnuit, ori de câte ori acești doi factori se întâlnesc, conflict ce se exteriorizează prin intradermoreacțiunea, leziune echivalentă, în fond, cu leziunile eruptive pe care această întâlnire le realizează în mod natural în clinică.

Importanța practică a reacțiunii Prausnitz-Küstner este însă din nefericire restrânsă, deoarece ea nu este pozitivă decât într'un număr restrâns de stări de sensibilizare, anume în acelea unde anticorpii se găsesc în sângele circulant, cum ar fi de ex. unele cazuri de urticarii (boala serului în special), unele cazuri de edem al lui Quincke, cazuri de eczemă, apoi în astmă și rinită spasmodică. Ea este din contra constant negativă în tuberculoză, în șancărul moale și după cum ne-am putut convinge și în boala Nicolas-Favre, și într'un mare număr de dermatoze de sensibilizare, într'un cuvânt în toate afecțiunile alergice unde anticorpii se găsesc exclusiv cantonați în elementele citologice ale pielii, fie că ei au luat naștere in situ (prin sensibilizare exogenă), fie că au ajuns acolo pe cale hematocă, dar care odată fixați în piele nu mai sunt susceptibili de a se revărsa, cel puțin în cantități de celabile, în masa circulantă.

Așa fiind lucrurile, se înțeleg ușor pentru ce serul bolnavilor aparținând acestei din urmă categorii, nu este capabil să joace rolul de factor activ în experiența Prausnitz-Küstner. În astfel de cazuri, anticorpii ancoraji în piele, adevărați factori „la purtător”, nu vor intra în joc decât atunci când sunt puși în situ, în atingere cu antigenul respectiv, fie că acesta intervine pe cale externă, sau endogenă.

Dacă însă privim lucrurile la lumina faptelor revelate de reacțiunea Prausnitz-Küstner, suntem îndreptățiți a conchide că avem a face și aci cu un fenomen de anafilaxie, dar cu o anafilaxie „circumscrisă”, cu o anafilaxie „de organ”. Aceasta ne explică pentru ce în afecțiunile cu sensibilizare pur cutanată, dermatozele ce decurg din această stare, nu se însoțesc de fenomene generale (șoc), cum e cazul în acelea unde anticorpii se găsesc în sângele circulant (unele urticarii, boala serului, etc.).

Demonstrația prezenței anticorpilor în piele a fost de altfel făcută de către Urbach și Königstein, care au reușit să realizeze fenomenul lui Prausnit-Küstner, servindu-se de serozitatea culeasă în mod steril dintr'o bulă cutanată provocată în mod artificial prin vezicătoare, sau dintr'o bulă spontană, dacă erupția bolnavului se însoțește de asemenea elemente. Metoda acestor din urmă autori, foarte importantă prin semnificarea sa teoretică, este chemată să ne aducă mari foloase în special în boalele cu sensibilizare pur cutanată, acolo unde prin urmare reacțiunea Prausnitz-Küstner, practică cu ser sanguin, rămâne negativă.

# Betaxin

The Bayer logo, consisting of the word "BAYER" in a stylized font arranged in a circle.

**Prima vitamină B<sub>1</sub>**  
produsă pe cale sintetică  
pentru tratamentul per os și parenteral al  
nevritelor și nevralgiilor

Tuburi cu 20 tablete de 1 mg

Cuții cu 3 și 15 fiole de 1 cmc = 1 cmc = 2 mg vitamină B<sub>1</sub>

Cuții cu 3 și 15 fiole de 1 cmc = 1 cmc = 10 mg vitamină B<sub>1</sub>

# Canfan

The Bayer logo, consisting of the word "BAYER" in a stylized font arranged in a circle.

## Vitamină C

În diateze hemoragice, hemoragii, scorbut și predispoziție  
pentru infecțiuni. În boale infecțioase pentru completarea  
consumului de vitamină C. În vărsăturile sarcinei, para-  
dentoze, carii etc.

Tuburi cu 10 și 20 tablete de 0,05 g. acid l-ascorbic

Cuții cu 5 și 25 fiole de 2 cmc = 0,0 g acid l-ascorbic

Cuții cu 3 și 15 fiole de 5 cmc = 0,5 g. acid l-ascorbic

» *Bayer* «

The Bayer logo, consisting of the word "BAYER" in a stylized font arranged in a circle.

LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:  
•ROMIGEFA• S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286  
Sucursala: Cluj, Calea Motoilor 18, Tel: 37-22.

## CUM TREBUESC INTERPRETATE REZULTATELE OBTINUTE PRIN METODA TESTURILOR?

Rezultatele obținute prin metoda testurilor cutanate trebuiesc supuse în fiecare caz în parte, înainte de a conchide, unei judicioase interpretări, semnificarea lor, fie că sunt negative sau pozitive, nefiind întotdeauna aceeași.

Să luăm de exemplu cazul unei reacțiuni negative. Ce interpretări putem da unei asemenea constatări în raport cu scopul în care această reacțiune a fost practică?

Înainte de toate o reacțiune negativă unică, ca orice reacțiune biologică de acest sens, nu ne autoriză să excludem în mod categoric existența stării morbide X, căutată, și aceasta chiar dacă reacțiunea a fost practică în condițiunile cele mai bune și cu un antigen controlat. Nu trebuie să uităm într'adevăr că sunt unele afecțiuni, cum ar fi de ex. boala lui Nicolas-Favre, sau infecția streptociliară, în care sensibilizarea pielii se instalează încet și nu devine pozitivă decât la câteva săptămâni după începutul bolii. O reacțiune Frei sau Ito, practică la asemenea bolnavi, în primele două săptămâni ale infecțiunii lor, are toate șansele să fie negativă, ea surprinzând tegumentul înainte de instalarea sensibilizării (faza alergonegativă). În orice caz ea nu ne poate îndreptăți a abandona diagnosticul clinic de probabilitate, decât numai dacă reacțiunea, repetată de mai multe ori, continuă să se mențină negativă, chiar dincolo de epoca când experiența ne-a arătat că ea ar fi trebuit să se pozitiveze (cel puțin 3 săptămâni pentru șancărul moale, cel puțin 3—6 săptămâni pentru boala lui Nicolas-Favre).

Deasemenea putem întâlni din când în când în clinică cazuri de dermatoze cu etiologie sigur alergică (erupții profesionale, sau medicamentoase de ex.), la care starea de sensibilizare a pielii nu poate fi pusă în evidență prin reacțiunile practicate cu antigenul respectiv, reacțiunile în chestiune rămânând constant negative. Am observat de curând un asemenea caz la un bolnav atins de dermatită mercurială. La fel ca alți autori, n'am putut deasemenea obține reacțiuni pozitive în nici unul din cazurile de eridrodermii aurice observate. Explicația fenomenului este pentru moment obscură. S'ar putea admite și aci, prin analogie cu ceea ce se observă în eritrodermiile neosalvarsanice, unde intradermoreacțiunile nu devin pozitive decât după dispariția erupțiunii, că s'ar produce în altfel de cazuri, odată erupția desvoltată, un fel de eclipsă temporară în modul de reacțiune al pielii (anergie), datorită posibil consumării momentane a anticorpilor cutanați, prin intervenția masivă a antigenului în cauză (lucrul se observă într'adevăr mai ales în erupțiile întinse, generalizate).

Stări de anergii trecătoare ale pielii se mai pot observa de altfel, în anumite împrejurări, și în urma intervenției unei boale intercurrente cu totul străine de aceea care a sensibilizat pielea. Este astăzi bine cunoscut că multe boale infecțioase, dar mai ales rușoala, sunt capabile să facă ca pielea unui tuberculos să reacționeze un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, negativ, la tuberculină.



În altă ordine de fapte, o reacțiune negativă poate avea uneori semnificarea unei stări de imunitate a organismului. Așa e cazul pentru o reacție Schick negativă, care indică o imunizare a persoanei în cauză, față de bacilul Löffler, fie prin intermediul unei infecțiuni difterice anterioare, fie printr'o infecțiune latentă.

Să trecem acum la interpretarea reacțiilor pozitive. O reacție de sens pozitiv, practică cu toate precauțiunile cerute, are, afară de rari excepțiuni, o mare valoare confirmativă în sensul hipotezei în care ea a fost instituită.

O mică restricțiune de interpretare se impune însă aci, cu privire la intradermoreacțiunile pozitive obținute cu anumite antigene ca: tuberculină, antigenul Frei sau Ito, sau trichofitina. Într'adevăr, fiind vorba în astfel de cazuri de infecțiuni ce creează sensibilizări durabile și probabil chiar permanente ale pielei (s'au observat reacțiuni Ito și Frei pozitive chiar la 50 de ani de la infecție), o reacțiune pozitivă obținută cu unul sau altul din antigenele amintite, nu ne permite a trage nici o concluzie absolută cu privire la o leziune actuală, decât dacă putem stabili cu certitudine absența unei infecțiuni similare, în trecutul bolnavului. În cazul contrar, semnificarea diagnostică a unei reacțiuni pozitive este mult diminuată, ea putând fi expresiunea unei infecțiuni anterioare, îndepărtate, străine de leziunea prezentă.

În ce privește reacțiunile Ito și Frei, problema lor diagnostică poate fi uneori și mai delicată, în caz de infecțiuni mixte, sau de infecțiuni succesive, bolnavul putând reacționa pozitiv la ambele antigene, fără a putea ști care din aceste reacțiuni se referă la leziunea actuală. Pentru rezolvarea problemei, am preconizat în astfel de cazuri puncțiunea buboanelor (dacă ele există) și prepararea unui antigen cu puroiul obținut, rămânând ca calitățile acestui antigen să fie încercate atât la bolnavi siguri streptobacilari puri, cât și la limfocitogranulomatoși puri.

După discuțiunea acestor probleme, ținem să observăm mai departe că o reacțiune cutanată pozitivă, nu denotă totdeauna existența la bolnavul în cauză a unei infecțiuni prezente sau trecute, cum era cazul în împrejurările de care am vorbit mai sus. Sunt într'adevăr unele stări, unde o reacțiune pozitivă constituie indiciul unei situațiuni cu totul contrarii, anume denotă că organismul bolnavului în cauză n'a suferit nici un contact anterior cu infecțiunea respectivă, și deci se găsește în stare de receptivitate față de zisa infecțiune. În această categorie de fapte intră reacțiunea lui Schick, a cărei pozitivitate însemnează că persoana în joc e susceptibilă de a căpăta difteria și ca concluzie că este cazul de a încerca să o imunizăm în contra acestei boli.

Aceeași semnificare o are reacția Dick în scarlatină, deși specificitatea antigenului care servă la producerea sa este încă discutată.

\* \* \*

În concluziune, la sfârșitul acestui rezumativ studiu de ansamblu, putem zice că din toate procedeele de explorare funcțională a pielei, metoda testurilor cutanate este cea mai importantă și mai fecundă în

rezultate, căci ea este aceea grație căreia se poate pune în evidență fenomenul sensibilizării, care este substratul însuși al „predispozițiunii”, și al cărui rol ne apare astăzi din ce în ce mai preponderent nu numai în patologia cutanată, ci, după cum vom vedea, și în aceea a organismului întreg.

Pe lângă însemnătatea sa biologică, metoda testurilor mai prezintă și o importanță practică deosebită, aducându-ne zilnic cele mai mari servicii în clinică pentru diagnosticul unor infecțiuni sau pentru precizarea etiologiei unui însemnat număr de erupțiuni alergice, făcând astfel posibilă în aceste din urmă cazuri instituirea unei terapeutici realmente cauzală, prin suprimarea alergenului nociv.

Fenomenul sensibilizării pus în evidență prin metoda testurilor, nu trebuie să fie socotit, cum spuneam mai sus, ca aparținând în mod exclusiv pielii, căci este demonstrat astăzi că asemenea stări se pot observa și din partea mucoaselor, cum ar fi de ex., mucoasa nazală, bronhică, sau chiar mucoasa tractului gastro-intestinal, traducându-se, după localizările sale, prin manifestările cunoscute sub numele de coriza spusmodică, sau de astmă bronhică, sau de gastrite, de colite și de diaree paroxistică.

Natura alergică a acestui grup de manifestări este astăzi demonstrată nu numai prin cutireacțiunile pozitive, obținute în astfel de cazuri, în mod specific, cu anumite antigene (polen de flori, pelicule de animale, diverse proteine alimentare sau produse de desintegrare, etc.), ci și prin coexistența acestor stări patologice, cu manifestări tipice de sensibilizare cutanată, ca urticarie și prurigo.

Asociația „astmă-urticarie” sau „astmă-prurigo” sau eczemă-turburări gastrointestinale sunt astăzi bine cunoscute. Ceva mai mult, echivalența patogenică a acestor manifestări mai este demonstrată și prin stările de „alternanță morbidă” ce putem observa între ele (aparitia unui acces de astmă făcând de multe ori să dispară o erupție de urticarie sau de prurigo și vice-versa), fenomen ce se explică printr'un fel de „denivelare” temporară a sensibilizării alergice a acestor diferite teritorii ale organismului, producându-se astfel un fel de deplasare momentană a locului de mai mică rezistență.

Este de altfel de presupus că domeniul sensibilizării este mult mai întins decât ni-l închipuim în general. Credem chiar că nu ne hazardăm prea mult emițând ipoteza că în patogenia multora dintre afecțiunile organelor interne, cât și a manifestărilor de ordin mai special, ce sunt sub dependența sistemului vago-simpatic, fenomenul sensibilizării joacă un rol tot atât de preponderant ca și în patologia cutanată. Elucidarea acestor probleme rămâne în sarcina viitorului și avem convingerea că metoda explorării funcționale a pielii, prin ajutorul testurilor, va aduce și aci prețioase servicii.

## **ATELECTAZIE PULMONARA MASIVA, CRONICA, IN CURSUL EVOLUTIEI TUBERCULOZEI PULMONARE**

de

**D-r GH. ALEXIU și D-r C. VIDRAȘCU**

În ultimii ani, literatura medicală de specialitate, a găsit în atelectazia pulmonară, un subiect de studiu destul de fertil, autorii având să se pronunțe în privința atâtor aspecte pe cari le prezenta problema:

Până la studiile recent întreprinse, o mulțime de situații întâlnite în lunga evoluție a tuberculozei pulmonare, rămăneau ca un capriciu al naturii, ca o bizarerie a clinicei, dar cari în realitate nu erau decât aspecte variate ale acestui proces fizio-patologic, ce are loc la nivelul țesutului pulmonar sănătos, nu erau decât fenomene de atelectazie pulmonară, fie parcellară, fie totală, fie progresivă, fie bruscă, fie de scurtă durată, fie cronică.

Importanța cunoașterii atelectaziei pulmonare se impune, atât prin modificările indelebile ale țesutului pulmonar, determinate de acest proces fizio-patologic, atunci când el se cronicizează, (dilatării bronșice, carneificație parcellară, fibroză totală), cât și prin efectele uneori favorabile ce le are asupra proceselor tuberculoase (atelectazie pulmonară prin astuparea bronșiei de drenaj, condiție esențială în vindecarea spontană a cavernelor bacilare; atelectazia pulmonară lobară, cauză principală în nașterea pneumotoraxului electiv) (Coryllos, Adams Singer, Livingston, alte ori nefaste (exagerări ale cavităților bacilare, în urma proceselor de atelectazie peri-cavitară, prin acțiunea de tracțiune exercitată pe pereții cavernelor; pousseuri evolutive la nivelul leziunilor, în urma atelectaziei lobilor pulmonari sănătoși, datorită aceleiași cauze de iritație mecanică.

Historicul acestei noțiuni începe cu Jörg care, în anul 1832 întrebuițează pentru prima dată termenul de Atelectazie pulmonară, pentru a arăta acea stare specială în care se găsește pulmonul foetal, care nu a ajuns în stare de funcționare, care nu a respirat.

De atunci au fost autori, mai cu seamă cei americani, cari au căutat să înlocuiască termenul de atelectazie cu cel de „colaps atelectatic”

După 12 ani, Legendre și Bailly, descriu anatomia patologică a pulmonului atelectaziat. Ea se caracterizează prin:

a) turtirea pereților alveolari, cu dispariția completă a aerului și micșorarea volumetrică a organului;

b) vaso-dilatația puternică cu oedem alveolar. Când procesul de atelectazie se cronicizează, oedemul este înlocuit printr'un țesut de fibroză, de carnicificație, care face să nu se mai recunoască nimic din structura pulmonului.

Recent, Gorcia, Ottero, Borcia și Volonterio, au studiat oră cu oră, anatomia patologică a atelectaziei pulmonare, creată experimental și au ajuns la următoarea concluzie: în prima oră și jumătate, avem vaso-dilatația cu distensia alveolară, datorită transudatului. Congestia atinge maximum în 48 ore. După acest timp, alveolele încep să-și micșoreze volumul. În ora a 3-a vom avea o adevărată hemoragie intra-alveolară. După 72 ore se va asocia un proces intens de leucopedeză. La 96 ore vor apărea în alveole macrofagele, încărcate cu pigmenți, cărorora le vor urma celulele interstițiale. În a 10-a zi vor apare vasele de neoformație.

Din punct de vedere al aerului atmosferic ce se găsește la nivelul alveolelor, primul component ce va dispărea, va fi  $\text{CO}_2$ . Oxigenul dispărea în primele 24 ore. După 48 ore va dispărea, odată cu Azotul, tot aerul din alveole.

Kourlisky și Anglad studiază din punct de vedere radiologic, diferențele etape ale atelectaziei experimentale.

Primul element care apare este imobilitatea toraco-diafragmică și deplasarea cardio-mediastinală. Dacă obstacolul persistă, va apare secundar și opacitatea.

Din punct de vedere experimental Traube și Lichteim, unul în anul 1871, celălalt în anul 1879 au reușit să creeze atelectazia unui pulmon, prin astuparea mecanică a bronșiei.

Recent, Adams, Singer și Livingston, după ce au creat la câini leziuni tuberculoase, cavitare, au reușit să obstrueze bronșia lobară, badijonând-o cu sol. de Nitrat de Argint, obținând o atelectazie lobară. În urma acestui fapt, au căpătat vindecări sau ameliorări notabile ale leziunilor tuberculoase.

Din punct de vedere clinic, William Pasteur, în anul 1890, face cunoscut primele cazuri de atelectazie pulmonară, survenită la copiii bolnavi de angină difterică. La autopsie găsește bronșiile mari astupate cu false membrane difterice care, neputând fi expulzate, urmează o cale descendentă, fiind absorbite de coloana de aer. Laringologii publică cazuri de atelectazie pulmonară datorită pătrunderii de corpi streini intra-bronșici.

D-r Stoichiță publică atelectazie pulmonară în urma hemoptiziilor.



Timp de aproape 30 de ani, chirurgii studiază în publicațiile lor, atelectazia pulmonară ca o complicație ce se întâlnește în accidentele coloanei vertebrale sau în urma intervențiilor chirurgicale efectuate, fie pe torace, fie la distanță. Tot ei sunt primii care pun în discuție problema patogenică a acestei chestiuni. Pe lângă obstruarea bronșiilor mari, prin corpi streini, lucru dovedit experimental de către Traube și Lichteim, iar clinic prin publicațiile lui Jackson și Lée admis și de chirurgi, prin

acumulare de secrețiuni bronșiale cari, datorită unui proces de paralizare musculară, nu pot fi expulzate și care va duce la o astupare totală a bronșiei, consecutiv având atelectazia, ei mai admit și teoria neuroreflexă, un spasm reflex al musculaturii bronșiale care duce la obstrucția bronșiilor.

Afară de teoria mecanică și cea neuro-reflexă, chirurgii susținută de Duval și Binet, au emis teoria anafilactică. Bolnavii ce se găsesc în mod congenital sau câștigat, într'o stare de sensibilitate specială, într'o stare de alergii, vor face un șoc anafilactic, datorită stării de polipeptidemie ce se observă la foștii operați. Atelectazia pulmonară ar fi o manifestare a acestui șoc.

Aceste teorii nu reușesc să explice toate cazurile de atelectazii ce se întâlnesc în clinică.

#### Teoria contracției active a pulmonului.

Recent, Benedetti și Viola au emis teoria contracției active a pulmonului.

Pe lângă musculatura netedă ce se găsește în pereții bronșiilor, pulmonul mai are o rețea musculară extrem de bogată care, din punct de vedere al inervației, pe lângă legătura cu sistemul neuro-vegetativ central, are o inervație autonomă, ce se găsește în pereții bronșiilor. Tonusul acestei musculaturi va putea crește până la o adevărată contracție a organului, care va duce la micșorarea volumetrică a pulmonului și la starea de atelectazie pulmonară.

Această teorie este singura capabilă să explice atelectaziile masive, acute, ce survin în timpul operației pe pleură.



Unul dintre noi a întâlnit un caz de atelectazie pulmonară masivă, acută, survenită puțin timp după prima insuflație, la un bolnav la care se începea o bilateralizare a unui pneumotorax.

După 3 săptămâni de pneumotorax drept, creat pentru leziuni ulcero-cazeoase, se decide crearea unui pneumotorax și de partea stângă din cauza tendinței evolutive a leziunilor preexistente.

După prealabilă anestezie locală cu novocaină, se găsește cu foarte multă ușurință spațiul pleural, în care se insuflă 100 cmc. aer, cu presiune negativă. Continuând vizita în sanatoriu, suntem chemați în grabă la bolnavul insuflat cu câteva minute mai înainte; bolnavul se sufoca: tachicardie, polipnee, cianoză. Imediat ne gândim la un pneumotorax spontan și ca atare se introduce acul pentru a vida aerul. Adaptând tubul dela manometru, suntem frapați de presiunea extrem de negativă, mult mai negativă decât rămăsese la sfârșitul insuflației. În fața acestui semn patognomic al lui Jacoboëus și Bornou, nu numai că nu scoatem aerul, dar lăsăm ca bolnavul să absoarbă în pleură aerul din aparat. Pe măsură ce aerul intra, situația se schimba. La sfârșitul introducerii a încă 200 cmc. de aer, bolnavul nu mai păstra decât amintirea unei situații dramatice.

Nu este nici un dubiu că insuflația de aer a deslănțuit un reflex cu punct de plecare pleural și cu acțiune asupra musculaturii intrapulmonare, dând o atelectazie masivă, acută. Introducând cei 200 cmc.

## AÉROPHAGYL

1 la 2 comprimate în timpul mesei,  
în 1/2 pahar cu apă

Specific al

## AEROFAGIEI

în toate manifestările sale

Aerocolie, Tahticardia, Palpitațiuni  
Eructațiuni, Flatulențe Balonări,  
Pseudo angor, Dispnee, Pseudo Astm.  
Insomnii de origine digestivă și

## GASTRITE NERVOASE

## CARBONÉSIE

Cărbune activat — Cărbune animal —  
Cărbune vegetal — Magnezie — Pe-  
roxid de magneziu — Carbonat de calciu

Se iau după fiecare masă 1—2 cașete  
sau 1—3 lingurițe de granule  
(foarte plăcute la gust)

ENTERITE — ENTERO COLITE  
FERMENTAȚIUNI INTESTINALE  
INTOXICAȚIUNI  
DIAREE, COLIBACILOZE

## CUSCUTINE FOULON

TOATE CONSTIPAȚIILE

Eficacitate constantă în

Artralgii — Mialgii — Nevralgii  
Reumatisme cronice

## H I S T A

Histamină Beytout

Fiole de 1 cc. conținând 0 gr. 0005 de  
bichlorhidrat de histamină în soluție sta-  
bilă inalterabilă pentru INECȚIUNI  
INTRA-DERMICE INDOLORE

Realizează progresele cele mai recente  
în TERAPEUTICA DURERII.

## KAOLINASE BELLADONÉE

Pachete cu 10 gr. de KAOLIN și 10  
picături tinctură de beladonă

1—3 pachete pe zi în momentul  
crizelor dureroase

HIPERCLORHIDRII GRAVE

ULCERE REBELE

SPASME DIGESTIVE

COLITE

## KAOLINASE SIMPLE

Pachete cu 10 gr. de KAOLIN pur  
spălat, cernut și fin pulverizat

1—3 pachete pe zi în momentul  
crizelor dureroase

HIPERCLORHIDRII

GASTRITE—GASTRALGII

ULCERE STOMACALE

ȘI DUODENALE

Gută — Gravelă — Colică nefritică —  
Reumatisme cronice

## LYSARTHROL

Diastazele țesuturilor renale

Uroformina (Hexametilen tetramină pură)  
Benzoatul de litină

Posologia: conținutul capsulei-dop (sau  
una linguriță de cafea) de 4 ori  
pe zi.

Este preferabil a-l dilua într'o canti-  
tate suficientă de apă, un sfert sau o  
jumătate de pahar, de fiecare dată.

Furunculoze — Antrax — Flegmoane  
Acnee

## THIOPHYL

Combinajie de sulfuri polivalente

3—9 pilule pe zi în 3 reprize și doze  
crescânde, timp de 12 zile.

Laboratoarele BEYTOUT — PARIS

Eșantioane și literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA“ S. A. R.

103 Str. Toamnei, București III — Tel. 221/38

de aer, am reușit să rupem acea stare de imobilitate toraco-diafragmatică, mediastinul revenind la poziția normală, fapt care a pus ordine și în respirație și în funcțiunea cordului.

Importanța cunoașterii stărilor de atelectazie, în cursul evoluției tuberculozei pulmonare, depășește cu mult pe cele pomenite, dacă ne referim la indicațiile terapeutice operatorii, pe cari astăzi, mai ușor ca în trecutul apropiat și cu totul noi față de trecutul îndepărtat, ce putem face în mod inutil sau dezastruos.

Cazul pe care Peters îl publică în *Deutsches-Tuberculoze Blatt* și căruia i se suprapune perfect cazul nostru, este suficient de demonstrativ pentru a arăta eroarea ce se poate face atunci când, în fața unor anumite imagini radiografice, nu ne gândim la eventualitatea unei atelectazii masive, cronice!

Peters se referă la o bolnavă care, la un moment dat, face o „reacție pleurală cu opacitate totală“. I se propune o toraco-plastie totală, pe care, bolnava dintr'o inspirație minunată, cu toate insistențele medicului, o refuză.

În ultimă instanță i se încearcă un pneumotorax care, spre mulțumirea medicului și norocul bolnavei duce la o decolare totală pleurală, cu o bridă subțire superioară, dealtfel secționată ulterior fără nici un accident.

Condițiile manometrice pe cari autorul le-a întâlnit la începutul primei insuflații, au impus diagnosticul de Atelectazie masivă.

Cazul pe care l-am întâlnit se suprapune în totul celui pe care-l publică Peters.

Este vorba de o pacientă în vârstă de 25 ani căreia acum 3 ani i se diagnostică o tuberculoză cavitară a lobului superior stg. În fața acestei situații i se propune crearea unui pneumotorax care, fiind acceptat de bolnavă se și efectuează în condițiuni normale. Dela primele insuflații, medicul își dă seama că are în față un defect pleural de rezorbție, aceasta făcându-se mult prea rapid. Cu tot acest inconvenient, se continuă insuflațiile timp de 9 luni. Pacienta nu mai tusește, nu mai expectorează, temperatura care la început era în jurul lui 38<sup>4</sup> se normalizează.

După această perioadă de întreținere a pneumotoraxului, în care timp pleura a manifestat constant tendința de rezorbție precoce a aerului, medicul propune pacientei abandonarea pneumotoraxului și înlocuirea lui (?) printr'o frenicectomie, lucru ce bolnava îl primește fără nici o ezitare.

Odată frenicectomia efectuată și pneumotoraxul abandonat, bolnava continuă să se simtă bine. Fără febră, fără tuse, fără expectorație, își vedea nesupărată de ocupațiile ei impuse de postul pe care-l ocupa, timp de aproape 1 an și jumătate. Către sfârșitul celui de al doilea an, bolnava începe, încetul cu încetul, să nu se simtă bine. Își dădea seama că boala se instalează din nou.

Preocupările zilnice, greutatea materiale și mai cu seamă neglijența, au fost motive cari au făcut-o să întârzie consultarea medicului.

Fenomenele morbide cari nu numai că nu aveau nici o tendință la diminuare, ci din contra, se exagerau în mod manifest, o decide în sfârșit să recurgă la stful medicului.

Consultat din nou, medicul care îi crease cu 3 ani înainte pneumotoraxul îi propune internarea în sanatoriu unde să suporte o Toracoplastie totală, fiind seamă de întinderea fenomenelor ascultatorii și de imaginea radiografică.

Studiind ce înseamnă Toracoplastia, bolnava nu a mai manifestat aceeași docilitate ca la prima indicație operatorie pusă cu doi ani înainte și continuă să-și ducă suferința zi cu zi. Temperatura oscila între 37<sup>5</sup>—38<sup>5</sup>. Tusea și expectorația erau așa de accentuate, încât noaptea trebuia să se

scoale de mai multe ori pentru a-și vîda bronșiile, lucru care o obosea peste puterile ei.

După 3 luni, cu o stare generală destul de proastă, bolnava recurge la ajutorul nostru.

Examenul clinic arată o matitate lemnoasă a hemitoracelui stg. Ascultatoriu zgomote umede diseminate pe toată suprafața pulmonului, de aceeași parte, atât în față cât și în spate.

Radioscopic se constată o opacitate totală și intensă a întregului hemitorace stg. Mediastinul era mult tras de partea stîngă, astfel că marginea dreaptă a corpurilor vertebrale apărea liberă. (Semnul lui Holznecht).



Fig. — 1.

Radiografic Fig. 1, aceeași situație ca și la radioscopie. Nu se putea vedea nici urmă de desen pulmonar. Pulmonul drept prezenta câteva fenomene nodulare discrete, cu o tramă conjunctivă mult pronunțată.

Revenind la examenul fizic, pentru a ne da seama de gradul tendinței de retracție a hemitoracelui stîng, pentru că, mărturisim, în primul moment, ni se părea și nouă că singurul lucru care mai putea rezolva problema, era tot toracoplastia, suntem isbiți de complecta lipsă de deformare a hemitoracelui.

Spațiile intercostale, complet imobile, sau sensibil egale cu cele de partea dreaptă. Coloana vertebrală perfect dreaptă, fără nici cea mai mică tendință de deformare, ne păreau cam în contradicție cu diagnosticul de fibro-torace stg. la care ne-am gândit în primul moment.

Era o imposibilitate ca o fibroză așa de masivă și cu o evoluție destul de lungă, să lase după el un torace de o simetrie perfectă, așa cum îl prezenta bolnava.

Acum ne vine în minte pentru prima dată posibilitatea existenței unei atelectazii pulmonare cronice, masive.

În această situație de a vedea lucrurile, propunem bolnavei încercarea de a crea un nou pneumotorax, înainte de a întreprinde ori care altă acțiune.

Deși pacienta cunoștea ce înseamnă un pneumotorax, deși nu a avut nici o altă supărare decât frecvența insuflățiilor, deși pneumotoraxul îi adusese o dispariție rapidă a tuturor supărărilor ce le avusese la începutul maladiei, dispare și timp de 3 luni nu o mai vedem.



Disperată de tusea și expectorația cari nu o mai lăsau să se odihnească, de starea generală proastă, de temperatura și transpirațiile nocturne, revine, decisă să încerce pneumotoraxul propus de noi.

După prealabila anestezie locală cu Salvocaină, după ce mai întâi i s'a administrat 0,01 ctg. Dicodid, se introduce acul Küss.

În momentul adaptării tubului dela aparatul de pneumotorax, lichidul din manometru este absorbit cu atâta viteză încât, înainte de a putea interveni, lichidul ajunge pe tubul de cauciuc, oprindu-se în vata ce se găsește în piesa intercalată pe tub, pentru filtrarea aerului.

Acest semn patognomonic, semnul lui Jacoboëus confirma existența atelectaziei pulmonare masive, cronice.

După introducerea a 150 cmc. aer, lichidul începe să treacă de vată și de teamă de a nu ajunge în pleură, oprim insuflația convocând pacienta pentru a face un control radioscopic.

Îmaginea radioscopică era așa de confirmativă, încât ne decidem să facem imediat radiografia. Fig. 2, aparține bolnavei după introducerea a 150—180 cmc. aer.

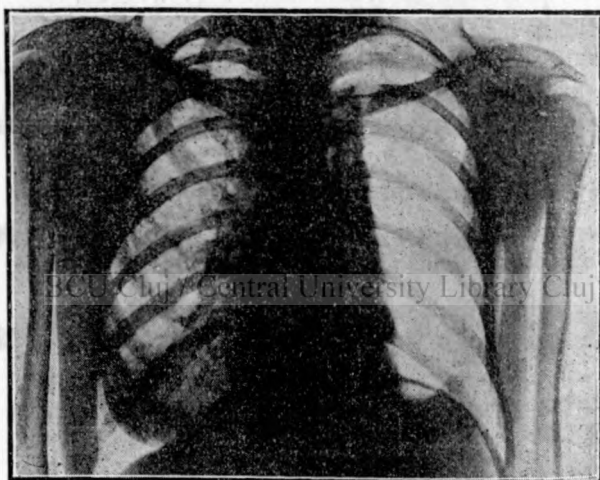


Fig. — 2.

În primul rând vedem un pulmon retractat la maximum, cu o bridă superioară și o simphiză diafragmatică.

Luminozitatea hemitoracelui stg. este destul de pronunțată, pentru că pereții au un strat muscular foarte redus, iar țesutul celulo-adipos aproape dispărut.

În comparație cu prima radiografie se vede cum marginea dreaptă a cordului depășește coloana vertebrală, prin revenirea mediastinului la poziția lui normală. Existența atelectaziei pulmonare a fost confirmată și de radiografie.

De atunci, insuflațiile se continuă fără nici un inconvenient, punând ordine în toate fenomenele morbide pe cari le prezenta bolnava.

Temperatura este perfect normală, starea generală mult ameliorată, tusea și expectorația fiind reduse la minimum.

Nu mai există nici acel viciu pleural în ce privește rezorbtia aerului, deoarece după 6 insuflații, am ajuns să facem puncțiile la 15 zile interval.

\* \* \*

Cunoașterea publicației lui Peters și a cazului nostru, impune anumite reflexii; aceste două cazuri demonstrează în mod suficient nevoia de a avea întotdeauna în minte noțiunea de atelectazie, ori de

câte ori imaginea radiologică se suprapune celei pe care o publicăm, pentru a evita indicații terapeutice inutile și chiar periculoase.

Și într'un caz și în celălalt, bolnavele se găseau în pragul unor intervenții chirurgicale cari prin amplexarea lor, puneau în pericol viața, fiind seama de complicațiile grave cari pot urma toracoplastiilor totale, fără ca starea locală să o necesite!

Ambele cazuri au beneficiat cum nu se poate mai mult, de un simplu pneumotorax, aducând o completă oprire a evoluției leziunilor.

In enterite acute  
colita muco-membranoasă, prescriși

# MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon  
Cărbune medicinal  
Extract de Belladonna

Ușor laxativ, antiseptic și antispasmodic.

Comparațiune ideală de cărbune medicinal cu extract de sena

# CARBOLAX

TABLETE

laxativ ușor cu efect sigur

fabrica de produse chimice  
gedeon richter s.a. c.

București, str. Logofătul Tăut, 99

## DOVADA VASCULARA A PARALIZIEI SIMPATICULUI PRIN ALCALOIZII ERGOTULUI\*)

**D-r C. V. ANTONESCU**  
asistent  
Inst. Farmacologie-Cluj

de

și

**D-rd D. BUCHERU**  
preparator  
Inst. Anatomie Descriptivă-Cluj

Din toate cercetările făcute de diferiți autori, se poate concluce că alcaloizii ergotului paralizază simpaticul, dar determină hipertensiune prin vasoconstricție periferică de origine musculară; că la câine și pisică, această hipertensiune este inițială.

Cercetările experimentale făcute de autori pe câine au dat următoarele rezultate: ergolina și ergotamina provoacă hipotensiune și la câine; această hipotensiune este inițială și de scurtă durată; ea este condiționată de o doză de 0,4 mgr. Ergotin Merck și 0,16 mgr. Gynergen Sandoz, pe kgr. greutate animală; cu doze mai mici nu se observă decât o rărire a ritmului cardiac și mărirea sistolei cardiace; hipotensiunea inițială corespunde paraliziei simpaticului, care în urmă este mascată de vasoconstricția periferică și de mărirea debitului cardiac, cari determină hipertensiunea din faza a doua.

Acțiunea cardio-vasculară și mai ales cea vasculară a ergotinei, ergotoxinei și ergotaminei variază întrucâtva la animalele de diferite specii. Este stabilit însă, că acești alcaloizi paralizează simpaticul, dar ridică presiunea arterială încă dela început, la câine și pisică. Această ridicare a presiunii arteriale ar fi datorită mării debitului cardiac și numai în doze mari ar putea determina ridicarea presiunii prin excitația musculaturii vasculare periferice. După Richaud, dozele mici excită simpaticul, iar dozele mari îl paralizează, în același timp excită mușchii netezi vasculari. La câine și pisică apare o fază inițială de hipertensiune, prin mărirea debitului cardiac și vasoconstricție de origine simpatică și musculară (Richaud-Hazard).

Dale atribuie ergotaminei o acțiune paralizantă asupra joncțiunii neuro-musculare a extremităților vaso-constrictoare, de unde o scădere progresivă ulterioară a presiunii sanguine.

Pe vasele izolate și în general la iepure se produce o vaso-

\*) Institutul de Farmacologie — Cluj, Director supl.: Prof. D-r V. Baroni.  
Institutul de Anatomie descriptivă — Cluj, Director: Prof. D-r V. Papilian.

dilatație (C. Heymans, P. Regniers) iar pe vasele in situ, ergotamina în doză de 0,05 mlgr. ridică ușor tensiunea arterială, cu doze dela 0,05—0,5 mlgr. o scade (Rothlin).

C. Heymans și P. Regniers cred că această hipotensiune care apare imediat după injecțiunea de ergotamină, la iepure, ar fi datorită unei vasodilatațiuni periferice, care la câine și pisică ar fi neînsemnată.

Paralizia simpaticului s'a evidențiat cu ajutorul adrenalinei, care după injecțiunea de ergotamină, la pisică și mai puțin constant la câine, are o acțiune inversată, adică produce hipotensiune; mai mult, ergotamina administrată unui animal care are simpaticul excitat, determină o hipotensiune imediată, fapt care s'ar produce foarte rar la pisică și câine, la cari ergotamina are o acțiune excitantă netă asupra musculaturii vasculare.

Cu extractul fluid de ergot, experimental se observă efecte complexe: hipotensiune, datorită cholinei și hitaminei, apoi hipertensiune durabilă și accentuată, datorită acțiunii cardiace și vaso-constrictive ale alcaloizilor și tiraminei.

\* \* \*

Cercetările noastre experimentale au avut drept scop, disocierea acțiunii vasodilatatoare, de cea vasoconstrictoare. Tocmai pentru că din cercetările anterioare am constatat că cel mai puțin reactiv ar fi câinele, noi ne-am folosit de câine ca animal de experiență. Rezultatele obținute, după cum se va vedea din cele ce urmează, sunt surprinzătoare, căci apar cu totul contrarii celor descrise de alți autori.

Ca substanțe — alcaloizi de ergot — ne-am folosit de Ergotin-Merck și Gynergen-Sandoz.

Animalele de experiență au fost sub narcroză cloroformică sau a unui amestec de eter + cloroform în proporție de 2:1. Presiunea arterială a fost înscrisă cu ajutorul unui manometru cu mercur, legat în artera carotidiană comună sau femurală.

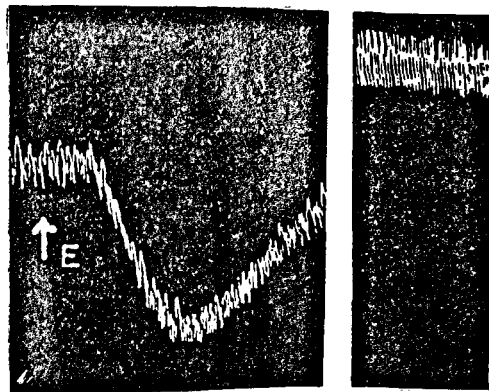


Fig. 1. — Câine de 3½ kgr. Narcroza eter + cloroform. Presiunea femurală. În E, inj. tartrat de ergotamină (Gynergen Sandoz) 0,5 mlgr. (1 cmc).

Dela început am constatat că acțiunea vasculară a **Ergotin-ei Merck** și a **Gynergen-ului Sandoz**, a fost condiționată de o anumită doză, care era necesară pentru a putea provoca o fază de hipotensiune inițială. Limita minimă pentru ca această hipotensiune să se producă a fost  $1 \text{ cm}^3$  de **Ergotin-Merck** sau de **Gynergen-Sandoz**, pentru 3 kgr. greutate animală. Pentru această doză, hipotensiunea inițială atingea chiar 20 mm Hg cu **Gynergen** (fig. 1) și 15 mm Hg cu **Ergotin** (fig. 2).

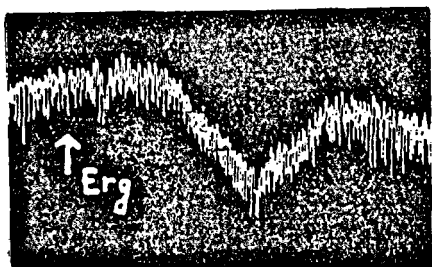


Fig. 2. — Câine de  $5\frac{1}{2}$  kgr.  
Narcoza eter + cloroform  
Presiunea carotidiană. In **Erg**, inj.  
*Ergotin Merck* 2 cmc.

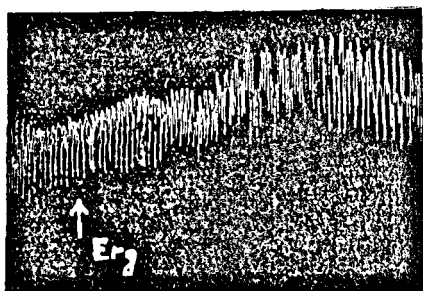


Fig. 3. — Câine de 5 kgr.  
Narcoza eter + cloroform.  
Presiunea carotidiană. In **Erg**, inj.  
*Ergotin Merck* 1 cmc.

Dacă doza de **Ergotin-Merck** sau **Gynergen-Sandoz** a fost mai mică, ca de exemplu  $1 \text{ cm}^3$  pentru 5 kgr greutate animală, hipotensiunea animală nu s'a mai produs; injecțiunii de **Ergotin** sau **Gynergen**, îi urma o ușoară ridicare a tensiunii vasculare, de scurtă durată, apoi tensiunea scădea, dar fără să atingă nivelul tensiunii inițiale (fig. 3).

\* \* \*

Compoziția chimică a ergotului este cunoscută; ea conține 3 alcaloizi: **ergotina**, **ergotoxina** și **ergotamina**; și câteva baze aminate: **tyramina**, **histamina**, **agmatina**, **cholină** și **acetilcholină**. Proporția **ergotininei** este de 1,20 la 1000, iar extractul fluid  $1 \text{ cm}^3 = 1 \text{ gr plantă} = 1 \text{ mlgr ergotoxină}$ . Cunoscând aceste date și considerând **Ergotin-Merck** ca un extract total de ergot purificat de orice alte substanțe de balast (baze aminate), din care  $1 \text{ cm}^3 = 1 \text{ gr plantă}$ , ea ar conține pe  $1 \text{ cm}^3$ , 0,0012 gr de **ergotină** (1,2 mlgr), iar **Gynergen-ul Sandoz**  $1 \text{ cm}^3$  conține 0,5 mlgr tartrat de **ergotamină Stoll**.

În acest fel rezultatele noastre experimentale au fost obținute cu 0,0004 gr (0,4 mlgr) de **ergotină** și 0,16 mlgr de tartrat de **ergotamină**, pe kgr. greutate animală, ceea ce denotă că am experimentat cu cantități mici.

Rezultatul a fost — după cum s'a văzut — o hipotensiune inițială destul de accentuată, urmată fiind apoi de hipertensiune care se instalează lent, dar întrece mult nivelul tensiunii inițiale, la **Gynergen**, — nu atinge nivelul tensiunii inițiale cu **Ergotin**, și este de lungă durată.

Explicațiunea acestui fenomen care se opune complectamente cu rezultatele obținute de alți autori, cu atât mai mult cu cât au fost

obținute pe câine, animal care nu se arăta reactiv în experiențele aceluiași autori, constituie însuși ipoteza noastră, care n'a fost decât confirmată prin experiențele de laborator: alcaloizii ergotului, purificați — acționează asupra tonusului vascular periferic prin două faze: prima fază este hipotensivă datorită paraliziei simpaticului, deci suprimării tonusului vascular fiziologic, iar a doua fază este hipertensivă, datorită acțiunii excitatoare asupra musculaturii vasculare, putând fi considerată ca un spasm vascular ergotinic sau ergotaminic pur.

Dacă la dozele imediat inferioare dozelor stabilite de noi, nu se mai produce faza hipotensivă inițială, aceasta este datorită faptului că paralizia simpaticului se instalează mai târziu sau nici nu se produce, în schimb hipertensiunea apare, însă datorită exclusiv măririi debitului cardiac.

Este de notat că în faza de hipertensiune am observat o ușoară mărire a sistolei și rărire a ritmului cardiac, fapt pe care l-am constatat și cu dozele inferioare celor necesare pentru producerea hipotensiunii inițiale. Dar ridicarea tensiunii care urma injecției de Ergotin sau Gynergen în doze inferioare limitei stabilite de noi, instalându-se dela început, este atât de minimală, încât nu putem admite că ar fi cauzată de vasoconstricție, ea corespunzând perfect măririi tot atât de minimale a sistolei cardiace și răririi neînsemnate a ritmului cardiac, deci unei minimale măriti a debitului cardiac.

Pare că trebuie să admitem că acțiunea paralizantă asupra simpaticului cardiac sau acțiunea directă asupra musculaturii cardiace, apare înaintea acțiunii vasculare, și deci hipotensiunea inițială care ar fi să apară, este mascată de momentele cardiace.

## CONCLUZIUNI:

1. Ergotina și Ergotamina pot să producă hipotensiune și la câine.
2. Această hipotensiune este inițială și de scurtă durată.
3. Hipotensiunea nu se poate obține decât cu o doză care să nu fie inferioară dozei de 0,4 mlgr Ergotin Merck sau 0,16 mlgr Gynergen Sandoz pe kgr greutate animală; sau 1 cc. din ori care, pentru 3 kgr. greutate animală.
4. Fazei de hipotensiune inițială îi urmează o fază de hipertensiune, care poate depăși nivelul tensiunii inițiale, însoțită fiind de rărire a ritmului cardiac și mărirea sistolei.
5. Rărirea ritmului cardiac și mărirea sistolei se produce și cu dozele mici, cari nu pot provoca hipotensiunea inițială.
6. Hipotensiunea inițială corespunde începutului paraliziei sistemului simpatic, iar faza de hipertensiune corespunde vasoconstricțiunii datorită excitațiunii musculaturii vasculare și măririi debitului cardiac.
7. Cu dozele inferioare celor stabilite mai sus, acțiunea cardiacă apare mai repede decât acțiunea paralizantă pentru sistemul simpatic, ceea ce maschează hipotensiunea inițială datorită tocmai acțiunii paralizante.

**C. V. ANTONESCU et D. BUCHERU: La preuve vasculaire de la paralysie du sympathique par les alcaloïdes de l'ergot.**

Toutes les recherches faites par des différents auteurs ont conclu que les alcaloïdes purifiés de l'ergot, paralysent le sympathique, mais déterminent de l'hypertension par vasoconstriction périphérique de nature musculaire; que chez le chien et chez le chat, cette hypertension est initiale.

Les recherches expérimentales des auteurs sur le chien ont donné les résultats suivants; l'ergotine et l'ergotamine déterminent l'hypotension aussi chez le chien; cette hypotension est initiale et de courte durée; elle est conditionnée d'une dose de 0,4 mlgr d'*Ergotine Merck* et 0,16 mlgr. d'*Ergotamine Sandoz* par kgr d'animal; avec des doses plus petites, on peut observer surtout un rythme plus lent et une augmentation de la systole cardiaque; l'hypotension initiale correspond avec la paralysie du sympathique, qui plus tard est masquée par la vasoconstriction périphérique et par l'augmentation du débit cardiaque, qui détermine l'hypertension de la deuxième phase.

**C. V. ANTONESCU, und D. BUCHERU: Vasculdrer Beweiss der Sympathicusparalyse durch Alkaloide der *Secale cornutum* Reibe.**

Aus sämtlichen, von verschiedenen Autoren durchgeführten Versuchen kann man den Schluss ziehen, das die Alkaloide der *Secale cornutum* reibe den Sympathicus paralisieren. Sie bewirken die Hypertension durch periphere Verengung der Gefässe und ist bei Hund und Katze diese Hypertension eine initiale.

Experimentelle Versuche, welche die Autoren bei Hunden anstellen, ergaben folgende Ergebnisse: Ergotin und Ergotamin bewirken auch bei Hunden Hypotension. Diese Erniedrigung des Blutdruckes ist initiale und von kurzer Dauer; von *Ergotin Merck* müssen 0,4 mgr., von *Cynergen Sandoz* 0,16 mgr pro. kg. Körpergewicht gegeben werden; bei geringeren Dosen beobachtet man nur ein Rarwerden des Rythmus der Herzschläge sowie eine Erhöhung der Herzsystole. Die initiale Blutdrucksenkung entspricht einer Paralyse des Sympathicus, welche später durch die periphere Gefässverengung und Erhöhung des Blutvolumens des Herzens verdeckt wird, welche in der zweiten Phase die Hipertensionen beenden.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**POMADA**  
ANALGEZIC-CICATRIZANT  
PLĂGI • ARSURI  
IRITĂȚIUNI CUTANATE • ULCERE  
Pastă de Ol. Jecoris și Zăd. și Talc  
TUB MIC. MARE ȘI CUTII 1/2 Kg.

**MOLLE**  
POMADA DESITIN FĂRA  
OXID DE ZINC ȘI TALC  
ARSURI INTINSE  
PLĂGI CU PIERDERI  
DE SUBSTANȚĂ  
PLĂGI AȚONE  
OSTEOMIELITE  
Se introduce ca pansament  
în strat gros sau se  
toarnă direct în cavitate  
TUB 40 g. 100 g. ȘI  
CUTII 1/2 Kg.

**PUDRA**  
PUDRĂ GRĂSĂ ADESIVĂ  
PE BAZĂ DE OL JECORIS  
ABSORBE SECREȚIUNILE  
IRITĂȚIUNI  
SUPERFICIALE  
TRANSPIRAȚIE  
TĂLALE  
SUGĂRILO  
CUTII METAL MICI ȘI  
MARI ȘI PĂC. 100 g.

**DESITIN**  
cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Cal. Serban-Vodă 41 București

## SERVICIUL SANITAR RURAL ȘI SĂNĂTATEA SATELOR Constatări-Deziderate.\*)

de

**D-R VASILE I. D. CĂMENIȚA**

Medic definitiv al Circumscripției Sanitare Breznița-Ocol  
Jud. Mehedinți.

În cursul anului 1935, am publicat în revista „Mișcarea Medicală Română” o serie de articole în care arătam starea corpului medical sanitar rural și greutățile uneori insurmontabile cu care acesta avea să lupte.

Făceam atunci și unele propuneri ce le găsim necesare, ca activitatea, ce acest corp medical sanitar rural o desfășura, să devină într'adevăr utilă pentru sănătatea satelor noastre, ce până la începutul anului 1938 conțau poate numai ca număr util de voturi.

Era și atunci prea cunoscută axioma că satele cu populația lor rurală sunt rezervorul de vieți necesare regenerării orașelor și neamului românesc și se mai știa, — măcar în parte — că aceste sate au nevoie de o prea serioasă asistență sanitară, pentru a nu li se compromite vitalitatea lor — și cu aceasta vitalitatea neamului — și cu toate acestea realmente nu se făcea pentru sănătatea satelor decât prea puțin din cele ce erau necesare.

Nu este timpul și nici nu intră în atribuțiile noastre de a cerceta, care sunt cauzele și vinovații din cauza cărora s'a lăsat atâta timp până la o deplină înțelegere a tuturor problemelor sanitare. Să ne gândim la prezent și să nu uităm nici un moment că — într'una din cuvântările sale — Majestatea sa Regele Carol al II-lea a spus că pe lângă grija de armată și drumuri, unul din comandamentele ce trebuiesc avute în primă seamă de Guvernul Său este și sănătatea publică,

Și este aceasta un lucru atât de natural și atât de simplu și poate tocmai din această cauză puțin luată în seamă, în cât a fost nevoie de înaltul cuvânt și îndemn, căci dacă trebuiește armată și drumuri, apoi armata trebuie să fie și nu poate fi decât plină de vigoare și sănătate.

Ori dacă mediul din care armata se recrutează nu este pe deplin sănătos, este dela sine înțeles, că și armata va avea o putere de combativitate scăzută și din această grije și ca urmare la îndemnul Majestății Sale Regele Carol al II-lea sub energica conducere a D-lui Mi-

\*) Primit la redacție în luna Iunie 1939.



nistru al Sănătății Publice d-l General D-r. Marinescu, s'a născut ideea aplicată cu mult succes în mediul satelor noastre, ideea campaniilor sanitare din fiecare an.

Dar aici vrem noi să stăruim și anume că acest succes al campaniilor sanitare este bine să fie obținut și menținut pe cât în suprafață pe atât și în adâncime și să se lucreze în așa fel ca rezultate obținute în cursul unui an să se mențină în cea mai mare măsură și pentru anii ce urmează.

Știm prea bine că aceasta este și dorința d-lui Ministru al Sănătății și a tuturor factorilor cu răspundere pentru viitorul acestui neam. Experiența a mai bine de 10 ani și jumătate de serviciu sanitar rural din care două campanii sanitare în două regiuni diferite ale acestui județ ne-au pus în situație de a observa unele piedici în calea succesului campaniilor sanitare, ne-au arătat unele măsuri de luat pentru un succes mai frumos și trainic. Vom căuta ca în rândurile ce urmează să evidențiem pe cât ne va fi posibil toate aceste puncte de observație.

I. — 1. Este știut că într'o luptă trebuie să ai soldați înzestrați cu tot ce le trebuie și în campania sanitară soldații de prima linie, pe care apasă greul cel mai mare sunt medicii și personalul sanitar auxiliar. Sunt ei în perfectă posibilitate a îndeplini sforțările ce se cer? Este drept că situația materială a medicilor față de trecut s'a îmbunătățit și dacă nu li s'ar reține din salariu în fiecare lună 1000—2000 lei ca garanție de gestionar, situația cel puțin a unei bune părți din corpul medical sanitar rural s'ar putea spune că este mulțumitor asigurată. Ar fi deci de dorit ca să se găsească o altă soluție ca această sumă destul de mare pentru ei să nu se mai rețină medicilor, după cum din informațiile noastre nici ofițerilor gestionari nu li s'ar reține. Această sumă reținută astăzi ca garanție ar îmbunătăți situația medicilor sanitari rurali, căci nu ne putem gândi la argumentul nu tocmai solid, că dacă ni se reține acum ni se va da ca economie când vom eși la pensie. În locul acestui procedeu credem că ar fi mai util să se cerceze cum s'ar putea adapta pentru corpul medical sanitar ideea asigurărilor — așa cum nu de multă vreme s'a pus în aplicare pentru ofițeri — combinată cu ideea garanțiilor necesare de gestionar al medicilor. Un al doilea punct de asemeni de o importanță capitală în îmbunătățirea situației materiale a medicilor sanitari este să li se dea gradajile în întregime, căci astăzi nu ni se dau decât pe jumătate.

2. Și dacă pledăm pentru îmbunătățirea situației materiale a corpului medical sanitar rural, nu uităm că și corpul sanitar auxiliar atât de util pentru activitatea, ce e chemat să desfășoare pentru progresul sănătății satelor noastre, are și el doleanțele sale privitor la starea lui materială, care nu trebuie nici ea neglijată.

3. S'a constatat că întreg corpul medical sanitar rural și auxiliar sanitar a dat dovadă de ordine și abnegație în îndeplinirea datoriei, căci este dela sine înțeles că acest întreg corp și deci și subsemnatul nu uităm că astăzi satisfacerea tuturor doleanțelor materiale nu poate fi posibilă pentru un timp ce nu se poate determina. Și noi cu toții avem ferma convingere că cei ce ne sunt conducători ne cunosc și ne

înțeleg și doleanțele de ordin material, cari, de îndată ce va fi posibil, ne vor fi satisfăcute.

4. Socotim necesar ca ținându-se seamă de toate constatările scoase din experiența tuturor și de toate cerințele de astăzi ale serviciului să se facă un nou regulament, în care să se prevadă toate atribuțiile personalului medical și sanitar auxiliar, atribuții astăzi împărțite în mai multe regulamente, ce în parte sunt abrogate sau rămase în urmă față de progresul științei sau ale cerințelor sănătății publice.

5. Ca un corolar al punctului precedent socotim necesar să se facă o revizuire generală și raționalizare a tuturor imprimatelor, tabele și registre cerute personalului sanitar auxiliar și medical. Care este situația din acest punct de vedere renunțăm a mai discuta asupra ei, menționăm numai că o socotim absolut necesar a fi cât mai curând remediată.

6. Asupra spitalelor mixte rurale se pare că menținerea lor este deplin hotărâtă. Punerea lor în mai bună stare de funcționare și menținerea lor în condiții optime de activitate, cât și construirea de dispensarii și locuințe pentru medici la reședința circumscripției sunt puncte asupra cărora credem că trebuie să se îndrepte acțiunea celor ce dețin posturi de comandă în serviciul sanitar rural. Și aici notăm un alt punct de vedere. Suntem informați că în statutul funcționarilor C. F. R. s'a trecut sau se va trece plata chiriiilor după numărul membrilor familiilor lor. Medicii, care ocupă una sau mai multe camere în clădirile statului, sunt puși să plătească chirie. Dece, când mai sunt și alți funcționari ai statului, cărora nu li se aplică măsura de a plăti chirie ca medicii sanitari?

7. S'au adus și încă se mai aduc învinuiri medicilor că fug de mediul rural. Găsim că cei care au formulat și formulează aceste învinuiri nu prea au dreptate de loc, fiindcă pentru aceasta ar trebui să se remedieze cât mai multe din doleanțele exprimate în punctele precedente și numai după aceea se poate aduce acuzații. Până atunci ar trebui să cercetăm toate cauzele ce fac pe medici să fugă de mediul rural și cum i-am putea atrage spre acest mediu.

8. Noi menționăm că cu toate cele arătate mai sus corpul medical sanitar rural și sanitar auxiliar a găsit în el toată puterea să activeze în cursul campaniilor sanitare din acest an și din anul precedent, încât i s'au adus atâtea mulțumiri publice de către D-l Ministru al Sănătății și cu cât se vor putea ameliora mai mult inconvenientele menționate de noi mai sus cu atât mai mare va fi randamentul activității corpului medical și sanitar auxiliar, pentru progresul sănătății satelor noastre.

II. — Dar să arătăm și alte măsuri care ar trebui luate pentru ca ofensiva sanitară din cursul unui an să lase cât mai trainice urme, care dela an la an să fie tot mai multe și mai adânci.

1. În primul rând este absolut necesar ca toate autoritățile tutelare să ia măsuri să se impună tuturor autorităților subalterne să fie obligate să execute întâi la ele acasă măsurile de igienă și sănătate publică și anume să aibe localul vărui și curat în permanență. Dease-menea să aibă closețe igienice, construite în așa fel ca să nu mai poată contamina sursele de apă din vecinătate.

# Institutul de Seruri și Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenței 103 — București VI

## Seruri

- Ser antidiferic (250—500—1000 și 2000 unități pe cm.<sup>3</sup>)
- > antizidenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
- > antistreptococic
- > antigangrenos > și monovalent (V. septic, B. perfringens, oedematiens, B. hysolititic, B. sporogenes)
- > antimeningococic polyvalent și monovalent (tip. A. tip B. tip C. și tip. D.)
- > antitetanic (200—400—600—800 unități pe cmc.)
- > anticărbunos
- > antipneumococic polyvalent și monovalent (tip. I, tip. II și tip. III)
- > antipoliomyelitic
- > anticoli polyvalent
- > antistafilococic
- > antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic)
- > antiscarlatinosis (streptococ hemolitic)
- > normal de cal
- > normal de bou

## Vaccinuri

### Vaccin antistreptococic

- > antistafilococic
- > antigenococic
- > antipneumococic
- > antitifo-paratific
- > antiholeric

### Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)

- > anticoli
- > antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)

### Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)

Anatoxine, difterică, tetanică, stafilococică și scarlatinoasă (streptococ hemolytic)

Filtrat de stafilococ

Filtrat de stropococ

Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.

Tuberculină brută

Antigen metilic (Boquet și Nègre) pur și diluat

Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene

> precipitante pentru identificarea albuminelor

Ser hemolytic anti-oale

Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)

Toxină pentru reacția Dick

Toxină pentru reacția Schick

Antigene: Bordet-Ruplens, Citocol și Kohn

Antigen pentru reacția Frei

Medii de cultură solide și lichide

Secțiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate

analizele medicale, bacteriologice, parazitologice și chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)

Examene de materii fecale.

Analize de urină, suc gastric etc.

Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broșură conținând instrucțiuni pentru întrebuințarea serurilor și vaccinurilor, precum și toate informațiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile și vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacității.

Depozit general de desfacere și reprezentant:  
„DROGUERIA STANDARD“ Str. Sft. Ionică No. 8, București.

2. Este deasemeni necesar să se ia măsuri ca fapte ca următorul să nu se mai întâmple. La unele primării, s'a trecut în buget o sumă pentru construirea unei latrine igienice. Această sumă a fost complex-tamente anulată de autoritatea tutelară. Este o lipsă de concordanță între hotărârile unui minister și ale celuiilalt, care numai utilă nu poate fi principiului autorității și sănătății publice.

3. Și cele ce cerem pentru primării se aplică ad litteram și pentru școlile primare sau oricare alte instituții publice.

Să se găsească de autoritățile tutelare soluția că atât primării cât și toți șefii de mici autorități să nu mai răspundă la aproape toate îndrumările de îndreptare făcute de medici cu invariabilul răspuns „nu sunt fonduri”.

4. Privitor la sursele de alimentare cu apă de băut în cursul campaniilor sanitare s'au luat o întreagă serie de măsuri de îndreptare. Dar o rezolvare desăvârșită a alimentării cu apă de băut la sate nu s'a putut și nu se poate face așa de repede. Pentru început credem necesar — cum de altfel s'a mai discutat — ca în fiecare comună să se construiască o fântână sistematică necontaminabilă, ce să servească apoi ca exemplu pentru asanarea celorlalte surse de apă din comună.

5. La fiecare primărie trebuie să se formeze câte o groapă cu var, suficient pentru trebuințele locuitorilor din comună, var ce să se vândă pe un preț redus sau grațuit la cei săraci.

Astăzi de atâtea ori se întâmplă ca atunci când medicul ia măsura de văruire a caselor, această măsură să nu se poată executa pentru motivul că nu se găsește var.

Subiectul avut în vedere în rândurile de mai sus este destul de vast și mai sunt atâtea de discutat asupra sa.

Personal am înțeles de a noastră datorie să aducem pe altarul sănătății publice, — de care toți trebuie să ne îngrijim — această modestă contribuție a unui slujitor al său, care a înțeles — și speră că n'a greșit — ca să facă în postul său operă de idealism și apostolat și nici de cum operă de îmbogățire cât mai rapidă prin toate mijloacele. Și chiar dacă realitatea se va însărcina uneori să ne dea amarul desamăgirii pentru intrasigența de a ne menține pe linia de conduită ce ne-am fixat în serviciu, noi vom continua și de-acum înainte, a avea ca singur ideal în serviciu și viață, îndeplinirea datoriei în conștiință și onoare.

**Anemii—Convalescențe—Debitate  
Tuberculoză.**

# PANCRINOL

**(Extrakte de ficat — Splină — Rinichi —  
Supra renală).**

**SIROP: 2 — 3 linguri pe zi, cu puțină apă  
înaintea meselor.**

**Anemii — Convalescențe — Oboseală  
Astenie — Inapetență — Surmenaj  
nervos.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

# PHOSPHO- PANCRINOL

**Vin tonic conținând ficat — splină — rinichi —  
suprarenală — mangan — magnezie și acid  
fosforic.**

**1—2 linguri de supă pe zi.**

**Laboratoarele DEBAT — Paris**

**Eșantioane și literatură**

**Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.  
103 Str. Toamnei, București III, Tel. 221/38**

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA MANIFESTAȚIUNILOR PLEURO-PERITONEALE ALE PALUDISMULUI

de

D-r C. D. CONSTANTINESCU

Din anul 1924, am arătat că alături de manifestațiunile pleuro-peritoneale acute ale paludismului, există și forme sub-acute și cronice, aducând în sprijinul celor dintâi o observațiune clinică în care numeroși gameți praecox au fost găsiți nu numai în sânge, dar și în exudatul peritoneal („Rev. Șt. Med.,” No. 2, 1924).

Un studiu de curând apărut (Gingold și Florescu „Bull. de l'Acad. de méd. de Roumanie”. T. VII, No. 2), ne-a determinat să revenim asupra chestiunii și să insistăm asupra interesului pe care îl prezintă, cunoscută fiind întinderea endemiei palustre din țară. Tratatamentul specific, intensiv și îndelung administrat, înlătură în aceste cazuri prognosticele, defavorabile, vindecând bolnavii.

În ședința din 21 Martie a. c. a Academiei de Medicină din București, d. D-ri Gingold și Florescu au făcut comunicarea: „Sur quelques éléments de diagnostic dans les syndrômes abdominaux aigus dus au paludisme”. Acest studiu a fost determinat de observarea a 2 cazuri personale de sindrome peritoneale acute care au simulat apendicita, bolnava din prima observație fiind chiar operată în lipsa unui diagnostic precis. Autorii au mai citat cu această ocazie și alte cazuri de manifestațiuni peritoneale acute datorite paludismului, de curând publicate în țara noastră de către Dimitriu și Popovici, Comșa și Bruckner și mai ales de către Grossman și Solomon.

Sunt aproape 15 ani de când în colaborare cu d-l D-r Ilie D., unul dintre foștii noștri medici secundari, am publicat și noi în „Revista Științelor Medicale”, No. 2, 1924, un articol intitulat „Pleuro-peritonitele paludice”. Deși în acest studiu noi am avut în vedere în mod special formele sub-acute și cronice ale manifestațiunilor pleuro-peritoneale paludice, aducând în sprijinul existenței lor o observațiune clinică în care diagnosticul a putut fi stabilit și prin constatarea hematozoarului în exudatul peritoneal, ne-am ocupat totuși și de manifestațiunile acute ale acestei infecțiuni, făcând între altele și câteva considerațiuni privitoare la istoricul lor. Comunicarea d. d. D-ri Gingold și Florescu ne determină să revenim asupra publicațiunii noastre anterioare.

În articolul amintit, după ce arătam că faza cu adevărat științifică a infecției paludice nu începe decât în anul 1880, odată cu descoperirea memorabilă a hematozoarului de către Laveran, spuneam că acest autor este și acela care a reacționat împotriva dogmei stabilite de către Verneuil, după care paludismul n'ar fi flogogen, insistând asupra faptului că hematozoarul, prin prezența sa în sânge, determină congestiuni inflamatorii, iar repetarea și durata lor explică inflamațiunile cronice și celelalte alterațiuni viscerale atribuite paludismului. Dar noi mai adăogam că Laveran a cunoscut și a descris și manifestațiunile pleurale și peritoneale acute ale paludismului, iar dacă personal el nu avusese ocazia să întâlnească nici-un caz în cei 5 ani petrecuți în Algeria, cita pe compatriotul nostru Obedenaru, care s'a ocupat de această chestiune în articolele sale publicate în „Gazette hebdomadaire”, 1877, și în articolul „Danubienne” din „Dicț. encyclop. des sc. méd.”, apărut mai târziu.

Este adevărat că în comunicarea lor, colegii noștri d. d. Gingold și Florescu spuneau că în literatura medicală străină s'a atras de mult atențiunea asupra formelor atipice, și în special asupra celor abdominale ale paludismului, dar adăogau că, în ceea ce privește formele pseudo-ependiculare, ele n'ar fi fost descrise de cât de curând, de către Demianov (1926). Această distincție nu mai are însă importanța acordată în trecut, căci actualmente fenomenele ependiculare sunt considerate ca expresia sindromului peritoneal, el însuși atribuit reacțiunilor nervoase consecutive excitațiilor peritoneului; este ceea ce și determinat pe Labbé să spună: „L'appendicite n'est qu'une forme ou qu'un début de la péritonite”, iar mai departe „la péritonite diagnostiquée, il faut rechercher l'organe qui peut en être le point de départ”. Ori, compatriotul nostru Obedenaru cunoștea accidentele acute ale paludismului având înfățișarea de peritonită acută, căci cita pe Manginas, Gravaris și Pampoukis, cari din anul 1888 le observaseră în Grecia; tot el a amintit apoi de articolele lui Lampadarios (1899), Salamangas (Janina), 1899, Soulié (1892) și Gillot (1905, Algeria), cari au observat cazuri asemuitoare.

În articolul lui V. Gillot: „Du paludisme à forme de péritonite”. (La Semaine Méd., 13 Sept. 1905), se găsesc expuse 4 observațiuni clinice personale observate în același an și în aceeași epocă, la același spital. Sindromul apăruse în perioada de invazie ori în cursul evoluției boalei. Exceptându-se prima observație în care bolnava a murit în urma laparotomiei din eroare practică, în toate celelalte cazuri vindecarea s'a ivit în prima, în a doua sau cel mai târziu în a 3-a zi de la administrarea unei doze zilnice de 1 gr. 50 chinină bichlorhidrică, în inj. sub-cutanate. Autorul mai cita și observația lui Soulié, cu examenul sângelui pozitiv, în care vindecarea a fost obținută în același fel. Adăogăm că sunt aceste manifestațiuni paludice care au fost descrise de către Laveran sub denumirea de larvate, înțelegându-se prin acest termen accidentele care simulează o altă afecțiune, luându-i marca, și făcând să se bănuiască ultima în loc ca gândul să fie îndreptat către cea dintâi.

Dar pe lângă publicațiunile amintite, mai semnalăm în articolul nostru din 1924 și studiul așa de interesant al lui Cordier (din Lyon): „Les réactions de la plèvre et du péritoine au cours de l'impaludisme”;

apărut în „Ann. de Méd.” T. VI, No. 2, 1919. Autorul făcea cunoscut la rândul său 4 observații clinice personale: în 2 dintre aceste cazuri era vorba de peritonite acute fără de revărsat, într-altul de o pleuro-peritonită acută cu revărsat, iar în ultimul de o pleurezie exudativă acută stângă. În toate aceste cazuri manifestățiunile apăruseră în cursul evoluției acceselor palustre prelungite sau de la apariția lor, diagnosticul fiind stabilit nu numai prin prezența hematozoarului în sânge, cunoașterea antecedentelor, înlăturarea coincidențelor și a infecțiilor supra adăo-gate, dar și prin constatarea eficacității tratamentului cu chinină, apariția și dispariția repede a accidentelor fără de a lăsa sechele în urma lor, precum și prin formula citologică a revărsatului în cazurile în care a fost constat, dovedind existența a numeroase hematii și a unei mononucleoze extrem de pronunțată (90%).

Spre a se stabili natura manifestățiunilor peritoneale acute, d. d. Gingold și Florescu au atras atențiunea asupra importanței constatării unei variațiuni brusce în starea bolnavilor cu modificarea simptomelor locale subiective și obiective; dânsii au mai insistat apoi asupra durerii superficiale prezentată de bolnavi la palpația fosei iliace drepte, asupra lipsei constipației ca și asupra dispariției sindromului în urma medicației specifice. Exceptând ultimul mijloc de diagnostic propus, credem că în general nu se poate acorda o prea mare valoare celorlalte, dacă jinem seamă de fiziologia lor patologică. Cunoaștem noi exact cauza modificărilor termice? Se știe într'adevăr de la Lennander, că fesutul sub-peritoneal parietal ca și cel de la nivelul inserțiilor mezenferului, este în general foarte bogat în firișoare nervoase, dar care este procesul intim care determină iritațiunea acestor elemente provocătoare de dureri? Constipația observată la începutul peritonitelor este atribuită iritației plexului solar, se admite însă o altă patogenie pentru cea care apare ulterior, fiind considerată că ar fi datorită unor leziuni ale pereților intestinali. Și diareia este atribuită de către unii acestei ultime cauze, în vreme ce alții admit interpretarea dată de către Laignel-Lavastine fenomenelor clinice din peritonite. Ori, se știe că acest autor a descris un sindrom solar acut de excitație și altul de paralizie, cel dintâi fiind observat numai la începutul peritonitei. De fapt peritoneul este înzestrat cu o vie sensibilitate și excitațiile sale determină reacțiuni nervoase, care laolaltă constituesc sindromul peritoneal; în interpretarea fenomenelor observate, trebuie deci să se jină seamă atât de natura cât și de intensitatea stimulului, fără de a se pierde însă din vedere susceptibilitatea nervoasă a pacienților.

Fără îndotală că nu putem nega importanța analizei simptomelor clinice, căci știm cât au folosit la stabilirea în cadrul general al peritonitelor, a diviziunilor etiologice admise: acesta este și motivul pentru care Dieulafoy spunea: „on ne peut plus aujourd'hui fondre en un seul tableau la description de la péritonite aiguë, car les mêmes symptômes sont loin d'être applicables, il s'en faut, à des péritonites aiguës d'origine si diverses”. Nu trebuie însă să uităm, că același autor a descris „l'accalmie traitresse de l'appendicite”.... Socotim deci, că trebuie să se acorde o mai mare importanță, în stabilirea diagnosticului diferitelor manifestățiuni paludice, anamnezei bolnavilor, dar mai ales cercetării hematozoarului și rezultatului tratamentului specific administrat. Dacă însă determinațiunile



# MEMENTO-TERAPEUTIC

Pentru o parte din preparatele Laboratorului „Dr. AL. ITEANU”

INDICAȚIUNI	Preparatul și modul de administrare	PRINCIPII ACTIVI	Prețul pt. public
<b>Anemie</b> Cloroză, cachexie, debilitate, lipsa poftei de mâncare, surmenaj, oboseala fizică și intelectuală.	<b>OPOGLOBIN</b> Doza zilnică: La copii 2-3 lingurițe. La adulți 2-3 lingure.	Extract de ficat, glicerofosfat de sodiu, sare de cupru și toți componenții activi ai sângelui.	160.—
	<b>HEMOFER</b> Doza zilnică: La copii 2-5 lingurițe. La adulți 2-3 linguri.	Hemoglobină, oxihemoglobină și toți componenții sângelui sănătos sub forma coloidală.	115.—
	<b>NUCLEAGENOL</b> Doza zilnică: La copii 2-3 lingurițe. La adulți 2-3 linguri.	Arrhenal, sare de mangan, nucleinat și glicerofosfat de sodiu.	120.—
	<b>PHYTINASE</b> In comprimate mici. Doza: La adulți 3-5 pe zi. La copii 1-3 pe zi.	Fitină, fier, arsen, chinină, strichinină.	100.—
	<b>POLYTONAL</b> (Strop stimulant cu hipofosfiti) Doza zilnică: 2-4 lingurițe.	Hipofosfiti ai fierului, calciului, potasiului, manganului, strichinină, chinină.	115.—
<b>Afecțiunile căilor respiratoare</b> Tusea, bronșite acute și cronice, bacterică, desinfec-tant puternic al căilor respiratoare. afecțiunile inflamatorii acute, cronice, nazo-sinu-ziene, laringo-tracheo-bronșice, sinuzite ale feței, farin-gite, tracheo-bronșite și catarurile trompei lui Eustache.	<b>PECTOFEDRIN</b> Doza: La adulți 3-5 lingurițe pe zi. La copii 1-3 lingurițe pe zi.	Efedrină, extracte vegetale (Thymus vulgaris, Inula helenium, Pulmonaria, Marrubium), sulfo-guoaicolat de potasiu, benzoat de sodiu, brom. de potasiu	115.—
	<b>PECTOSIN</b> Doza zilnică: La copii 1-3 lingurițe. La adulți 3-5 lingurițe.	Sulfo-guaiacolat de potasiu, extracte vegetale calmante și expectorante. Nici un narcotic.	100.—
	<b>INHALANTOL</b> Tablete. Doza: una pastilă la 1/2 litru de apă fierbinte pentru inhalatți timp de 5 minute.	Esențe volatile calmante, substanțe balsamice, menthol, gomenol, bals. Peru.	100.—
<b>Artrism</b> Diateza urică, guta, grava, reumatism, sciatică, uricemie, obesitate. Arterio-scleroza, astma, sifilisul. Encefalita acută epidemică, infecțiuni, septicemie. Reumatism poliartricular acut și cronic. Calmant puternic în durerile sciatiche, nevralgice.	<b>UROSOLVAN</b> Doza zilnică: 2-4 măsuri.	Chinat de piperazină, formină, săruri de litină	115.—
	<b>IODIPON</b> Doza zilnică: La copii 5-20 picături. La adulți 20-40	Iod coloidal în combinațiune stabilă cu peptona.	110.—
	<b>GLUSAL</b> Injecțiuni intravenoase, 1-2 pe zi.	Salicilat de sodiu în asociație cu glucoza.	120.—
	<b>TOTALGON</b> Unguent în tuburi. Se aplică 1-2 ori pe zi masaje ușoare.	Salicilat, guaiacol, mentol, etc.	105.—
<b>Boli nervoase</b> Isteria, neurastenia, tetania, meningism, migrenă, cefalgia, ticuri nervoase, insomnie, nevroze. Neînlinște, anxietate; nervosismul stărilor de menopauză. Spasme bronchice, stomacale și intestinale, palpitațiuni nervoase, etc.	<b>VALOBROM</b> Doză zilnică: 2-4 lingurițe.	Extracțiunea totală a valeriane, compuși organici ai bromului și acidului dietilbarbituric	115.—
	<b>VALOFLORIN</b> Doza zilnică: 2-4 lingurițe.	Crategus, passiflora, guarana, și valeriana.	105.—
	<b>CARDIVAL</b> Dragele. Doza: 1-3 pe zi.	Sparteină, chinină br, adonis, valeriană, acid-feniletilbarbitur.	100.—
<b>Boli cardiorenale</b> Diuretice puternice, declorurant, în artrism, gută, sciatică, astenie cardiovasculară, asistolii, și în afecțiunile cardio-renale.	<b>THEOCARDOSE</b> Barbiturică, cafeinată, calcică, digitalică, fosfatată, litinată, pură, sciilitică, și strofantică. Doza: 2-3-4 cașete pe zi.	Teobromină, pură sau în asociație cu fosfat de sodiu, benzoat de litiu, cafeină etc.	85.—
<b>Constipație</b> Laxatie inasimilabilă, în constipații rebele, colite muco-membranoase, apendicită, etc.	<b>LUBROIL</b> Adulți: 2 linguri pe zi. Copii: 1-2 lingurițe pe zi.	Hidrocarbură parafinică neutră.	85.—
<b>Epilepsie</b>	<b>PALEPSIN</b> Doza zilnică: 2-3 pastile.	Feniletil-maloniluree, scopolamină.	72.—

acute ale acestei infecțiuni sunt de mult timp cunoscute și studiul lor a fost reluat numai în ultimul timp, nu putem face aceiași afirmații despre manifestațiunile mai puțin șomotoase ale paludismului printre care peritonitele sub-acute și cronice. În afară de cazul publicat de noi în anul 1924, nu știm ca vreun altul să mai fi fost făcut cunoscut până acum.

Era vorba, în observațiunea noastră clinică, de un soldat în vârstă de 24 ani, care a intrat în Serv. Med. A. din Spitalul militar „Regina Elisabeta” la 7 Noembrie 1923, eșind la 17 Martie 1924. Da reținut din antecedente: o febră continuă la vârsta de 16 ani, care ar fi durat 2—3 săptămâni; o altă febră continuă de o durată egală în toamna anului 1921; la un an în urmă ar fi fost reținut din nou la infirmeria corpului câțva timp pentru un junghi în torace, iar în Martie 1923 ar fi prezentat 7 zile de ardoi accefe febrile, care s'ar fi repetat în urmă la 2 zile și ar fi dispărut apoi sub influența tratamentului cu chinină. Acelese febrile au reapărut în luna Sept., dar neregulat; de atunci a început să albă turburări digestive însoțite de meteorism abdominal. În luna Noembrie accesele febrile au reapărut, iar astenia și cefalea au făcut progrese spre a constata în urmă distensiunea abdomenului, lipsa de apetit și alteratiile de constipație și diaree.

Examinat la intrarea în spital, Temper. 37,8, Pulsul 68, Tens-arter, 12,5/7,5. Palid, anemic, astenic. Conjunctivele sub-icterice. Ușor oedem gambe fără de albumină în urină. Purpura simplex punctiformă, diseminată. Submat. baza hemit-stg. cu respirația diminuată. Splina mărită. Abdomenul distins cu matitate deplasabilă pe flancuri. Puncția pozitivă: limfocite 80%, mono-mari 9%, mono-mijlocii 7%, polinucleare 4%, celule endoteliale izolate și leucocite melanifere; numeroase hematii; numeroși gameji de plasmodium procox; forme semi-lunare, care se deosebesc de cele întâlnite la examenul hematologic din cauză că au extremitățile mult ascuțite și sunt mai subțiri și încovoiați, pigmentul fiind dispus nu numai în josul nucleului, dar și dealungul citoplasmei. Cei mai mulți dintre gameji sunt liberi și numai unii prezintă o dungă pe latura lor concavă, rest al hematiilor în care s'au desvoltat. Puncția pleurei de asement pozitivă: lichid sero-citrin cu r. Rivalta pozitivă, numeroase hematii și limfocitoză.

La intrarea în serviciu urea din sânge era 0,57‰; GR. 1.200.000; G. A. 7.200 (predominanță de mononucleare, polinuclearele fiind 54‰); H (Sahli) 7.78; V. G. 093. În sângele colorat cu Giemsa numai gameji tip procox, caracteristici, fără de vre-o altă formă de evoluție a hematozoarului. S'au practicat zilnic 2 inj. intra-venoase cu 0.50 bich. chinină. După 3 zile temper. a scăzut sub 37°, dar suspendându-se tratamentul s'a ridicat din nou spre a se menține neregulată până la 8 Decembrie, deși inj. cu chinină au fost continuate. La această ultimă dată febra încetând, s'a suspendat medicația; de a 2-a zi temper. s'a ridicat din nou. S'a administrat bolnavului 2 gr. chinină pe zi, în 2 doze, alternându-se 3 zile de tratament cu 3 zile de repaus. S'a continuat tratamentul până în luna Martie, dar febra n'a mai reapărut de la 31 Decembrie. Nu s'au mai constatat gameji în sânge de la 30 Noembrie. No. G. R. a crescut treptat, fiind de 4.100.000 la 17/III. No. G. A. a variat puțin (7000—8.400), formula leucocitară dovedind existența unei mononucleoze care nu s'a modificat de cât în a doua jumătate a lunii Febr. Puncțiile peritoneale exploratoare au fost practicate la 11, 16, 19, 26 Noembrie și 1 Decembrie și numai ultima a fost negativă. Gamejii, numeroși la primele 2 examene, au fost rari în lichidul extras la 16/XI și n'au mai fost găsiți în urmă. La sfârșitul lunii Noembrie s'au constatat frecături pleurale la baza stângă, iar ulterior numai o zonă de submatitate.

Cum bolnavul avea și un ușor oedem al gambelor în primele zile de la internarea sa în spital, s'a determinat permeabilitatea renală la Na Cl și la uree. Proba bilanțului clorurilor a dovedit o ușoară retenție (ritm în eșalon tip II), Urea în sânge 0,57‰, iar Constanta Ambard 0.085. De la 31 Decembrie, data dispariției febrei, greutatea bolnavului nostru a crescut progresiv, ajungând de la 58 kilogr. la 73 kilogr. și 300 gr. la eșirea sa din spital. Adăogăm că un cobai, inoculat intra-peritoneal la 26/XI cu 10 cm.<sup>3</sup> lichid peritoneal de la bolnav, a fost scos din observație la 29 Decembrie, fiind perfect sănătos.

Nu vom insista asupra diagnosticului diferențial. Am eliminat cu ușurință în acest caz cahexia palustră și hidropisia nefretică. Pe dealtă parte, prezența gameșilor în sânge și constatarea lor și în lichidul peritoneal centrifugat, ne-a permis să determinăm natura paludică a sindromului clinic observat, înlăturând diagnosticul de pleuro-peritonită bacilară, care se impunea.

S'au emis multe ipoteze asupra patogeniei manifestațiunilor viscerale ale paludismului. Le Calvé căuta să le explice și prin șocul hemoclastic, invocat de către Abrami și Senevet în apariția acceselor febrile, în vreme ce majoritatea autorilor socotesc că ar fi datorite unor acțiuni mecanice, ori mecanice și toxice asociate, acumularea hematiilor parazitare, a pigmentului și a leucocitelor melanifere în capilare, determinând trombusuri și embolii, iar endotoxinele parazitare exercitând o acțiune inflamatorie caracterizată prin endo și peri-arteriolite. O veche constatare făcută de către Laveran în vara anului 1882, la spitalul din Constantine, ar veni în sprijinul ultimei păreri, căci la o necropsie practică la un bolnav mort de febră pernicioasă, a observat cum „mezentorul și marele epiploon erau ciuruite de hemoragii capilare consecutive acumulării elementelor pigmentate în micile vase sanghine“. În acest fel am explicat noi atât apariția pleuro-peritonitei cât și prezența hematiilor și a numeroșilor gameși în exudatul peritoneal din cazul observat, deși Cordier crede, că acțiunea hematozoarului asupra seroaselor ar fi primitivă, congestiunile, endo-peri-arteriolitele și hemoragiile nefiind decât secundare. Se poate însă admite opiniunea acestui autor și în peritonitele sub-acute și cronice paludice, de care ne ocupăm?

Comunicarea d. d. D-ri Gingold și Florescu, de curând făcută la Academia de Medicină, ne-a determinat să revenim asupra unei observațiuni clinice publicată acum 15 ani, dar care poate tocmai din cauza trecerii acestui lung interval de timp a fost dată uitării. Dacă colegii noștri ne-au oferit și privilegiul de a reaminti unele date privitoare la istoricul accidentelor peritoneale acute ale paludismului, suntem cu deosebire mulțumiți că ne-au dat ocazia să atragem din nou atențiunea asupra existenței formelor sub-acute și cronice ale acestor manifestațiuni, a căror cunoaștere credem că prezintă interes mai ales în țara noastră, știut fiind cât este de întinsă endemia palustră cu recrudescențele care s'au ivit și dăinuiesc din timpul și de la terminarea marelui război. Ori, tratamentul specific, intensiv și îndelung administrat, vindecă bolnavii, înlăturând prognosticele defavorabile.

Dès 1924 l'auteur avait montré que outre les formes aiguës, il y a et il faut connaître les formes sous-aiguës et chroniques des manifestations pleuro-péritonéales du paludisme. A l'appui des premières de ces formes, il avait apporté une observation dans laquelle l'examen bactériologique du sang et de l'exsudat péritonéal, a permis la mise en évidence de nombreux gamètes praecox („Revista Șt. Medic.“, 1924, 1924, No. 2).

Une récente communication faite par M-rs M. Gingold et Florescu à l'Académie de Méd. de Bucarest („Bull. de l'Acad.“, T-VII, No. 2), donne à l'auteur l'occasion de revenir sur son étude antérieure et d'insister sur l'intérêt présenté par cette question surtout en Roumanie, pays chroniquement impaludé. Dans tous ces cas le traitement spécifique, intensivement et longtemps suivi, guérit les malades.

Schon 1924 hat der Verfasser gezeigt, dass ausser der akuten, auch eine sub-akute und eine chronische Form der pleuro-peritoneale Manifestation des Paludismus bestehen, und dies auf Grund der Beobachtung eines zur sub-akuten Form gehörenden Falles, wo die mikroskopische Untersuchung des Blutes und des Peritoneal-Exsudates erlaubt hat reichliche Menge von praecox Gameten nachzuweisen („Rev. Ştiinţ. Med.“, No. 2, 1924)

Eine kürzlich vor der medizinischen Akademie in Bukarest („Bull. de l'Acad.“, T-VII, No. 2), gemachte ähnliche Mitteilung von *Gingold* und *Florescu* gab dem Verfasser die Veranlassung, auf die Angelegenheit zurückzukommen, deren Bedeutung um so grösser ist, als es sich um Rumänien handelt, das ein durch Paludismus versüchtetes Land ist und um eine Krankheit, bei der die (allerdings richtig durchgeführte) spezifische Behandlung eine volle Genesung ermöglicht.

Dall'anno 1924, l'autore aveva già mostrato che oltre la manifestazioni acute pleuro-peritoneali del paludismo, ci sono anche delle forme sotto-acute e croniche, portando in sostegno delle prime una osservazione nella quale molti gameti praecox furono trovati, non soltanto nel sangue ma anche nell'essudazione peritoneale. („Revista Ştiinţ. Med.“ No. 2, 1924).

Uno studio recentemente pubblicato (*Gingold e Florescu*, „Bull. de Academie“, T. VII, No. 2) lo ha determinato di rivivere sull'argomento e di insistere sull'interesse che questo presenta, essendo conosciuta l'estensione delle febbri paludiche del paese. In tutti i casi riconosciuti, il trattamento intensivo e longamente amministrato, elimina i pronostici non favorevoli, guarendo gli ammalati.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

# SPASMOSÉDINE



Acţiunea sedativă simultană asupra sistemului nervos intra și extra-cardiac. Acţiune antispasmodică și vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial și în-deosebi asupra sistemului coronar

Phenylethilplonyluree	0,015
Bromhidr. chinin	0,05
Extr. Crataeg. stab.	0,05

Doza mijlocie: 1—2 dragées prânz și seara înainte meselor.

Laboratoires Deglaude, 15 bd. Pasteur, Paris  
Cedex S. A. R., Cal. Șerban-Vodă 41 București

REMINERALISARE  
POLYOPOTERAPIE  
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

# OPOCALCIUM

du  
Dr. GUERSANT

① OPOCALCIUM IRRADIÉ  
Cachete. Comprimate.  
Granule

② OPOCALCIUM  
Cachete. Comprimate.  
Granule

③ OPOCALCIUM  
Arseniát-Cachete

④ OPOCALCIUM  
Gaiacolat-Cachete

Laboratoarele  
OPOCALCIUM

A. RANSON  
Dr. in farmacie  
96 RUE ORFILA  
PARIS XX-e

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

# AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE  
sef de laborator la spitalul SE ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE

Agent de drenare a căilor biliare prin  
ingestiune, de o remarcabilă activitate

Posologie: 1-3 lingurițe de catea dimineața pe nemăcate

REPREZENTANT PENTRU ROMANIA:

DROGUERIA „STANDARD” S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — București

## **BRONCHOPNEUMONIA LOCALIZATA DIAGNOSTICATA ABIA LA EXAMENUL TELERADIOGRAFIC**

de

**D-r EUGEN HERSKOVITS**

Medic radiolog — București

Cazul descris mai jos demonstrează indicația examenelor radiologice ale organelor toracale la orice bolnav febril, unde prin metodele clinice nu s'a putut ajunge la un diagnostic și chiar la aceia cari nu prezintă semne clinice din partea aparatului respirator. Necesitatea acestor examene este ilustrată prin introducerea în străinătate în ultimii ani a controlului radiologic al tuturor bolnavilor internați chiar cu diagnosticul precizat. Acest control radiologic în masă s'a putut efectua decând cu introducerea fotografiei în mica imaginii depe ecranul radiosopic. („Leuchtschirmbild“).

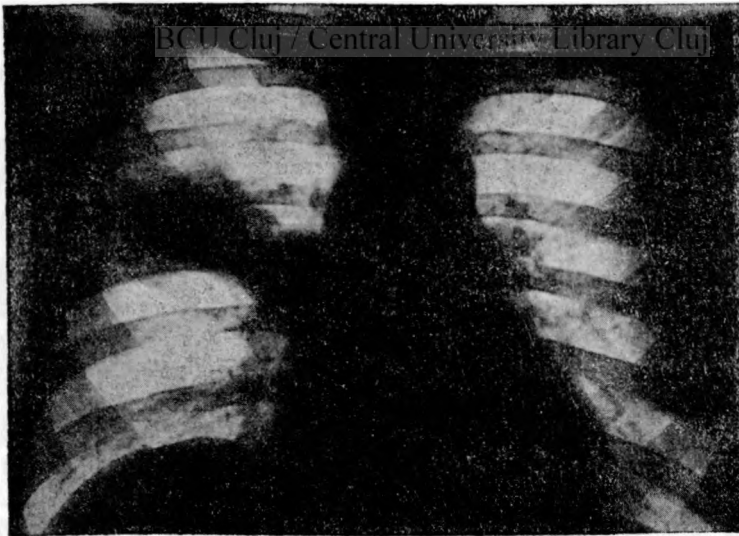
Aceste mici fotografii se fac cu cheltueli foarte reduse într'un timp foarte scurt, fără expunerea examinatorului efectelor nocive ale razelor Röntgen, și se execută chiar de către personalul ajutător. Aceste fotografii se atașează la foaia de observație și sunt examinate cu lupa de către clinicieni și de radiologi. Găsind pe unele din ele modificări, bolnavii respectivi sunt supuși la examenul mai amănunțit radiologic pentru stabilirea precisă a leziunilor. Specialistul se folosește de următoarele metode: Radioscopte, teleradiografie sagitală, frontală, oblică și la nevoie de stratigrafie și chimografie.

Azi e un lucru bine cunoscut de către toți clinicieni că atunci când radiosopic nu putem depista vre-o modificare din partea plămânilor, radiografia poate pune în evidență mici modificări pe care retina celui mai bun specialist nu le poate înregistra, deoarece modificările sunt mici ca volum (Tbc. miliară) și disproporționat de grave ca diagnostic. La fiecare caz cu rezultat negativ la radioscopie se recurge azi la examenul radiografic. Mai puțin cunoscut este practicienilor importanța radiografiei pulmonare pentru a preciza un diagnostic diferențial, în acele cazuri unde modificările s-au depistat deja la radioscopie. Cazul de mai jos ne va demonstra că structura fină a modificărilor și micile diferențe de intensitate a umbrelor (care au un rol foarte mare în radiodiagnostic) nu le poate înregistra cu siguranță decât teleradiografia pulmonară.

La La 19 Februarie 1937 se prezintă la mine un bolnav în vârstă de 32 de ani pentru examenul radiologic al toracelui, indicat de către D-l D-r M. Braunstein. Bolnavul se află de 3 zile într'o stare febrilă de  $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . Nu se plânge de nici-o durere, decât de amețeli. În anamneză nimic deosebit, în ceea ce privește starea prezentă, bolnavul este bine nutrit și, după cum mi-a comunicat medicul curant, nu prezintă nimic din punct de vedere clinic, în afară de febra amintită mai sus. La radioscopia pe care i-a făcut-o colegul s'a observat o umbră triunghiulară cam în mijlocul câmpului pulmonar drept, suspectă de pleurezie interlobară și tocmai pentru diferențierea acestei umbre e trimis bolnavul la mine.

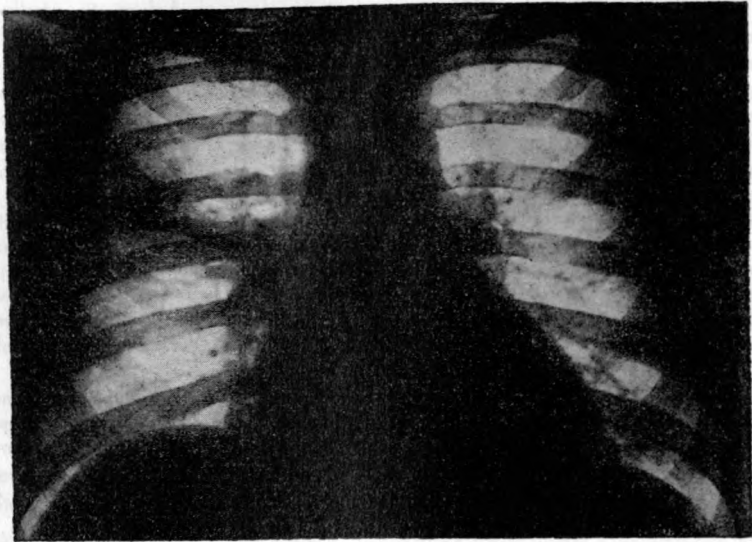
La examenul radioscopic preliminar am observat următoarele: în treimea mijlocie a câmpului pulmonar drept se proiectează o umbră mai mult sau wai puțin triunghiulară, cu vârful la hil și cu baza la peretele extern al hemitoracelui. Umbra are mărimea cam a unei palme de copil, fiind destul de intensă și omogenă cu conture nete și lineare, prezentând mișcări paradoxice. Diafragmul mobil. Alte modificări din partea organelor toracice nu se văd.

Teleradiografia toracelui însă arată că umbra nu e omogenă, ci că marginea ei inferioară linear delimitată e foarte intensă, dar intensitatea scade treptat spre marginea superioară, unde devine chiar marmorată, fiind delimitată în mod nesigur, pierzându-se pe nesimțite în desenul normal al lobului superior drept. Incolo nimic deosebit toracic. Din imaginea umbrei susnumite am stabilit că umbra difuză, dar în unele locuri atât de densă încât apare omogenă, e cauzată de infiltrațiuni bronchopneumonice (localizate) confluențe la baza lobului superior drept, iar umbra lineară bazală și de intensitate a calciului, e cauzată de o simfiză pleurală veche a pleurei interlobare. (Vezi fig. 1).



*Fig. 1* În treimea mijlocie a câmpului pulmonar drept se vede o umbră triunghiulară destul de intensă heterogenă, mai intensă spre marginea ei inferioară, mai puțin intensă și marmorată spre marginea superioară, net delimitată în jos și ștearsă în sus, cauzată de o bronchopneumonie confluentă locală a lobului superior, suprapusă unei simfize scizurale.

După 4 zile dela stabilirea diagnosticului bolnavul devine afebril și după alte 5 zile făcând un examen radiologic de control, umbra a dispărut, rămânând numai umbra intensă lineară cauzată de scizurita veche, (Vezi fig. 2), care radioscopic



*Fig. 2 Acelaș caz controlat mai târziu cu 9 zile. Umbra bronchopneumonică este complet dispărută, rămânând numai umbra lineară intensă dată de vechea aderență a pleurei interlobare.*

prezența și acum mișcările paradoxice. Diagnosticul radiologic a fost deci confirmat atât clinic cât și radiologic. Din acest caz vedem deci că fără radiografie, din imaginea radiosopică fals omogenă și din mișcările paradoxale ale umbrei se puteau trage concluzii eronate de pleurezie interlobară. Radiografia lămurindu-ne însă asupra structurii întinse a umbrelor, ne-a arătat că e vorba de două procese patologice independente în diferite timpuri formate, unul cronic și altul acut, supra-proiectate însă pe imaginea radiologică.

## CONCLUZIUNI

*In legătură cu acest caz de bronchopneumonie localizată în lobul superior drept, suprapusă pe o simfiză scizurală, diagnosticată abia prin teleradiografie (neprezentând alte semne clinice decât o febră înaltă continuă), diagnosticul fiind verificat prin evoluția clinică și prin controlul radiologic am relevat importanța examenului radiologic al plămânilor la fiecare bolnav febril, fără diagnostic clinic. Pe de altă parte am insistat asupra faptului că controlul radiologic trebuie să se facă atât prin radioscopie cât și prin teleradiografie, întrucât cea dintâi ne lămurește asupra mișcărilor diafragmatice cât și ale modificărilor patologice, pe când radiogramele bine reușite ne dau posibilitatea unei analize amănunțite a structurii câmpului afectat, ceace ne scutește de interpretări eronate ale imaginilor radiosopice,*

## BIBLIOGRAFIE.

- Berner: Die Auswertung des Röntgenreihenbildes, Röntgenpraxis 1939, pag. 65. — Herskovits E. Importanța radiografiei pulmonare în aspirația corpurilor streine





**CYTO-SERUM CORBIÈRE**  
 MEDICATIE CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

**INDICAȚIUNI**  
 Limfatism - Leucemii  
 Astenie postgripală - Neurasfenie  
 Bronchite cronice  
 Emfizem - Tuberculoză  
 Convalescențe

**CALCIUM CORBIÈRE**  
 SOLUTIE DE GLUCONAT DE CALCIUM DE 10%  
 IN FIOLE DE 5cc. PENTRU INIECTIUNI



**INDICAȚIUNI**  
 Tuberculoză, Rachitism, Reumatisme  
 Fracturi, Pleurezie, Empotizii, Emoragii



**HEMO CYTO-SERUM**  
 MEDICATIE FERRO-CACODILICA INTENSIVA SI INDOLORA

**INDICAȚII**  
 Anemii de orice origină - Clorosă - Denuțrie  
 Convalescențe postoperatorii - Hemoragii

**CYTO-SERUM - CALCIUM - CORBIÈRE - HEMO-CYTO-SERUM**  
 MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție  
 intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

**Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris**  
 Excluzivitate Generală pentru România „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. • București I. Str. Sf. Ioanid No. 8

cu greutate moleculară mică, în legătură cu un caz, Mișc. Med. Rom., Mart.-Apr. 1937. — Herskovits E., Aneurismător nehezen elkülöníthető struma substermális. Rev. Med. Orvosi Szemle, Cluj, Nov. 1937. — Herskovits I. E. și F., Tratat practic de Röntgenologie medicală, pag. 86, Editura Rev. Med. Orvosi Szemle Cluj, 1932. — Janker, Die Photographie des Leuchtschirmbildes. Röntgenpraxis 1939, pag. 271. — Oeser, Schümichen, Zur Aufbewahrung und Betrachtung der Röntgenschirmbildphotos, Röprax, 1939, pag. 53. — Schinz, Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Ed. G. Thieme Leipzig 1928—1939. — Schorr, Willbond, Ueber die Leistungsfähigkeit der Schirmbildphotographie im Bereich der klinischen Röntgendiagnostik, Röprax. 1939. pag. 77.



**MERCK · BOEHRINGER · KNOLL**

**ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ**

**CALITATEA SUPERIOARĂ,  
DEȘI PREȚUL E MINIM.**

**„COMPRETEN” „AMPHIOLEN”**

**RECOMANDĂM: „COMPRETEN” CALCIUM LACTICUM —  
LAXATIVUM VEGETABILE**

**CATALOG LA CERERE**

**REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK  
BUCUREȘTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9**

*Institutul de Cercetări Biochimice „Prof. Teohari“ Techirghiol.  
Directorul Stațiunii: D-r I. D. Dona.  
Directorul Laboratorului: D-r I. Tătăranu.*

## **CERCETARI ASUPRA FACTORILOR BIOLOGICI FEMEIN ȘI MASCULIN DIN NĂMOLUL TERAPEUTIC DELA TECHIRGHIOI**

de

**D-r N. MUNTEANU    D-r C. OPRIȘIU    D-r D. PANĂ    și    D-r V. JULA**

Aschheim și Hohlweg prin lucrarea lor „Über das Vorkommen von Oestrogenen Wirkstoffe in Bitumen”, publicată în anul 1933, deschid un nou câmp de cercetări. Ei reușesc să extragă din rocile bituminoase un factor biologic care produce la șoricioaicele castrate oestru analog cu cel produs de foliculină.

Rezultatele acestor autori au determinat cercetările începute de unul dintre noi (Clujul Med. 7/1935) încă în 1933, cu scopul de-a pune în evidență în nămolurile balneare prezența substanței oestrogenă găsită de autorii de mai sus în bitumen. În sprijinul acestor cercetări venea faptul că nămolurile balneare au aceeași origine ca și bitumenul, întrucât cele mai multe dintre ele se formează din resturi vegetale și animale supuse unei fermentații humice.

Pentru acest scop s'au analizat nămolurile dela mai multe stațiuni din România (Someșeni, Felix, Vatra-Dornei, Stobor, etc.). Cercetările acestea, cari au pus pentru prima dată problema hormonală în terapeutică balneară, au atras atențiunea autorilor străini și în special în Germania s'au făcut o serie de cercetări de diferiți autori (Gierhacker, Wehefritz, Aschheim, Hohlweg, etc.) asupra mai multor nămoluri balneare.

Rezultatele obținute până în prezent, precum și acelea ale autorilor germani, stabilesc fără îndoială prezența substanței oestrogene în nămolurile turbo-sapropelice. Cât privește cantitatea ei, ci-

---

\*) Cercetările de față au fost făcute cu concursul material și moral al D-lui Doctor I. Tătăranu, Directorul Laboratorului de Analize Biochimice „Prof. Teohari” din Techirghiol. Pentru ajutorul prețios ce ni l'a dat în tot decursul cercetărilor, îi aducem și pe această cale mulțumiri, asigurându-i deosebita noastră stimă și recunoștință.

frele variază între 400—1000 de U.S. pe kgr. de nămol, după depozitul de nămol și după metoda de extracție întrebuințată. Cantitatea de substanță oestrogenă pare a fi în funcție de procentul de substanțe organice din nămol.

Rezultatele obținute asupra factorului oestrogen au incurajat o serie de cercetări, prin cari s'a dovedit că în nămolurile balneare avem un complex de substanțe organice cu acțiuni terapeutice diferite și specifice pentru bolile tratate balneoterapeutic. Astfel s'a pus în evidență de către Cosmovici și Atanasiu prezența ergosterolului în nămolul dela Techirghiol și de către Munteanu și Cîmoca în acela dela Someșeni și în turba fosilă dela Stobor. Sterolii, în special ergosterolul, după părerea autorilor de mai sus — uns pe corp odată cu nămolul — și supus apoi la acțiunea razelor solare se transformă în vitamină D, care resorbindu-se prin piele, are o acțiune terapeutică specifică asupra anumitor boli osoase (rachitism, tbc. osoasă, etc.).

După cercetările lui G. Fischer acizii humici prezenți în toate nămolurile de origine organică, vindecă reumatismele osoase (acțiunea acizilor humici a fost experimentată de acest autor și prin administrarea de preparate de acizi humici (Hucomin) pe cale bucală).

Cercetările lui Schmidt au pus în evidență o substanță cu funcțiunea vitaminei H, factor cu acțiune specifică asupra funcțiunilor pielii, iar acele ale lui Munteanu și Cîmoca au arătat că în nămolurile balneare organice se găsește o substanță cu acțiunea hormonului masculin. Interesante sunt cercetările făcute de către Munteanu-Oprișiu și Ursa prin care autorii dovedesc că băile de nămol influențează creșterea copiilor mici (8—14 luni) și a purceilor tineri (2 luni). Cercetările au fost făcute pe copii distrofici și purcei.

Analizele făcute asupra azotului solubil din sânge dovedesc că sub acțiunea băilor de nămol se ameliorează metabolismul plastic al copilului și ca urmare se reia creșterea. Această ameliorare care începe în decursul tratamentului, ajunge la valori optime în prima lună după terminarea tratamentului. Autorii sunt de părere că băile de nămol calde se pot indica și pentru copiii mici distrofici și cei rahitici.

Rezultatele acestea în mod natural ne-au pus întrebarea dacă substanțele acestea, prin prezența lor în baia de nămol, au vreo influență asupra tratamentului balnear. Cercetările din ultimul timp făcute de Gierhacker, Wehefritz, Dods, Kennewey, Voicu și Petrescu dovedesc fără îndoială că substanțele organice hidro și liposolubile se resorb pe cale cutanată.

Având în vedere însușirile fizice ale băii: (lipsa de curenți de amestecare), suprafața oferită de corp (în medie 1,4 m.p.), prin care el vine în contact cu baia și cantitatea de substanțe organice active care se pot resorbi în decursul tratamentului se pune întrebarea dacă ea este cantitativ suficientă pentru a desfășura o acțiune fiziologică și terapeutică atât de importantă, cum se observă în general după o cură sistematică de băi. În privința aceasta părerile sunt încă divergente: sunt autori (Schade, Benade, Zörkendörfer) cari atribuiesc efectele terapeutice exclusiv calităților fizice ale băilor de nămol. Într'adevăr, prin însușirile sale fizice: (capacitate calorică mare, conductibilitate redusă, presiune

hidrostatică mare, etc.); baia de nămol este un mediu diatermic excelent, sub acțiunea căruia toate funcțiunile organismului sunt stimulate și exagerate. Sunt însă autori (Gierhacke, Wehefritz, Cosmovici, Atanasiu, Dona, Munteanu-Oprîșiu, Ursu etc.) care sunt de părerea că tocmai acțiunea diatermică a băilor de nămol favorizează absorbția factorilor biologici și mărește puterea lor terapeutică. Ținând seama pe deoparte de cantitatea relativ redusă a factorilor biologici din nămol, o baie având abia 5 până la 10 mii de U.S. factor oestrogen, pedalează parte lipsa curenților de amestecare, făcând ca abia o cantitate mică de factor să fie absorbită, s'ar părea că prima categorie de autori ar fi mai aproape de adevăr, mai ales dacă avem în vedere cantitățile mari de foliculină necesare terapueitcei. Astfel pentru obținerea unei menstruații la o femeie castrată avem nevoie dela 250000 U.S. foliculină și 20—25 mgr. hormon al corpului galben (Evelbauer), până la 1500000 foliculină și 100 unități epure hormon al corpului galben (Kaufmann), administrate pe cale parenterală, pe cale bucală fiind nevoie de cantități de 10 ori mai mari.

Lucrurile nu se pot însă schematiza cu atâta ușurință, deoarece dacă terapeutică insuficienței ovariene necesită cantități atât de mari de hormoni, în schimb ovarul normal al femeii nu secretă în condiții fiziologice aceste cantități de foliculină în timpul unui ciclu menstrual. Ovarul femeii conține după (Bomskov) abia 40 U.S. foliculină, iar după menstruație abia 1 U.S. Foliculul matur cu un conținut de 2—3 cc. lichid folicular are abia 8—10 U.S.; iar urina zilnică a femeii în plină maturitate sexuală 40—240 U.S. Această deosebire evidentă între secreția fiziologică a foliculinei și dozele necesare în terapeutică ne indică cu siguranță că dozele mari administrate terapeutic, enteral sau parenteral, sunt în bună parte inactivate.

Aplicarea directă a hormonilor în tractul genital (Milan Berger) necesită abia o zecime din cea necesară în aplicarea parenterală, deci modul de întrebuițare a factorului acestuia este de-o importanță deosebită.

Un alt factor care potențează extrem de mult acțiunea hormonilor ovarieni este vitamina E, care contribuie la menținerea gravidității și având un efect bun și asupra hipoplaziilor genitale oligo și amenoreilor (Gierhacke, Herbrand). Potențarea efectului dozelor subminimale de foliculină prin vitamina E rezultă din cercetările clinice cari au dat bune rezultate în hipofuncțiunile hormonale și din efectul asupra tiroidei la animalele castrate. Se știe din cercetările lui Schultze, Schneider-Andersen și Kennedy, că tiroida unei șobolance normale prezintă caractere de activitate cari încetează după castrare. În primele săptămâni după castrare, când în organismul șobolancei se mai găsesc încă cantități subminimale de hormon, vitamina E este capabilă să reactiveze tiroida, pe când mai târziu nu o mai poate activa. Ori din cercetările noastre în curs putem afirma, cu rezerva confirmării ulterioare, că și vitamina E se găsește în aceste nămoluri. Un motiv în plus care ne permite să admitem că efectul băilor de nămol se datorește factorilor biologici în primul rând și abia în mod auxiliar celor fizico-chimici, cu atât mai mult că femeile tratate cu aceste nămoluri nu suferă de o insuficiență

totală și deci nevoia de factori oestrogeni este și ea relativ redusă. La acestea se adaugă și faptul că în decursul tratamentului balnear omul trăiește în condițiuni mai bune din toate punctele de vedere, acțiunea băilor fiind în acest timp favorizată de un tratament helioterapic, regim alimentar și odihnă prescrise de medic, precum și o stare psihică deosebită, datorită schimbării mediului, toți factori cu influență binefăcătoare asupra organismului. În acest ansamblu de factori favorizanți se poate explica acțiunea de redresare fiziologică a organismului printr'o cură polihormonală cu factori biologici cari își întregesc armonios și sinergic acțiunea lor terapeutică în decursul tratamentului balnear.

Prezența factorilor biologici în nămolurile balneare cu toate cercetările făcute până în prezent, rămâne încă tot o problemă în fază de experimentare. Acest motiv ne-a îndemnat să întreprindem o serie de cercetări asupra nămolului dela Techirghiol, acesta fiind cel mai activ nămol terapeutic din România.

În cercetările întreprinse de noi urmărim în primul rând evidențierea substanțelor organice cu acțiune specifică (hormoni-vitamine-acizi humici), iar în al doilea rând determinarea acțiunii specifice a acestora asupra organismului îmbăiat. În lucrarea de față dăm rezultatele noastre referitoare la substanța oestrogenă și acele obținute asupra factorului cu acțiune biologică identică cu aceea a hormonului masculin.

**Metoda întrebuițată:** Nămolul întrebuițat în cercetările noastre a fost sondat din largul lacului iar extracțiile atât pentru factorul feminin cât și pentru cel masculin s'au făcut după metoda dată de Wadehn. Am întrebuițat pentru acest scop 50 Kgr. nămol pastă care avea o consistență ca aceea care se întrebuițează pentru tratamentul balnear (ungere-impachetare). Am dat preferință metodei lui Wadehn, adaptată bineînțeles scopului nostru ca să fim mai aproape de condițiile din timpul îmbăierii; am luat 50 Kgr. nămol pastă pe care l-am diluat cu de 3 ori cantitatea de apă. Soluția a fost apoi acidulată cu acid clorhidric concentrat (pH 4-4, 5) și lăsată câteva zile amestecând-o de mai multe ori. Lichidul apoi s'a fierț în cloacă 2—3 ore, apoi răcit și lăsat să se sedimenteze. Din lichidul total obținut după filtrare s'au făcut extracții cu benzol. Benzolul obținut s'a spălat cu apă până la neutralitate, apoi cea mai mare parte din benzol s'a evaporat, s'a adăugat în momentul acesta 200 cc. de NaOH soluție 10% și s'a continuat fierberea până la complectă evaporare a benzolului (încălzirea de aci înainte s'au făcut pe baie marină). S'a obținut în felul acesta un lichid sirupos de culoare brună, care a fost tratat din nou cu benzol și extras până când benzolul nu mai solva nimic. Benzolul de culoare brună s'a spălat cu apă de mai multe ori și s'a redus la un volum de 150 cc. Acest benzol a fost agitat de 3 ori cu câte 50 cc. de acid sulfuric 75%. Prin operațiunea aceasta se separă cei doi hormoni: oestrina rămâne în benzol, hormonul masculin se disolvă în acidul sulfuric. Se separă și urmează purificarea ambilor factori după metodele obișnuite. Soluția de acid sulfuric 75% se diluiază până când procentul de acid sulfuric scade sub 20% și în acest moment hormonul masculin este trecut în eter. După spălare cu apă distilată de mai multe ori eterul se evaporază. Reziduiul rămas se disolvă în oleu de olive.

Substanța oestrogenă și factorul masculin obținute din 50 Kgr. nămol au fost dizolvate în câte 5 cc. de oleu de olive, fiolate în 5 fiole a 1cc. și apoi totul sterilizat.

Ca test pentru titrarea substanțelor oestrogene am folosit șorecloace tinere, cu greutatea reglementară de 20 gr., pe care le-am castrat noi. Produsul obținut prin castrare, ovare și grăsime paraovariană, din ambele părți și dela fiecare animal, a fost controlat și istologic. Totdeauna am eliminat dintre teste, animalele castrate, la care istologic, chiar unilateral, nu descopeream țesutul ovarian în produsul castrat.

La 12 zile după castrare am controlat animalele timp de câteva zile,

Laborator de produse chimico-farmaceutice

„FARMAKO”

Dizolvant energic al acidului uric și al urațiilor, pe bază de dietilendiamină

## UROPURIN „FARMAKO”

### GRANULE EFERVESCENTE

Diateza urică și artritică, reumatism acut și cronic, arterlo-scleroză, hipertensiune.

1 ling. de ceai la  $\frac{1}{2}$  pahar cu apă de 2—3 pe zi.



Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu vitamina D

## FARMACALCIN „FARMAKO”

### GRANULE

Compoziție: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan și VITAMINA D

Indicații: demineralizare, pre — și tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofiliile, astenie, convalescență, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulți 3—4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai

Copii 1—2 „ „ „ „ 1 „ „ „

Gust plăcut.

Flacoane originale.



## MAGNOIOD „FARMAKO”

### FIOLE

Compoziție: Iodură de sodiu și thiosulfat de magnezie.

Indicații: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite atero-matoase, bronșite subacute și cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgii, sclerică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 și 10 ccm.

Laborator de produse chimico-farmaceutice

„FARMAKO”

luând frotiu vaginal dimineața și seara. Dacă frotiul mai conținea celule epiteliale cheratinizate, pentru a exclude orice posibilitate de greșală la interpretarea froturilor vaginale, am eliminat animalele respective din grupurile de teste.

Pentru a verifica sensibilitatea animalelor față de substanța oestrogenă am administrat foliculină cristalizată în soluție uleioasă la circa 30 animale luate la întâmplare. Animalele au reacționat cu mici variații, dar făcând media reacțiilor, ostrul s'a produs la cantități de foliculină foarte aproape de unitatea șoarece. Aceste mici variațiuni nu denaturează cu nimic valoarea testelor noastre, deoarece ele sunt în legătură cu individualitatea animalelor. Testele biologice considerate individual niciodată nu sunt identice cu cele fizico-chimice.

Am folosit soluția uleioasă fiindcă în unanimitate se admite că soluția uleioasă oferă absorbție uniformă pentru substanțele oestrogene.

Am repartizat animalele castrate și controlate în grupe de câte 20. La un grup de control am administrat soluție uleioasă de aceeași foliculină cristalizată cu care am controlat sensibilitatea animalelor; iar la alte 4 grupe de câte 20 animale am injectat substanța oestrogenă de titrat, în diluții crescânde. La fiecare animal am făcut zilnic două injecții timp de 3 zile și am început recoltarea froturilor vaginale după 24 de ore dela prima injecție. Am recoltat timp de 5 zile și în fiecare zi câte două frotiuri, dimineața și seara. Aceleași condiții le-am respectat și pentru grupul de comparație. Am interpretat froturile — după colorare cu albastru de metilen — ținând seama de condițiunile de pozitivitate oestrogenă descrise de Allen și Doisy, dar și făcând comparație cu cele obținute dela animalele din grupa de control.

Lucrând cu precauțiunile de mai sus am găsit 750 U.S. de substanțe oestrogene pe kgr. de nămol uscat. Un kgr. de nămol așa cum a fost recoltat din Ghiol și așa cum se folosește în stabilimentele din stațiune conține deci 150 U. S. de substanță oestrogenă.

O baie caldă cu nămol, în mod obișnuit, se prescrie cu 5—8 găleți și foarte rar cu 10 găleți. O găleată folosită la Techirghiol este de circa 7 kgr. Calculând cantitatea substanțelor oestrogene din nămolul folosit în decursul unei băi, ajungem la următoarele cifre.

În baia prescrisă cu 5 găleți vom avea 5250 U.S.; în cea cu 8 găleți 8400 U.S. — iar în cea cu 10 găleți 10500 U.S. Așa dar o persoană care face baie caldă cu 5 găleți de nămol se scaldă în 5250 U.S. substanță oestrogenă; iar dacă se prescriu 8 sau 10 găleți de nămol ea se va îmbăia în 8400 sau 10500 U.S.

Pentru titrarea hormonului masculin am întrebuițat testul Laqueur, injectând zilnic câte 1 cc. extract în acelaș timp am uns și creasta. În ziua 5-a am cetit rezultatele care pentru extractele noastre corespund la o unitate pe 5 kgr. nămol păstos (cu 75—80% apă) deci o unitate per 1 kgr. nămol uscat. (Nămolul dela Someșeni 1 unit. cocoș la 2 kg. iar cel dela Stobor 3 unit. la 8 kg. nămol uscat.)

Pentru ca absorbția substanțelor oestrogene să se petreacă în cantitate cât mai mare, credem că este indicat ca la femeile cu insuficiență ovariană totală sau parțială și mai ales la persoanele tinere și fără defecte cardiace să se prelungească durata băii, iar pacienta să își amestece din 5 în 5 minute baia. În aceste condițiuni temperatura băilor va fi mai scăzută. De altfel rămâne la aprecierea medicului balneolog care supraveghează pacienta să-i dozeze băile după reacțiunea organismului. La o femeie tânără cu deficiență ovariană și cord bun, credem că se pot prescrie băi cu 5—8 găleți de nămol, timp de 40—60 minute și la temperatură de 36—38° C. Stările nervoase cari survin adesea după băile calde și mai ales cele prelungite, este bine să le prevenim



prescriind dela început calmante generale și pauze mai dese. În asemenea condițiuni o femeie cu deficiență ovariană ar trage maximum de profit din cura dela Techirghiol.

Din cercetările făcute până în prezent, ne credem îndreptățiți să presupunem că efectele miraculoase ale curei de Techirghiol asupra cloroanemiilor și anemiilor la fetele tinere, asupra disfuncțiilor ovariene în perioada de instalare a menstruației, a insuficiențelor ovariene totale sau parțiale la femeile adulte și asupra sterilității, datorită infantilismului uterin etc., se datoresc în bună parte factorilor biologici, efectul cărora este potențat prin însușirile fizico-chimice ale nămolului.

Cât privește rolul factorului masculin în terapia balneară, cercetările noastre fiind în curs, nu putem anticipa decât observațiunile făcute de medicii stațiunii cari de acord admit că băile de nămol dela Techirghiol au o influență terapeutică asupra disfuncțiilor legate de sfera sexuală masculină (astenie sexuală, prostatism etc.).

Însușirile fizico-chimice ale hormonului asigură resorbția lui prin piele, fapt de altfel cunoscut în terapia (preparatele farmaceutice se prescriu și sub forma de fricțiuni.

#### BIBLIOGRAFIE

- N. Munteanu: Cluj Medical 7/1935 — S. Aschheim-V. Hohlweg: Deut. med. Wochsft. B. 59/1933. — E. Pop: Bul. Grăd. Bot. și al M. Bot. dela Univ. din Cluj, VI. 8/1928. — Butenandt-H. Jacobi: Zt. f. Physiol. Chem. B. 218/1933. — N. Cosmovici-I. Atanasiu: Bull. Soc. de Chimie Biol. t. 18/1936. — M. Janot: Bull. Soc. de Chimie Biol. t. 18/1936. — N. Munteanu: Deut. med. Wochr. No. 3/1937. — E. Gierhake-E. Wehefritz: Deut. Med. Wochsft. No. 11/1936. — A. G. Fischer: Deut. Med. Wochsft. 32/1936. — L. Voicu și I. Petrescu: Revista Endocrinologie, Ginecologie și Obstetrică No. 6/1936. — Rippel: Vorlesungen über Bodenmicrobiologie. Berlin 1933 (Verlag I. Springer). — Alex. Stebut: Lehrbuch der allgemeinen Bodenkunde, Berlin, 1930 (Verlag I. Springer). — M. Chirișescu Arva: Agrolgie. Cluj. 1925. Ed. Cartea-Românească. — Strassburger, Noll, Schenk, Schimper's: Lehrbuch der Botanik. Jena, 1919. V. G. Fischer. — Zondek-Bernard: Perkutane Follikel hormon therapie FSchwiz. Med. Moch. Bd. 65/1935. — Alekhinsky A.: Le Scalpel 1936. — G. Klein: Handbuch der Pflanzenanalyse. Wien 1933. Ed. Springer. — A. Ravina: L'année thérapeutique. Ed. Masson Paris 1937. — E. Wehefritz: Deut. Med. Wochr. No. 39/1936. — E. Gierhake. — E. Wehefritz: Deut. med. Wochr. No. 11/1936. — E. Wehefritz-E. Gierhake: Arch. f. Gynokologie. Bd. 154/1933. — E. Wehefritz: Der. Balneologie Heft. 12/1934. — E. Wehefritz: Zschr. f. ärzt. Fortbildung. No. 17/1935. — Miller-Shabanova M. V. Sovet. Klin. 20/1934 (Leningrad). — Miller-Shabanova M. V. Acta pediatr. 18/1935 (Stocholm). — R. Schmidt: Biochem. Z. B. 28/1935. — F. Wadehn: Endocrinologie B. 12/1933. — W. Zerkendörfer: Die typischen Eigenschaften der Peloida Berlin Bäder u. Klimaheilkunde Heft 2/1938. — W. Benade: Moore, Schlamme, Erden (Peloida) Verlag Th. Steinkopf, Leipzig 1938. — Munteanu-Oprișu-Ursu: Acțiunea nămolului asupra creșterii. Rev. de Endocrin. Gin. Obsr. Cluj 1937 No. 4. — Milan Berger Klin. Wochr. 1937 pag. 1428. — Gierhake: Z. angew Chemie 1934 pag. 716. — Herbrand: D. m. W. 1934 pag. 5546. — Schultze: Arch. Gynäk. 158/1934/754. — E. Schneider: Arch. Klin. Chir. 186/1936/276. — și Med. Klin. No. 15/1939 p. 499. — Andersen și Kennedy J. Physiol (Brit) 1933. I. 79. I. — T. Vacek: Bull. et Mém. dela Soc. D'endocrinol. (București) pag. 99; 1939. — I. Crăinceanu: Comunicare la Academia de Med. în ședința din 21. II. 1939. — R. Rivoire. Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. Ed. II, Masson 1938. — Simonnet: L'hormone folliculaire Masson 1937. — Zondek: Die Hormone des Ovariums und des Hypophysenvorderlappens. J. Springer 1935. — Cîmoca-Munteanu: Viener med. Wochr. No. 27 și 29/1938. — I. N. Dona: Mișcarea Medicală Română No. 9/1938.

N. MUNTEANU, C. OPRISIU, D. PANĂ, V. JULA: Sur la présence des facteurs thérapeutiques biologiques dans la boue de Techirghiol.

Les auteurs se sont occupés de l'effet des facteurs biologiques des boues thérapeutiques à action analogue à la folliculine et le hormone testiculaire sur l'organisme pendant le bain. Ils ont trouvé dans la boue de Techirghiol (un lac situé sur le bord de la Mer Noire) 750 U. S. de substance avec action oestrogène et 1 unité chapon de substance avec action analogue à celle de l'hormone testiculaire, dans 1 Kgr. de boue sèche.

Ils établissent une action concordante entre les facteurs biologiques connues des boues thérapeutiques, facteur oestrogen, testiculaire, vitamine E, vitamine H et les propriétés chimiques et physiques des boues balnéaires.

N. MUNTEANU, C. OPRISIU, D. PANĂ, V. JULA: Ueber das Vorkommen von biologischen Heilfaktoren im Schlamm von Techirghiol-See.

Die Verfasser untersuchten die Wirkung der biologischen Heilfaktoren (Oestrogene- und Testikelhormonähnlichen Wirkstoffen) auf dem badende Organismus. Sie haben im Schlamm von Techirghiol — See (Rumänien, Schwarzes-See) 750 M. E. Follikulinähnliche und 1 Kappauen Einheit Testikelhormonähnliche Wirkstoffe pro 1 Kg. getrocknete Schlamm gefunden.

Sie stellen eine Mittwirkung zwischen den bisher bekannten biologischen Heilfaktoren: Oestrogene, Hodenähnliche Wirkstoffen, E Vitamin, H Vitamin, und die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Pelotide fest.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**AMIGDALITE CRONICE ŞI ACUTE**  
**LARINGITE, FARINGITE**  
**STOMATITE, GINGIVITE**

**GARGARISME**

**CHAUVIN**

**ANTISEPTOL**

TOATE INFLAMATIUNILE  
NASULUI, A FARINGELUI  
NASAL ŞI BUCAL

RHINOFARINGITE, SINUZITE HIPERTROFIA  
CORNETELOR, VEGETAȚII ADOENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL  
CLORETOUR, PARAFORMOL  
Sunt prezente și 22.500  
particule de argint coloidal

TIPOLE, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOL DE MENTĂ

Se rezolvă foarte ușor și  
înghițită la un pahar cu apă

Mostre gratuite la cerele PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

## **OTRĂVIRILE ACCIDENTALE CU ATROPINĂ ȘI BELADONĂ**

**În legătură cu un caz clinic de otrăvire accidentală  
cu 0,08 gr. atropina**

de

**Medic Căpitan D-r M. NICULESCU**  
Spitalul de Stat Brăila

Intoxicațiunile cu atropină și beladonă sunt relativ frecvente și rar au drept cauză o tentativă de crimă sau sinucidere. Mai întotdeauna este vorba de un accident.

Beladona poate fi luată în natură; copiii sug rădăcinele, mănâncă foile și mai ales boabele cari ajung la maturitate în Iulie și sunt confundate cu cireșele.

Animalele se pot hrăni cu beladonă, fără să prezinte fenomene de intoxicație. Carnea lor însă devine toxică pentru om și astfel s'au văzut intoxicații la indivizi cari au consumat carne de epure hrănit cu beladonă.

Preparațiile medicamentoase pot da loc la accidente survenite în urma greșelilor făcute de medici, farmaciști, sau de însăși bolnavul, după cum s'a petrecut și în cazul nostru.

Colirele cu atropină întrebuințate fără precauțiune, ca artificii de înfrumusețare, pentru a mări vivacitatea privirei, dilatând pupila, au dat loc la accidente.

Cazul pe care-l expun, este interesant prin împrejurarea în care s'a petrecut, prin enorma cantitate ingerată de bolnav, prin simptomatologia completă observată și prin succesul obținut în urma tratamentului instituit în acest caz:

În ziua de 13 Ianuarie 1938, a fost adus în spital Locotenentul P. S. din Garmizoana Brăila, prezentând fenomene de intoxicațiune cu atropină.

### **ISTORIC:**

Cu o jumătate de oră mai înainte, voind să ia un antinevralgic, a luat din greșeală un pachetel conținând 0,08 gr. sulfat de atropină. După câteva minute, începând să apară fenomene de intoxicațiune și dându-și seama de eroarea făcută, s'a prezentat imediat la Spital, însoțit de ai săi.

**Stare prezentă:** De constituție robustă, este foarte neliniștit și agitat, prezentând deja un delir de acțiune și vorbă, plânge, sbiară, are halucinațiuni, tulburări ale vederei.

Faciesul vultuos, pupilele dilatate la maxim, nu reacționează la lumina și acomodajie; gura uscată, vocea răgușită, totuși destul de puternică. Pulsul acceleraț. 140 pe minut, slab, neregulat.

Surprinși oarecum de gravitatea și bruschețea apariției acestor simptome care

se accentuau minut cu minut în văzul nostru, procedăm imediat la executarea spălăturilor stomacale în speranța de a elimina o parte din toxic prin vărsături provocate și a face inabsorbabilă atropina prin administrarea prin tub, de apă caldă și odurată și apă cu cărbune.

Din cauza agitației, a delirului și a greutății de a-l menține pe scaun, având tendința de a fugi, ne-a fost imposibil să introducem tubul. Am reușit însă să-l dăm să bea o cantitate apreciabilă din soluțiile menționate și să-l facem să vomiteze de câteva ori. În timpul administrării acestui tratament, bolnavul prezenta următoarele simptome: faciesul cianozat, halucinații terifiante, delir intens, o agitație extremă, o adevărată stare de beție atropinică. Fiind de o forță remarcabilă și cu tendința de a fugi și a se lupta cu cei din jur, a trebuit să fie menținut pe loc cu ajutorul a doi oameni.

Pentru a calma această stare de agitație extremă, i se face o primă injecție cu 0,02 ctg. morfină; neobținând nici o calmare, după o oră și jumătate i se face iarăși 0,02 ct. morfină și concomitent, o injecție cu 2 cm.<sup>3</sup> pilocarpină. După o oră bolnavul a adormit un somn înțrețat de convulsii tonico-clonice și delir. Pulsul 120. După două ore de somn, bolnavul s'a trezit fiind mai puțin agitat.

La orele 20, a urinat și a prezentat scaune diareice. La orele 21, din nou agitație, delir, halucinații, tendința de fugă. I se injectează încă 0,02 ctg. morfină. În cursul nopții 13/14, bolnavul a fost extrem de agitat, cu același delir și halucinații.

A doua zi, 14.I, la vizită, bolnavul a fost găsit în pat, mai liniștit, prezentând însă un delir de vorbă, cu idei de acuzare. A urinat, a ingerat puține lichide. Pulsul 110, slab, neregulat, dureri precordiale. Pupilele dilatate, nu reacționează la lumina și acomodajie,

Eritem scarlatiniform pe piept, gât și frunte. Bolnavul stă liniștit în pat, obosit, extenuat.

Tratament: inj. cu oleu camforat 2X5 cm. c., apă lactozată 40‰—1000 gr. Regim: lapte, iaurt.

15.I.938: În cursul nopții, bolnavul a fost în stare de excitație cerebrală, manifestând o stare de neliniște, insomnie, idei de acuzare și persecuție. A ingerat puține lichide, urinează. La vizită este conștient, răspunde normal la întrebări. Fața tot vultuoasă, pupilele dilatate, contracțiuni fibrilare; pulsul 64 pe minut, slab, neregulat; acuză dureri precordiale și în centură.

16.I.938: Bolnavul este încă excitat, prezentând un delir de persecuție. Pupilele dilatate, reacționează slab la lumină. Oligurie: în 24 ore a urinat 70 gr. urină roșcată, roșcată concentrată, fără albumină, sau cilindri. În după amiaza aceleiași zile, bolnavul este mult mai liniștit, este deplin conștient, raționează. Puls 74, regulat.

Tratament: Ser glucozat 40‰, clisme goutte à goutte. Roburoză 20‰—20 cc. intravenos.

Alimentație: lapte, ceai, iaurt, compot.

17.I.938: Bolnavul este liniștit, a urinat o cantitate de 1000 gr. urină concentrată, cu un sediment gros de săruri. Pupilele ușor dilatate, reacționează la lumină. Pulsul regulat, 74 pe minut.

Tratament: Ser glucozat 45‰ în clisme goutte à goutte. Infuzie Uva ursi 10/500.

18.I.938: Bolnavul este liniștit, se simte însă slăbit. Puls regulat, 80 pe minut. Pupilele ușor dilatate; a urinat 3000 c. c.

19.I.938: Bolnavul este complet normal.

Pe ziua de 20.I.938 părăsește spitalul vindecat.

### Simptomotologia în intoxicațiile cu atropină.

Fenomenele toxice apar foarte repede: 5—10 minute după ingestie, 2—3 minute după injecție hipodermică și instantaneu după injecțiile intravenoase.

Simptomotologia este foarte caracteristică și diagnosticul se face ușor din apariția primelor simptome: dilatația pupilară, accelerarea pulsului, diminuarea secrețiilor, delirul.

1. Tulburări secretorii: saliva suprimată, uscăciunea gurei și gâ-

## IMPORTANȚA COMPLEXULUI B PENTRU COPII

de

Dr. phil. et med. habil. HERMAN SCHROEDER

Lucrare făcută în clinică I-a medicală a Universității  
din München

Director: Prof. W. STEPP

Dacă alimentația joacă un rol important în menținerea vieții individului adult, nu e mai puțin adevărat că ea este de mare importanță pentru copilul care crește. Figurile acelea livide, oboseite, cu dinții stricați, cu gingiile sângerânde, corpul subțire cu oase friabile sau chiar deformate, acestea sunt aspectele datorite unei nutriții insuficiente și neraționale.

Pentru o creștere normală a organismului copilului se cere pe lângă acele substanțe fundamentale și necesare creșterii, adică: proteinele, hidrații de carbon, grăsimile și sărurile și acei factori catalizori biologici cunoscuți astăzi sub denumirea de „vitamine“; ele înlesnesc transformarea și asimilarea acestor substanțe de bază.

Pe lângă vitaminele A și D organismul tânăr are nevoie în deosebi de *complexul vitaminelor B* în care intră:

1. *Vitamina B<sub>1</sub>*, antinevritică și anti-beriberică;
2. *Vitamina B<sub>2</sub>*, care cuprinde 6 factori: a) factorul de creștere, b) factorul antipelagros, c) extrinsic factor, d) factorul B<sub>6</sub>, e) anti sprue factor și f) anticataract.
3. *Vitaminele B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub> și B<sub>7</sub>*. Tot complexul acesta ține echilibrul creșterii normale a individului. De ele are absolută nevoie organismul copilului care este în plină activitate. Carența lor, în parte sau totală dă loc la acele figuri bolnăvicioase și diforme pe care le întâlnim în spitalele și preventoriile de copii.

Maladiile de carență vitaminoasă au fost recunoscute și corijate în extremul Orient cu mult înainte de a li se da la noi atenția de care era nevoie. Astăzi recunoaștem că și la noi printre copii avem multe cazuri de beriberi, deși într-o formă mai atenuată față de aceea asiatică, cu manifestațiile următoare: paloarea feței, greutatea sub normală, acomodarea vizuală deficientă, neliniște, oedeme. Prin administrare de drojdie de bere (1/2 linguriță pe zi) proaspătă sau sub formă de preparate speciale, se observă dispariția acestor simptome bolnăvicioase și înlocuirea lor cu o creștere normală. În deosebi copiii supuși unei nutriții artificiale, de obicei bogată în hidrați de carbon — făinuri lacto-zaharose — au nevoie de o mare cantitate de vitamină B<sub>1</sub>.

Primele simptome ale carenței de vitamină B<sub>1</sub> este lipsa de apetit, în legătură cu scăderea acidității gastrice cât și atonia musculaturii gastro-intestinale.

Bessau a obținut înlăturarea acestor manifestații morbide prin administrarea de *drojdie de bere, în care, pe lângă o cantitate suficientă de vitamină B<sub>1</sub> mai găsim și ceilalți factori ai întregului complex.*

Majoritatea maladiilor de nutriție, ca: pelagra, zöliakia, sprue, anemia, deranjurile gastro-intestinale, cât și unele afecțiuni ale pielii ca: pigmentarea, atrofia dermei, keratoza, toate aceste sunt în legătură cu lipsa factorilor complexului B.

Vitamina B<sub>1</sub> se găsește în formă cristalizată și perfect pură; dintre componenții vitaminei B<sub>2</sub> — lactoflavina de asemenea, ceilalți factori găsindu-se în cantități foarte mici n'au fost încă izolați în stare pură. În drojdia de bere naturală, cât și în preparatele derivate din ea ca *drojdia „Cenovis“* găsim toți acești factori și în proporția de care organismul copilului sau a adultului are nevoie.

tului, sete intensă, constricție cu dificultate extremă la înghițit. Răgușală, afonie completă prin uscăciunea laringelui. Greață constantă, vărsături însă rare. Pielea uscată, caldă. Urinele suprimate sau diminuate.

2. **Tulburări oculare:** ochii proeminenți, strălucitori, pupilele dilatate la maxim, insensibile la lumină; o paralizie a acomodăției și, în consecință, presbiție. Viziunea tulburată, obiectele par colorate (fotopsie), micropsie, ambliopie, câteodată amauroză.

3. **Tulburări circulatorii:** o accelerare a pulsului ce poate ajunge până la 140 pe minut și mai mult. Pulsul la început încetinit, se accelerează, pentru a deveni la sfârșit slab, lent și neregulat. Congestia feței, ce poate fi foarte marcată, cu cianoză intensă.

4. **Tulburări cutanate:** uscăciunea pielii, cu prurit generalizat, erupție la partea superioară a trunchiului; poate fi un eritem scarlatiniform, papule urticariene, sau chiar purpură.

5. **Tulburări nervoase;** pacientul este prada unei violente excitații, care se traduce prin un delir zgomotos polimorf, este cel mai des halucinator, cu halucinații vizuale și terifiante. Delirul poate fi erotic; cu impulsuni de a distruge, mișcări coreiforme, tremurături, spasme clonice ale mușchilor feței și membrelor, rar convulsioni (frecvente la copii).

Sensibilitatea este diminuată. Formele grave evoluează sub un aspect ataxo-dinamic cu predominanța delirului: stupoare, carfologie, ce se exagerează pentru moment, pentru a deveni comatoasă, este înțrețiată de convulsioni, trepidațiuni și mai ales accese de agitație maniacală. Mai târziu, excitației îi succede o stare de depresiune cu diminuarea puterii musculare, mersul este ezitant, evacuarea involuntară de urină și materii fecale, pierderea cunoștinței și sensibilității. Temperatura poate fi ridicată, respirația este accelerată, scurtă, precipitată.

#### Forme clinice. Evoluție.

În formele rapid mortale, în urma intoxicației prin doze mari, individul cade în comă aproape dela început, fără să fi prezentat delir și sucombă rapid. (Schanenstein).

Forma subinrantă, este datorită administrării repetate la mici intervale a dozelor toxicului. Bianchini, care a fost otrăvit de soția sa, prezenta în mod constant dilatația pupilelor, uscăciunea gurei și în mod periodic semne nervoase și circulatorii: coma, tulburări respiratorii, congestie și cianoza feței.

**Prognostic:** Moartea se produce în comă și survine de obicei după 5—10 ore. Când după 10—15 ore, bolnavul nu a sucombat, accidentele regresează. Delirului și stărei subcomatoase îi succede o perioadă de calm. Bolnavul doarme și la redeșteptare își recapătă inteligența.

Formele comatoase nu sunt fatal mortale și bolnavul se poate vindeca. Nu există sequele. Thoinot spune că moartea este puțin de temut atunci când evoluția durează de 24 ore. Moartea însă poate să nu vină decât după câteva zile (șase zile după absorbția de atropină în cazul lui Greenway).

#### Diagnostic:

1. **Clinic:** bruschețea apariției simptomelor, fugacitatea lor, atunci când bolnavul supraviețuiește, trebuie să ne facă să ne gândim la o intoxicație.

2. **Anatomic:** atropina nu arată, nu produce decât leziuni banale, necaracteristice: există o hiperemie considerabilă a meningelor și a substanței corticale a creierului; o congestie a organelor parenchimatoase și câteva ulceratii sau pete sfacelice ale stomacului.

3. **Cercetarea toxicologică** se sprijină pe reacțiunile chimice și fiziologice ale atropinei. Aceasta rezistă mult timp la putrefacție.

### Toxicitate :

Se știe că toxicitatea beladonei este foarte variabilă dela om la animale. Anumite animale, mai ales erbivorele și în special epurele, au față de beladonă o rezistență considerabilă, mecanism care încă nu a fost lămurit. Sensibilitatea la atropină pare a crește cu dezvoltarea sistemului nervos central.

Carnivorele sunt mai sensibile la beladonă.

Toxicitatea este foarte mare la om, pentru care doza subtoxică variază după susceptibilitatea individuală, de 0,002 gr. — 0,003 gr. O doză de 0,02 ctgr. — 0,03 ctgr. poate fi mortală. Doza mortală pentru adult este de 0,10 ctgr.

Copiii par mai puțin sensibili la efectele atropinei și aceasta poate din cauză că fenomenele de inhibiție sunt mai puțin marcate ca la adult. Totuși s'a văzut cazuri mortale după 3—4 boabe de beladonă.

### Acțiunea fiziologică a atropinei.

Atropina se absoarbe ușor prin mucoase, țesut celular și pielea fără epiderm.

Eliminarea este rapidă; se efectuează în totalitate între 10 și 20 ore. Trece în natură în urină. Această rapiditate în eliminare explică dispariția ușoară a accidentelor toxice produse de dozele puternice, nemortale.

În doze terapeutice, atropina acționează mai înainte de toate asupra sistemului nervos periferic; ea este paralizantului tipic al parasimpaticului (vag, motor ocular comun, coarda timpanului, nervii sacrați).

Este antispasmodică prin acțiunea sa inhibitorie asupra fibrelor netede și accesoriu analgezică prin acțiunea sa asupra terminațiilor nervoase senzitive. Asupra sistemului nervos central, în doze terapeutice este ușor sedativă; în dozele toxice este excitantă.

#### 1. Acțiune asupra vagului:

a) În inimă: atropina în doze slabe produce paralizia vagului cardiac și în consecință, o accelerație considerabilă a contracțiilor inimii.

Presiunea sanghină se ridică din cauza acestei accelerații și a acțiunii atropinei asupra centrilor vazomotori.

Dozele forte dau fenomene depresive: încetinirea contracțiilor, vazodilatații, scoborârea presiunii sanghine (paralizia ganglionilor excitomotori ai inimii, paralizia centrilor vazo-motori, o paralizie a fibrelor cardiace). Final cu scăderea tensiunii, inima se oprește în diastolă.

2. **Urina și nutriția:** cu dozele mari, urina este diminuată. Eliminarea azotului, sulfului și a fosforului suferă o augumentare, iar clorurii suferă o diminuare.

3. **Acțiune asupra pupilei și acomodajiei:** atropina paralizând fi-

brele circulare ale sfincterului irian, inervat de nervii ciliari scurți, cari depind de motorul ocular comun, produce dilatația pupilei. Atropina paralizază și nervii cari inervează mușchii ciliari, cari țin sub dependența lor starea de bombare a cristalinului, adică paralizază acomodarea (acțiune cicloplegică). Un ochi normal atropinizat, nemaiputând să acomodeze, nu mai vede distinct decât obiectele îndepărtate.

4. Atropina paralizând coarda timpanului, suprimă secreția glandei submaxilare, precum și a celorlalte glande salivare, sudoripare, etc.

#### 5. Sistemul nervos:

a) Acțiune asupra nervilor senzitivi și motori; diminuează senzibilitatea terminațiilor nervoase senzitive și deci suprimă sau atenuează anumite acte reflexe ca: tusea, vărsăturile, unele fenomene dureroase.

b) Acțiune asupra sistemului nervos central. Dozele subtoxice și toxice exercită asupra centrilor, cel puțin la începutul acțiunii lor, o acțiune excitantă manifestă ce se traduce prin: cefalee, vertigii, halucinații, delir, accese de furie, ansamblu ce simulează un fel de beție (delir atropinic). Fazei de excitație, cu dozele mari, îi urmează faza de depresiune somnolentă și comă.

#### Tratament.

Dacă poate fi precoce, va consta în spălături stomacale, cu soluțiuni de cărbune, ingerarea de tanigen, care în contact cu atropina, formează un compus insolubil. Se va administra vomitiv: un vomitiv cu acțiune centrală ca apomorfina și nu un vomitiv periferic din cauza paraliziei rapide a vagului.

Pilocarpina, cu toate că este antagonistul fiziologic al atropinei, administrarea sa în cursul intoxicației prin beladonă, nu face adesea decât să acumuleze efectele toxice.

Din contră, morfina prin acțiunea sa sedativă centrală produce efecte bune. Morfina a fost considerată câtva timp ca antagonistul prin excelență al atropinei (Behier, Lee, Norris). Apoi s'a negat orice antagonism între aceste două substanțe. Astăzi se știe că acest antagonism nu ar putea duce la un antagonism adevărat, practic și eficace. Se știe că antagonismul adevărat consistă în producerea de efecte contrarii prin un mecanism invers.

Desigur, dacă nu există un antagonism total între atropină și morfină, există cel puțin un antagonism aparent, parțial și temporar.

După Richaud, cel mai bun antidot al atropinei este morfina, în ciuda teoriei, care arată că antagonismul între aceste două substanțe nu este decât parțial, faptele arătând beneficiul ce s'a putut obține în unele cazuri din întrebuințarea morfinei în tratamentul intoxicației cu atropină. S'a remarcat că indivizii intoxicați cu atropină, suportă doze adesea considerabile de morfină.

#### CONCLUZII:

În cazul nostru, față de intensitatea fenomenelor toxice provocate de o doză aproape mortală de atropină, injecțiunile cu tonicaridace; cafeină, oleu camforat, etc., vărsăturile provocate, o singură injecție cu pilocarpină și cele 6 centigrame de morfină aplicate în prima zi și ulterior diureticele, au salvat viața bolnavului.



Decalcifiere — Tuberculoză  
Hemoragiile de origini diverse

## Calcium „VIA“ fiole

de 5 și 10 cmc.

Gluconat de Calciu 10%, soluție sterilă,  
stabilizată și indoloră, pentru injecțiuni  
intravenoase și intramusculare.

Anemie, tonic nutritiv, reparator  
al globulelor sângelui

## Ferrovitoglobine

Hemoglobină, Fer glicerophosphoric, Kola  
Quinquina, Theobroma Cacao,  
Vitamina D., Vin de Malaga.

Adulți: 2 linguri  
Copii: 2 lingurițe pe zi  
înaintea meselor principale

În toate cazurile în care se indică o  
medicațiune iodată

## Viyodil „VIA“ fiole

Intramuscular intravenos  
Natr. Jod. stab. 1% Natr. Jod. stab. 10%  
2 și 5 cmc. 5 și 10 cmc.  
Indolor, fără fenomene de acumulare sau  
vre-o reacțiune secundară

### ACIDIFIANT

Indicat în Colibaciloză,  
Inflamațiuni pielorenale, alcaloză

## Camphamon

Asociațiune a Chlorurului de Amoniu cu  
Acidul Benzoic și Camphoric.  
Cutii de 50 dragele keratinizate

Adulți: 8—10 dragele pe zi  
Copii: 4—5 dragele pe zi

### ANTIGRIPAL

Antireumatic, antinevralgic specific al  
hypertensivilor și cardiacilor

## Donalgine

Pheniletilmaloniluree, Coffeinum citricum,  
Phenyldimetilpyrazolon.  
Tuburi cu 10 comprimate.

Adulți: 2—3 pe zi.

Rachitism — Pretuberculoză  
Reconstituant general

## Calcium Opothérapie „VIA“ granule iradiate

Inosito hexaphosphorat de Calciu și Mag-  
nezlu. Gluconat și lactophosphat de Ca.  
Mangan și Na. glicerophosphat. Extract  
de Kola, Nucă vomică, măduvă osoasă,  
hepatosplenic și vitamina D.

Adulți: 2—3 lingurițe desert  
Copii: 2—3 lingurițe de cafea

Expectorant, calmant și antiseptic al  
căilor respiratorii

## Pectogrippine

Aqua Laurocerasi și Lactucarii, Extr.  
Droserae, Fenilmetilpyrazolon, Natr. ben-  
zolicum, Balsam Tolu, Tinctura Bellado-  
nae, Codeinum.

Adulți: 5—7 linguri pe zi  
Copii: 4—5 lingurițe pe zi, în puțină apă

Sedativ energic, antispasmodic,  
hipnotic

## V i a l i n

Atropin sulf. Natrium phenylethylbarbi-  
turicum, Calcium și Kalium bromat-  
um, Phenyl-dimethyl-aminolizopyrazolon,  
Extr. Passiflora, Hamamelis, Crategus,

Convalaria  
1—4 lingurițe de cafea

Disolvant și eliminător al acidului  
uric și al compușilor xantici

## Uralyt granule efervescente

Tartrat de Dimetilperazină, Hexame-  
tilentetramin, Benzoat de Lithiu, Bitar-  
trat de Lysidină, Extract renal.  
2 lingurițe pe zi.

### DIURETIC ENERGIC

Vasodilatator și antispasmodic, An-  
gina pectorală, astm bronchic, nefrită

## Papaphylline

Supozitoare

Chlorhidrat de Papaverină, Extract de  
Beladonna, Theophyllin-Aethylendiamin.

Adulți: 2 supozitoare pe zi.

**LABORATORIILE „VIA“**

Depozit General: Bulev. Ferdinand 49 — București — Telefon 299/36

## CONCEPȚIA ACTUALA IN TRATAMENTUL MAMAR \*)

**D-r V. M. PLATAREANU**  
Chirurg primar

și

**D-r ION TANASESCU**  
Chirurg secund.

Deosebitul interes pe care l-au pus cercetătorii în studiul cancerului în ultimul timp, a adus în discuțiune fapte și probleme care rămăseseră cu totul necunoscute sau nesocotite.

Astfel; studiul experimental al grefelor canceroase; efectele proliferante asupra celulelor organice a diferitelor carburi; rolul cancerigen al sterolilor; legăturile strânse dintre supra-încărcarea organismului în foliculină și apariția cancerului la femeie, etc., au deschis largi orizonturi în ceea ce privește concepția etiologică și patogenică a cancerului, față de tot ce fusese admis la sfârșitul secolului trecut.

Prezumpția simplistă, de pe atunci, că un neoplasm este la început un proces de anarhie celulară locală, fără legătură cu restul economiei organismului și care cu timpul poate deveni o afecțiune regională sau generală, a îndreptățit pe chirurghi ca să privească exciziile cancerului, cât mai de vreme și cât mai largi, ca unica formă de tratament.

Cancerul sânelui, în special, prin frecvența și situația sa anatomică, a fost în deosebi, punctul de atracție al chirurgiei. Astfel operațiunea concepută de Halsted la 1894, căruia i s'au adus între timp modificări de către Handley, Gosset, Bălăcescu și Halsted însuși, spre a-i putea da o cât mai mare putere de excizie a țesuturilor, a fost socotită unanim, un bun răstimp, ca un mijloc suficient de tratament. Satisfacția suferinșilor, ca și a chirurgilor de altfel, de a vedea extirpată și încă cât mai larg, o tumoră a sânelui, a încurajat mult timp acest fel de a vedea lucrurile și prin puterea obișnuinței și astăzi, după 60 de ani de practică, mai sunt chirurghi cari au rămas statonici vechei concepții, ba mai mult, unii printr'o renunțare la tot ceea ce ne-a învățat experiența și observația zilnică, au extins operațiunile preexistente mergând cu excizia până la fosa supra-claviculară — ca Duval, Fiolle, etc., — sau au propus toracectomia ca Blodgood și Cushing — sau au practicat dezarticulația interscapulo-toracică — așa cum a făcut în 5 cazuri de cancer mamare recidivate —, Gerraud, Dargent și Prudente.

\*) Comunicare la Institutul de Științe din România fostă Academia de Științe. Ședința din 24 Maiu 1939.

În însăși singularizarea faptelor menționate mai sus, se poate vedea scepticismul cu care a fost primit acest fel de a concepe tratamentul neoplasmului mamar, care este nu numai perimat, dar și periculos.

Faptele de observație clinică privitor la diversele varietăți ale cancerului mamar, frecvența recidivelor și metastazelor după operațiunile tot mai largi, accidentele imediate și tardive — prin care se numără tromboflebitele humeralei —, procentul tot mai ridicat al mortalității la cancerurile operate, etc., au fost în deaproape cercetate și judecate în ultimii ani de aproape întreaga lume medicală.

Îmbogățirea mijloacelor de explorare din ultimul timp, prin radiografia mamară, transiluminajia sânului și examene histologice extemporanee, căreia s'a adăugat de curând așa zisa tehnică a „ultropak”-ului, sunt menite să conducă la identificarea cât mai timpurie a tumorilor mamare.

Pe de altă parte, concepția ce tinde să considere în primul rând cancerul ca o turburare generală în echilibrul humoral, cu localizarea accidentală într'unul sau mai multe organe, a făcut să se caute și alte mijloace de tratament, în afară de extirparea chirurgicală.

Prin diverse încercări s'a ajuns la o serie de metode terapeutice menite, nu numai să ajute tratamentul chirurgical, ba chiar uneori să-l substituie.

În cele ce urmează, vom enunța principalele metode de tratament încercate și ne vom opri mai mult asupra uneia, care astăzi tinde să se impună din ce în ce mai mult, metodă la care chirurgia românească, are dreptul său de contribuție.

Dăm rând metodelor terapeutice, începând cu cea mai veche pe care am menționat-o deja și care constă în extirparea chirurgicală.

I. **Extirparea sânului** — tip Halsted —; mai mult sau mai puțin lărgită, pierde astăzi din ce în ce creditul nelimitat pe care-l căpătase în ultimele cinci decade. Începând dela 1927 o serie de statistici aparținând lui Bayer (Bruns Beiträge zu Klinische Chirurgie CXC br. 4, pag. 63); lui Villata (Archiv. Int. di chirurgia Tome XX, f. V, 928 Febr.); lui Dahl Iversen (Lyon Chirurgical tome XXIV nr. 6, 1927); Craford White (Analles of Surgery, vol. XXXVI nr. 5, 1927, precum și cele mai recente a lui Ducuing și Desmarest (Bull. de l'Association Française pour l'étude du cancer Juin 1938), demonstrează clar mortalitatea destul de mare a acestor extirpări sângerânde, precum și numărul cel mare al recidivelor și metastazelor cancerului mamar, tratate prin operațiuni largi. Ele pun în lumină adevărata valoare a acestei metode, care a fost până în ultimul timp încă, în mare favoare a școlii franceze.

Cităm concluziile lui Desmarest din lucrarea mai sus menționată: „Ce que mon collègue Ducuing nous a dit, vient à l'appui de ma conviction: c'est qu'il ne faut pas être trop actif dans la chirurgie des cancers du sein”, iar mai departe completează cu mult simț de observație clinică: „je suis persuadé qu'il nous faut agir sur les zones ganglionnaires pour les bloquer, puis enlever le cancer du sein.”

Cu aceiași ocazie, — Henri Hartman — unul dintre partizanii extirpațiilor largi ale cancerelor, spune: „la resection partielle du sein,



**Pentru hematopoeză și accelerarea vindecării.**

Flacoane originale cu aprox. 180 g.

**E. MERCK - DARMSTADT**

„Chimlroman” — București I, Str. Th. Masaryk 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## **SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU**

**TONICUL NERVELOR ȘI AL MUȘCHILOR**

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreciat de D-nii Medici Neurologi și Interniști

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic și moral.  
 - Anemie. - Convalescență. - Exten-  
 nuare. - Melancolie. - Nevrostenie.  
 - Nervi sensoriali. - Insuficiență  
 sexuală. - Timiditate. - Tic Nervos,  
 etc., etc.



Marca preparatului

**Reconfortant.    Reconstituant.    Tonic.    Aperitiv.**

**POSOLOGIE:** Adulți: 2—4 lingurițe zilnic înaintea meselor.

dans les cas de tumeurs limitées, peut cependant donner des résultats comparables à ceux des grandes intervention"...

**II. Operațiuni reduse și radioterapie.** Hirsch din școala germană, încă din 1914, a atras atenția asupra faptului că extirparea ganglionilor axilari, este nu numai inutilă, dar și periculoasă, fiindcă favorizează diseminarea canceroasă.

În modul acesta a luat naștere cea de a doua metodă terapeutică aceea a operațiilor reduse, care constă uneori într'o mamectomie parțială, fără să se mai preocupe în general de sistemul ganglionar și de mușchii pectorali.

Ca o completare a acestei metode, restrânse, i s'a adăugat încă din 1914, de către Hirsch — radium-terapie — care constă în introducerea de radium în axilă și sub mușchii pectorali cu ajutorul tuburilor de dren confecționate din cauciuc —, cu foarte bune rezultate.

**III-a. Operațiuni reduse și radioterapie.** Această metodă a operațiilor reduse numai la mamectomie, urmată de radioterapie, a început să fie practică imediat după războiul mondial în România de către eminentul chirurg român, D-r Victor Gomoiu.

Rezultatele obținute fiind superioare celor date de operațiunile largi, l-au determinat să rămână credincios acestei metode.

Elevii școlii sale, din convingere, au adoptat această metodă. Rezultatele obținute și verificate pe o seamă de cazuri au fost comunicate de unul din noi (D-r V. Plătăreanu, împreună cu D-ri I. Albu și E. Herskowitz) la Societatea de Chirurgie din București din 22 Ianuarie 1936. La discuțiunea cazurilor, D-l D-r Poenaru-Căpălescu, s'a arătat și d-sa adversar al operațiilor largi și mutilante.

De atunci, statistica noastră s'a îmbogățit, iar rezultatele rămân ca și în trecut, superioare metodei operațiilor largi.

Cercetarea obiectivă a faptelor a confirmat felul de a vedea al concepției D-r Gomoiu și școlii sale, căci însăși Hartman publică în Iunie 1938, în Bull. de l'Assoc. Française pour l'étude du cancer, 12 cazuri personale de extirpare restrânsă. Faptul că n'a avut nici o recidivă locală, scotim că l-a determinat să facă afirmația menționată mai sus, în favoarea acestei metode.

**IV-a. Operațiuni largi precedate de radioterapie.** Această metodă a fost aplicată de Wintz (Erlangen), Lee (New-York), Regaud și Sluys (Bruxelles), Lynham (Anglia), și au avut rezultate pe care ei le consideră superioare simplelor extirpațiuni largi chirurgicale.

Regaud a ajuns la concluzia că, radioterapia preoperatorie, transformă multe cancere inoperabile în cancere operabile și dă rezultate foarte bune în toate celelalte cazuri.

**V-a. Iradiațiunea neoplaziilor fără operație.** Această metodă a luat naștere din frumoasele rezultate obținute prin metoda precedentă și în care este de recunoscut, că nu extirpării largi i se datorează îmbunătățirea rezultatelor, ci tratamentul prin iradiațiuni.

Döderlein (Münich) a răspuns pe cale de referendum anchetei făcută de Zimmern și Godet (Présse Médicale, vol. I, 1934, pag. 682), că a renunțat definitiv la operație în favoarea tratamentului combinat (Raze X + radium).



Keynes din Anglia, afirmă că toate intervențiile chirurgicale, sunt în principiu suprimate, fiindcă a redus în unele cazuri actul operator numai la extirparea tumorii, fapt care vine în același timp în sprijinul operațiilor reduse — pe care noi o susținem.

**VI-a. Curiterapia.** Această metodă se aplică în două moduri:

- a) fie prin mulaje exterioare, fără să practice vreo operație;
- b) fie prin înfigerea de ace de radium, după ce s'a extirpat tumora.

Rezultatele acestei metode nu sunt încă definitive până în prezent.

**VII-a. Metode ajutătoare.** Printre acestea amintim:

a) Metoda iradiațiilor ovariene, sprijină pe corelațiunea fiziologică dintre sân și ovar. Este o metodă a cărei rezultate par a fi încurajatoare, deși nu sunt concludente.

b) Seroterapia anticanceroasă (experimentală și la noi în țară de Prof. Cantacuzino în 1922—23; vaccinoțerapia, bacterioțerapia și proteinoțerapia (preconizate de Rubens și Duval), nu a dat rezultate care să le poată ridica la rangul de metode curative.

Aceiași concluzie se poate aplica și chimioțerapiei propusă de Delbet.

După această rezumativă privire asupra metodelor de tratament aplicate cancerului de sân, putem afirma în concluziune, că:

1. Operațiunile largi, care constituiau unicul tratament al cancerului mamar, sunt astăzi pe punctul de a fi părăsite, de toată lumea, întrucât rezultatele lor nocive numai au nevoie să fie demonstrate.

2. Operațiunile reduse, asociate cu radioțerapia post-operatorie, sunt recunoscute astăzi, atât din punct de vedere biologic cât și din punct de vedere clinic și statistic, a fi cele mai favorabile.

Din acest punct de vedere contribuția românească își are partea sa de merit.

3. Iradiațiunile de raze X și radium, fără nici un alt tratament chirurgical, formează astăzi una dintre metodele care a dat rezultate superioare extirpării largi.

4. Metodele ajutătoare, mai sus amintite, departe de a fi ignorate, trebuiesc examinate cu atențiune și aplicate cu bunăvoință ori de câte ori e nevoie.

5. Până la descoperirea unui tratament sigur al cancerului, este bine să punem mult discernământ în alegerea metodei de tratament, conducându-ne în primul rând de principiul salutar, acela de a folosi bolnavilor pe cât putem mai mult și a nu vătăma niciodată.

Les auteurs analysent succesivement les différentes méthodes de traitement du cancer du sein, en vigueur aujourd'hui et démontrent les inconvénients indiscutables des opérations élargies de type Halsted, qui sont de moins en moins employées.

La méthode de l'excision limitée, suivie de radiothérapie que les auteurs pratiquent depuis de longues années, a été imaginée par le Dr Gomoiu en Roumanie sitôt après la guerre et a donné à cet auteur, ainsi qu'à ses élèves, les meilleurs résultats.

Medicament inocardiac

# CARDITONE LOBICA

Formulă: Extract de strofantus 0 gr. 001  
Sulfat de Sparteină 0 gr. 02  
Extract de lăcrămioare 0 gr. 05  
Excip. q. s. pf. 1 compr. 0 gr. 35

Posologia: 1—5 comprimate pe zi după cazuri.

Toate formele de constipație — Regulator al biligeniei — Stimulent al secreției hepatice.

# LACTOBYL

Săruri biliare — Extract total de glande intestinale — Cărbune poros hiperactivat — Fermenți lactici selecționați. Extract citoplasmic de laminaria flexicaulis.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — Anxietate — Emotivitate — Palpitații — Anafilaxie.

# SERENOL

Peptone lichide polivalente — Fenil Etil Maloniluree — Hexametilentetramină — Pasiflora — Anemone Boldo — Tinctura Cratoegus și Beladona.

1—3 lingurițe de cafea pe zi, luate preferabil cu o infuzie.

Constipațiuni — Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

# TAXOL

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenți lactici selecționați.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Maladii venoase — Hemoroizi — Varice  
Ulcerații.

# VEINOTROPE

(Masculin și Femenin)

Paratiroidă — Suprarenală — Hipofiză  
Pancreas — Glande genitale — Extract de Hammamelis — Nucă vomică — Maron de India, iradiate la U. V.  
Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înaintea meselor.

La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruației.

Terapia maladiilor de nutriție.  
(Artrism — Gută — Gravelă).

# URALYSOL

Hexametilentetramina — Acid Timinic — Dietilen Diamina — Citrat de Hexametilentetramină — Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu.

Granule: De 2 ori pe zi câte o linguriță într'un pahar plin cu apă.

Laboratoarele LOBICA-PARIS

Eșantioane și Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEJIA“ S. A. R.

103 Str. Toamnei, București III Tel. 221/38

Die Verfasser besprechen die verschiedenen heute benutzten Methoden der Brustkrebsbehandlung und deuten auf die Nachteile der Halsted-ähnlichen Operationen an, welche heutzutage immer weniger gebraucht werden.

Die Methode der beschränkten Extirpation mit Radioterapie welche Dr. Gomoiu gleich nach dem Kriege beschrieben hat, und welche seitdem von allen seinen Schülern benutzt wird, hat in allen Fällen ausgezeichnete Erfolge erbracht

Gli autori procedere per via d'analisi li diferente metode chirurgicale del trattamento di cancro mamare, e far vedere gl'inconvenienti delle grande operatione di tipo Halsted, que sono oggi meno praticate-

La metoda di excizione ridutte, seguite con radioterapia, che il Dott. Gomoiu ha descritte fine la guerra, estate praticate in Romania de quest'autore e sue discepoli, con risultati perfetti.

**Stări de epuizare și  
excitație nervoasă**

**Insomnie nervoasă**

**Depresiuni**

**Turburări vaso-motoare**

# **CALCIBRONAT**

(Ca — Br — Lactobionat)



Ambalaje aluminate cu 10 tablete

1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat

1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 și 10 ccm.

București: Drogueria D. NESTOR

Str. Lipscani 102

Cluj: Drogueria „ROYAL“

Piața Unirii 26

**SANDOZ S.A., Bâle, Suisse**



## TREI MEDICI SAȘI (BRAȘOVENI) IN RĂZBOIUL INDEPENDENȚEI

de  
**D-r V. M. PLATAREANU** și **D-rd MATILDA HOEPHNER**  
(Comunicare Soc. R. R. de Ist. Medicinii la 15 Iunie 1939).

În zilele de 5 și 6 Sept. 1877, cotidianul „Kronstadtzeitung” aduce la cunoștința cititorilor informația că: „D-r Altstädter Johann, a fost solicitat, în două rânduri, de prințul Dimitrie Ghica, spre a primi postul de medic șef al tuturor ambulanțelor Crucei Roșii, cu sediul în București”. Ziarul menționa deasemeni că, susnumitul medic a acceptat, însfârșit, această funcțiune.

Câteva zile mai târziu, adică la 16 Sept. 1877, acelaș ziar anunța că: D-rii Caponi Eduard și Karl Beldi au fost deasemeni invitați de către Soc. de Cruce Roșie din București, să activeze în spitalele sale, fapt pe care acești doi din urmă l-au acceptat.

Dacă pentru vremea aceea, — aceste scurte notițe au fost desigur suficiente ca să lămurească pe cetitorii de atunci asupra unor oameni și întâmplări, astăzi, după un răstimp numai de 60 ani, aceste informațiuni ne lasă în completă nedumerire, făcându-ne să ne punem în mod firesc trei întrebări:

1. Ce a determinat pe prințul D. Ghica să facă apel la acești medici sași?

2. Cine erau acești medici brașoveni și care era trecutul lor?

3. Unde și ce au lucrat acești medici veniți în București?

La prima întrebare, lucrările privitoare la războiul nostru pentru independență<sup>1)</sup>, printre care amintim însăși „Darea de seamă” a Societății Crucea Roșie, ne face arătarea că: „...pentru a satisface pe deplin toate trebuințele răniților, chestiunea de căpetenie fiind doctoriei, prin intervenția Comitetului Central s'a obținut din străinătate mai mulți medici chirurgi”...

Într'adevăr, Societatea de Cruce Roșie românească care luase ființă din imboldul și sub patronajul Măriei Sale Doamna Elisabeta, se

1) Dr. Gh. Sabin. — Amintiri din războiul independenței.

Bibliografia războiului pentru independență, Biblioteca Academiei No. 91151/II; G-ral Radu Rosetti. — Partea luată de armata română în războiul 1877-78; Ct. Titus Friederic Mayer. — Serviciul sanitar în campania 1877-78; Darea de seamă a soc. Crucea Roșie 1876-78.

constituisse în 1876, adică la doi ani după Convenția dela Geneva, la care aderase și statul român.

Primul comitet al acestei Societăți fusese format în urma cererii directe a Colonelului Slăniceanu, pe atunci ministru de război, de către: Principele Dimitrie Ghica, G-ral Davila (ca vice-președinte); D-rii Iatropol, Fotino și Colonel Ion Algiu (ca membri); D-r N. Chernbach, N. Scarlat Ghica (ca secretari) și Taçu Dimitrescu (casier).

Odată înființat acest comitet, s'a început repede și intens activitatea strângerii de fonduri și organizarea serviciilor, răspândindu-se listele de subscripții, strângând danii, făcând serbări, e.c. Nu este locul să arătăm amănunțit toate aceste fapte, trebuie însă să subliniem că, datorită acestei instituții, serviciul sanitar al armatei a fost ajutat într-o foarte largă măsură, asigurându-i o funcționare ce a fost superioară chiar celei a armatelor rusești, ca să nu mai vorbim de cea turcească.

Cei care s'au ocupat de această chestiune, cunosc că Societatea de Cruce Roșie a constituit încă dela începutul războiului 2 ambulanțe sanitare, foarte bine înzestrate, care au plecat una la 11 Iunie 1877, iar alta la 20 August acelaș an, împreună cu trupele, precum și o serie de barăci-spitale, printre care amintim pe cele dela Turmu-Măgurele, Târgoviște și mai ales pe cele din București, de care ne vom ocupa mai târziu. Se înțelege astfel că, numărul medicilor români devenise insuficient pentru aceste formațiuni sanitare din cuprinsul țării, căci, cea mai mare parte fusese mobilizată și trecuse în Bulgaria cu formațiile militare respective, sub conducerea Generalului Davila.

În fața acestei lipse de medici, societatea Crucea Roșie, prin președintele ei Principele D. Ghica, s'a adresat diverselor filiale străine ale Soc. Crucea Roșie și astfel s'au obținut următorii medici străini: Gustav Duner din Suedia (întreținut de Comitetul Suedez); D-r Maturen din Londra, care venise însoțit de 4 studenți în medicină (Zulford I, William Davies, Danold Dymas și Humeth Ruith), — întreținuți de Comitetul de Ajutorare din Londra, — precum și cinci medici germani pe care binevoise a-i trimite guvernul imperial german.

În plus, Societatea de Cruce Roșie a chemat pe cei trei medici sași din Brașov, susmenționați, precum „și pe alții din Viena” dar al căror nume nu-l găsim în „Darea de seamă” a societății.

**II. Cine erau acești medici sași brașoveni, la care Principele Dimitrie Ghica făcuse apel direct?**

Primul, — Dr. Johann Altstädter, — a fost una dintre figurile bine cunoscute în istoria noastră medicală; și-l găsim trecut în bogatul reperor al medicilor (vol I) — întocmit de d-l Dr. Victor Gomoiu cu colaborarea farmaciștilor Gh. Gomoiu și Maria Gomoiu — cât și în istoricul Spitalului Călărași și Istoria desvoltării serviciului sanitar al Jud. Ialomița (1852—1917) al Dl. Dr. Samaritan.

Dr. Altstädter Johann<sup>1)</sup> s'a născut la 15 Februarie 1830, în Brașov, unde și-a terminat și studiile gimnaziale. După aceea a urmat studiile medicale la Viena, unde și-a luat diploma de doctor în medicină la 21 Aprilie 1859; iar cea în chirurgie la 11 Iunie 1859. Mamoș („Magister der Geburtshilfe”) a devenit la 8 Aprilie 1861. A luat parte la 1859 ca medic șef în războiul austro-italian. La sfârșitul acestei campanii, intră în serviciul Neapolului, și a devenit medic șef al legiunii străine, cu sediul la Viena. După unirea statelor italiene, el

1) Dr. Eduard Gusbeth. (Zur Geschichte der Sanitäts-Verhältnisse in Kronstadt, 1884).

# BIOLACTYL

## PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

### INDICAȚIUNI PRINCIPALE

#### PUTREFACTIILE INTESTINALE și AUTO-INTOXICAȚIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau subacute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczema, prurigo, urticarie, scrofulus), turburările nervoase provocate într'un mod constant, de auto-intoxicații (amețeli, migrene, insomnii, dureri de cap, etc.) și în sfârșit, colibacilozele.

### INDICAȚIUNI SECUNDARE

Afecțiuni ginecologice: vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în leuzie sau nașteri grele. (Prepararea imediat înainte de întrebuințare a bulionului lactic, amestecând cultura lichidă cu lactoză).

Afecțiuni urologice: în cistite, instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: în pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

## MODUL DE ÎNTEBUINȚARE

Cultura lichidă: Doza mijlocie un flacon pe zi (câte  $\frac{1}{2}$  flacon înaintea celor două mese principale). Cultura uscată: 4—8 comprimate pe zi.

Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea acidului lactic născând întraintestinal, este considerabil favorizată.

## LABORATOARELE FOURNIER FRERES — PARIS

Eșantioane și literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA“ S. A. R.

103 Str. Toamnei, București III, Telef. 221/38

părăsi acest serviciu și se duse să-și desăvârșească învățătura la Prof. Schuch, devenind elev în chirurgie „Operation-Zöglinge”, unde a rămas dela 1860—1862. A intrat apoi, pentru câteva luni, ca medic secundar la Prof. Sigmund, și după aceasta a venit în România, unde a fost numit medic al Spitalului și Carantinei din Călărași în 28 Septembrie 1861<sup>2)</sup>. După 3 luni de ședere aci este numit medic al orașului Ploești (M. M. No. 15). La 1863 este permutat medic șef al Spitalului Central din Ploești. În Octombrie 1875, după o ședere de peste 12 ani în acest oraș, el schimbă localitatea din cauza boalei de care suferea, instalându-se la Brașov, unde a mai practicat medicina însă, până la moarte. În 1877, după cum am văzut, a fost solicitat în două rânduri de Principele Dimitrie Ghica ca să vină să conducă spitalele-barăci din București. Din cauza suferinței, el a refuzat prima chemare, dar la a doua tot a venit, și este înfinit probabil că datorită recomandărilor lui au fost chemați ceilalți doi medici sași, spre a-i fi de ajutor și spre a-l înfrîna în conducere, căci, se spune în „Darea de seamă” a Soc. Crucea Roșie că „Baracele din București au fost puțin timp sub direcțiunea d-lui Dr. Altstädter, întrucât acesta retrăgându-se, îngrijirea lor s'a încredințat d-lor doctori Cupani (adică Caponi), Beldi și Risdörfer”. Dr. Altstädter suferea de o afecțiune a măduvei spinării, afecțiune care l-a împiedicat să-și continue activitatea în aceste spitale-barăci și i-a suprimat viața în ziua de 7 Martie 1880, în vârstă de 50 ani.

Dr. Karl Beldi s'a născut la 9 Mai 1811 în Brașov, unde tatăl său conducea o industrie de cismărie. Mai întâiu a studiat farmacia la Viena, unde și-a luat diploma de „Magistru în farmacie la 29 Octombrie 1833. Nemulțumit cu aceste studii, a început studiul medicinei la Viena, Padua, Praga și în cele din urmă la Paris, unde a și obținut la 23 Februarie 1841 diploma de doctor în medicină. La 18 lunie acelaș an a fost promovat „doctor în chirurgie”, iar la 30 Octombrie tot în 1841, a devenit „Magister der Occulistik” în Viena, pentru ca la 23 Decembrie tot în 1841, să ia diploma de mamoș (Geburshilfe).

În 1842, după ce a terminat studiile în Berlin și Paris se întoarce din nou la Viena. Aci a aflat de un loc vacant de uenic în chirurgie („Operation-Zöglinge”) pentru Transilvania, plătit cu o sumă anuală de 360 phiorini, din Fondul Vaccinației pentru Transilvania. El a fost cel dintăiu care a ocupat pe 2 ani acest loc, dela 1 Februarie 1843—1845. La 14 Martie 1845 el a primit diploma de operator. După aceasta s'a întors în orașul natal Brașov, unde a practicat medicina.

În 1849 îl găsim într'unul din spitalele militare, — iar la 1 Ianuarie 1854 a devenit medic primar al spitalului orașenesec, din Brașov.

În 1873 a funcționat ca medic al căilor ferate, pe distanța dela Brașov-Apașa. La 1878 a primit crucea de aur cu coroană pentru serviciu. A murit târziu ca o umare a unei suferințe intestinale pe cât se poate un cancer, la 20 Octombrie 1880.

Pe acest Dr. Beldi îl găsim menționat deasemeni în repertoriul alfabetic al d-lui Dr. Gomoiu și colaboratorii și în „Darea de seamă” a soc. Crucea Roșie pe anii 1876—1878.

Dr. Caponi Eduard. S'a născut la 15 Martie 1840, ca fiu al maestrului tâmplar Martin Caponi. După terminarea studiilor la Hontrusgymnasium, a plecat la Viena, unde a obținut diploma de doctor în medicină la 14 Martie 1865, iar pe cea de chirurg la 25 Iulie acelaș an. În anul 1866 a luat parte ca medic șef în campania din Italia. La sfârșitul războiului a părăsit serviciul militar și s'a întors în orașul natal, unde a început să practice medicina. În 1877 a luat parte, după cum am văzut, ca medic secundar al spitalelor barăci din București, timp de câteva luni. A fost decorat pentru aceasta cu medalia de războiu.

### III. Unde și ce au lucrat acești medici?

Am spus că Societatea de Cruce Roșie a făcut încă dela începutul războiului 2 ambulanțe, pe care le-a și trimis odată cu trupele spre Dunăre; în plus a construit pe seama sa o serie de barăci-spitale și a

2) Decret No. 532 din 28 Sept. și Ord. Prefect. No. 11744. — Dr. Samarian, op. cit. pag. 44 și 45.

dirijat și coordonat activitatea de ajutorare a răniților și bolnavilor în mai toate celelalte spitale.

Lăsând la o parte barăcile din Turnu-Severin—Târgoviște, Frăgești, Zimnicea, Petroșani, Turnu-Măgurele, Iași, etc. vom reveni la barăcile-spitale construite în București.

Printre acestea numărăm:

I) Cele 2 barăci, pentru bolnavi, dela Cotroceni, care adăpostea un mic lazaret. Acestea au fost înființate și întreținute de Elisabeta, Doamna Țării, și erau construite pe stâlpi înalți de 2 metri, iar încălzirea se făcea prin sobe de fer cu burlane lungi, ventilându-se prin deschideri în acoperiș.

II) Cele trei barăci din grădina Spitalului Filantropia. Aceste barăci care erau mari și încăpătoare, conțineau 90 paturi. Pentru terminarea lor, Eforia Spitalelor Civile oferise suma de lei 99.000.

În afară de medicii pe care i-am amintit, deserveau aceste spitale-barăci, surorile de caritate destinate de Comitetul Crucii Roșii. Ele erau câte 2 pe fiecare salon și fuseseră recrutate în bună parte, din doamnele societății bucureștene. „Barăcile și Spitalul Filantropia și-au deschis porțile chiar în noaptea de 3—4 Septembrie 1877, când a sosit primul transport de răniți evacuați dela spitalul din Turnu-Măgurele, unde primise „puțină forță“..., după cum se spunea în „Darea de Seamă“. Aducerea răniților din spitalele din Turnu-Măgurele, ca și de aiurea, se făcea cu două trenuri sanitare, care erau conduse de d-na Zoe Costa, ajutată de 10 surori de caritate. Despre această doamnă Zoe Costa, în aceeași Dare de Seamă, se menționează că „...nu a cruțat nici un sacrificiu și nici oboseală, pentru a-și îndeplini nobila misiune“... Numărul răniților și bolnavilor care s'au îngrijit în aceste barăci, situate în grădina Filantropiei, precum și în spitalul Filantropia, au fost de 629, — care reprezintă cea mai mare cifră din numărul total al bolnavilor îngrijiți în spitalele Eforiei, puse dealfel și ele la dispoziția răniților. Astfel găsim: 31 de bolnavi la spitalul Colentina; 89 la spitalul Colțea; 22 la spitalul de copii și 130 la spitalul din Ploești. Este bine să remarcăm că din numărul total de 901 al bolnavilor, au fost 556 români, 301 turci și 44 ruși. Cheltuielile barăcilor-spitale din București, le găsim trecute după cum urmează:

Construcții . . . . .	43.367,93 lei
Mobilier . . . . .	18.429,30 „
Efecte spitalicești . . . . .	15.319,45 „
Instrumente chirurgicale . . . . .	2.853,— „
Cai și harnașamente . . . . .	9.389,80 „

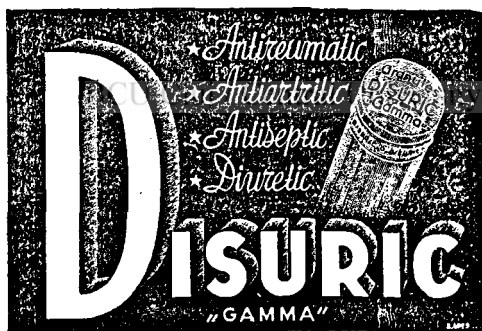
iar onorariile personalului medical și al surorilor caritate — atât din serviciul spitalelor cât și al celor din trenurile sanitare, — se cifrau la 59.839,31 lei. Cheltuielile de cancelarie au fost 3.510,35 lei, iar totalul a însumat 154.309,40 lei.

În afară de aceste barăci-spitale din grădina Filantropiei, — ce le găsim menționate și în lucrarea căpitanului Titus Frideric Mayer, intitulat „Serviciul Sanitar în campania din 1877—78“ —, acesta mai arată că: „Filiala Crucii Roșii întreținea lazarete stabile la București, între care unul la sp. Pantelimon cu 200 paturi...“.

Deși acest istoriograf, dă cu un mare lux de amănunte și preci-

ziune formațiile sanitare rusești, în cea ce privește unele amănunte relative la serviciul sanitar român care unele neprecizii, căci, lazaretul stabil Pantelimon, cu 200 paturi, mai sus amintit, nu-l găsim menționat în darea de seamă a Crucii Roșii și deci nu i-o putem atribui acestuia, până la noi probe.

Terminăm astăzi, cu modesta noastră contribuție privitoare la cei 3 medici brașoveni, sași, sperând că sărăcăcioasele noastre date vor fi îmbogățite pe viitor de noi, sau de cei pe care istoria medicinei nu-i lasă indiferenți.



Librar **DISOLVANT**  
**ȘI ELIMINATOR**  
**AL**  
**ACIDULUI URIC**

**PREVENTIV**  
**ȘI**  
**CURATIV**  
**ÎN**  
**MALADIILE**  
**HEPATO-BILIARE**



Repr. p. România: S. I. F. s. a. r., București, Avram Iancu 32

# TERAPIA DERMATOZELOR

DIVERSELE ETIOLOGII ALE DERMATOZELOR NE-AU DETERMINAT SĂ CREĂM O SERIE DE POMEZI, FIECARE AVÂND INDICAȚIUNI BINE DETERMINATE

## SEDOTYOL

Pomadă calmantă

Se aplică într'un strat gros, fricționându-se ușor.

## DERMATOZE

PRURIGINOASE

LEZIUNI CUTANATE  
DUREROASE  
PRURITURI

## INOSEPTA

Pomadă antiptogenă

Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricționa.

## DERMATOZE

SUPURATE

FURUNCULOZE-FAVUS  
IMPETIGO-ABCESE

## INOTYOL

Pomadă antiflogistică și cicatrizantă

Se aplică pomada într'un strat gros acoperindu-se cu un pansament.

## DERMATOZE

NE INFECTATE

ULCERAȚIUNI - ARSURI  
IRITAȚIUNI CUTANATE

## SILIPLASTINE

Pastă absorbantă

Se aplică într'un strat subțire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se șterge ușor numai cu apă.

## DERMATITE

UMEDE SAU IRITABILE

ECZEME UMEDE-INTERTRIGO-  
DERMATITE ACUTE

Produs nou

## GUTIGENOL

Pomadă cicatrizantă pe bază de Vitamină A.D. și Hormoni (splenic, testicular și pancreatic).

Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.

## LEZIUNI

CUTANATE

ARSURI-ULCERAȚIUNI ATONE-  
DERMATOZE CRONICE  
PLĂGI - TURBURĂRI  
TROPICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA“ S. A. R.

103 Str. Toamnei, București III — Tel. 221/38

## LIMFOGRANULOMATOZA GASTRICA \*)

de

D-r I. ZWILLINGER

Cazurile de limfogranulomatoză gastrică primitivă se întâlnesc extrem de rar; în literatura străină nu am găsit descrise decât 11 cazuri, iar în literatura medicală românească numai 2.

Cazul de față mai prezintă caracteristica de a fi fost diagnosticat în timpul vieții, cu luni înainte sfârșitului letal.

Maladia lui Hodkin sau Limfogranulomatoza malignă, este o boală al cărei diagnostic cert odată pus însemnează pentru pacient, ori care ar fi starea lui fizică, sentința de moarte, la un termen mai mult sau mai puțin apropiat, care nu trece în niciun caz de 2 ani. Din fericire această maladie nu este prea frecventă la noi, așa că în 34 ani de clinică destul de numeroasă nu am întâlnit-o decât de 3 ori. Ea poate atinge mai toate organele și sediul ei inițial este țesutul limfoid, deci ea poate să se prezinte sub aspectele cele mai variate, în raport cu topografia leziunii. Așa dar ea poate atinge și mucoasa stomacului, dar *limfogranulomatoza malignă primitivă gastrică*, este extrem de rară și în toată literatura străină nu am găsit descrise decât 11 cazuri, iar în literatura medicală română 2 cazuri: 1 caz al Prof. Vasiliu, dela Cluj, publicat în *Le Sang* 1929, iar al II-lea caz al Prof. D-r Iacobovici și Stoia publicat în *Buletinul pentru Studiul Cancerului*. Mai toate aceste cazuri au fost diagnosticate numai fie la necropsie sau în urma unei operațiuni pentru o tumoare a stomacului.

Cazul pe care voi avea onoarea de a vi-l prezenta, este poate unul din rarissimele cazuri diagnosticate în timpul vieții, cu luni înainte sfârșitului fatal.

Este vorba de pacientul J. L. din Craiova comerciant, în vârstă de 55 ani. Antecedentele hereditare și colaterale fără nici o importanță. Părinții morți la adânci bătrâneți, fratele și sora sănătoși. El personal nu a fost nici odată bolnav.

În anul 1935, începe să simtă dureri în gât, cari îl jenau la deglutițiune, este tratat mai mult timp de specialiști locali, până când fiind văzut de colegul D-r Păunel Mihăilescu, găsește o mică tumoare de mărimea unui bob de fasole, pe peretele posterior al faringelui, este trimis d-lui D-r Teju la București, care îi face o biopsie din tumoare, iar rezultatul analizei anatomo-patologice făcut de

\*) Comunicare făcută la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, în ședința din 15 Februarie 1938.



Medicamentul suveran al boalelor  
gastro-intestinale, de natură toxi-  
infecțioasă, la copil și adult  
nu este decât:

# „Lactoferment Dr Robin”

32 ani de existență  
(1907 – 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

## DOZE:

COPILII până la 3 ani o linguriță la oră.

COPILII de 3 ani în sus câte 2 linguri  
înaintea meselor

ADULȚII 3–4 linguri înaintea meselor.

*Indicat în:* enterite acute și cronice  
la copii și adulți, diabet, ciroze, ec-  
zeme, acnee, foliculite, furunculoză  
urticaria, guta, colibaciloza etc.

Flacon original spre experimentare la cerere:

**LABORATORUL „LACTOFERMENT DR. ROBIN”**

Reprezentanța BUCUREȘTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

## Se recomandă Domnilor medici venereologi: **Vaccinul antistreptobacilar**

preparat prin procedeu

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții subcutane  
în ulcere șancroase și complicații:  
fimoze, parafimoze, limfite, adenite.

Este foarte bine tolerat, nu dă șoc,  
nici febră.

Se poate procura la toate  
farmaciile principale din țară

## Estetica Fetei

## **Vaccin microba- cilar antiacnelc**

Conf. Dr. SARAȚEANU

### INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de  
**Acnee vulgară facială.**

Indicațiuni secundare: Acnee rozacee.

Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate  
farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Tel. 3-78-66.

Prof. D-r Lupu este următorul: In piesa trimisă se constată o proliferare regulată de formațiuni glandulare și o stromă infiltrată de limfocite, celule plasmatică și polinucleare. Diagnostic: Inflamație cronică.

Totuși după ce i se fac analizele sângelui, S. R. Wassermann negativă, ureea în sânge 0.240, i se instituie un tratament intens cu iradiațiuni profunde cu Razele X de către d-l D-r Jovin, 2 ședințe zilnice, doză 300 R. pe ședință în total 30 iradiațiuni. După tratament tumoarea dispare, însă bolnavul rămâne mult timp cu arsuri întinse pe ambele laturi ale gâtului și cu o exfoliațiune a mucoasei bucale și faringee, cari împiedică pe pacient câțva timp de a se alimenta, decât numai cu lichide reci. Bolnavul pierde în acest timp 8 kgr. din greutate. Urmează apoi un tratament cu Delbiază.

În Martie 1936 începe să se plângă de dureri în regiunea precordială și de o stare de slăbiciune generală. Examinat nu găsec nimic subiectiv, decât o stare de slăbiciune, pe care o pun pe baza tratamentului roentgenian urmat, îi fac numărarea globulelor. Buletinul hematologic din 14 Martie 1936 este: Hematii: 4.880.000; Leucocite: 6950; Hemoglobina 90%. Urea în sânge 0.360/0. Radioscopia pulmonară: Hilul drept exagerat și cu prelungiri în parenchimul parahilar, bine opacificate și mici puncte cretificate. Plămânul stâng același aspect, însă mai restrâns.

Concluziuni: proces hilar bilateral mai accentuat drept sclero-fibros mai mult scleros.

Ortocardiograma arată ușoară accentuare a diametrelor cordului stâng peste limitele obicinuite.

Se face un tratament tonic cu injecțiuni neurotonice: calciu și helpin, un preparat fosforat, în urma cărui tratament starea generală se ameliorează foarte mult, câștigă în greutate și își recuperează forțele, așa că își vede iar de afacerile sale comerciale.

În acest timp începe să sufere de un prurit anal și fesier, destul de intens, se tratează singur cu medicamente casnice, fără să spună nimic medicului curant. Pruritul nu dispare.

Totuși bolnavul se îndreaptă și ajunge la greutatea sa inițială. În luna Iunie 1936 bolnavul începe să se plângă de o lipsă completă de poftă de mâncare, pierderea puterilor, slăbire și dureri mari după masă în regiunea epigastrică și în hipocodru stâng, dureri surde, cari nu se iradiază în altă parte, nu are vărsături sau diaree, Scaunele normale și regulate. Se face o radiografie a stomacului, nu se găsește nimic normal din partea stomacului, afară de o colită spastică a colonului transvers mai ales în regiunea subsplenică. Obiectiv: Nu se găsește nimic afară de dureri la apăsare a abdomenului în regiunea epigastrică, mai ales în partea stângă, pe marginea marelui curburi a stomacului, nu se simte însă nici o îndurație sau tumoare, abdomenul este suplu, pereții stomacului moi. Durerile accentuându-se și deși analizele făcute nu au relevat nimic anormal, afară de o ușoară hiperaciditate — analiza sucului gastric: aciditatea totală 2.43 CHH liber 0.88 Cl. H. combinat 1.55. Analiza materiilor fecale pentru sânge ocult. Proba Weber negativă.

Având în vedere antecedentele, adică aceea mică tumoare din gât, trimit bolnavul la București, spre a fi examinat de specialiști de acolo. Examenul sucului gastric este variat, la un laborator se găsește o mică hiperaciditate, la altul hypoaciditate. Nu se găsește sânge ocult în scaune.

Examenul radiologic din ziua de 25 August 1936, constată esofagul, deglutiția și jocul cardiac normale. Nu se găsește lichid de stază. Examenul detaliat în relief al mucoasei gastrice, sub compresione dozată cu umplere minimală de substanță opacă, arată o dispozițiune normală a cutelor, fără nici o discontinuitate a acestora. După umplerea totală stomacul are forma de undiță, ortotonic, peristaltism normal. Nu se constată vreo imagine lacunară, sau vreo nișă. Transitul piloro-duodenal normal, deasemenea evacuarea stomacului se face în timp normal. Bulbul duodenal are conture nete și regulate. Nu se constată nici o nișă. La 10 ore după ingerarea basinelui, întreg intestinul subțire este golit și colonul în întregime umplut. Appendicele nu se umple, dar nu se constată o hypersensibilitate la presiune în regiunea ceco-appendiculară. Colon ascendent și partea dreaptă a colon transvers este umplut complet. Partea stângă a colonului și unghiul splenic presintă contururi neprecise, umplerea neomogenă, fără hauste conținând mai multe bule de aer. În colon descendent substanța opacă ia forma unui cordon subțire cu ușoară schifare a haustrelor. După 24 ore dispare imaginea neomogenă

PLANȘĂ



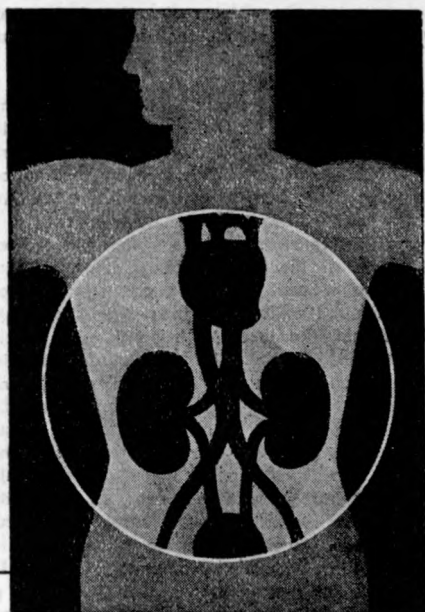
*Cutele mucoasei gastrice. — Pars pylorica.*



*Cutele mucoasei gastrice. — Pars media.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj





*Pentru  
terapeutică  
individuală  
a inimii și  
circulației*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## **Calcium-Diuretina**

Medicament eficace cardiac și vascular  
și diuretic puternic.

## **Iod-Calcium-Diuretina**

În deosebi pentru tratamentul turbu-  
rărilor bătrâneții.

## **Rhodan-Calcium-Diuretina**

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



**KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.**

«KNOLL» S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

a transversului și unghiul splenic și se văd haustrele normale pe tot colonul fără vreo imagine lacunară. Durerea invocată în hipocondrul stâng este localizată neprecis în regiunea pancreatică. Concluziune: se constată o stare iritativă a jumătății distale a colonului la pasagiul bariului. De altfel radiologic nimic patologic din partea stomacului și bulbului. Se face și metabolismul bazal care arată 9.7 %.

Diagnosticul: Gastrită nervoasă și Colită spastică.

Trimit bolnavul la Sălănicul-Moldovei, pentru a se odihni și pentru a urma și cura, iar la înapoierea lui reiau injecțiile tonice cu helpin, ser neurotonic, campolon, neohepatrat. Intern alcaline. Durerile dispar complet din Octombrie și până la începutul lunii Aprilie 1937; bolnavul se hrănește, mănâncă orice, fără să aibă dureri, se îngrăsează cu 15 kg. și se crede complet vindecat. Are plăcere de viață, își reia ocupațiile sale comerciale și viața de dinainte.

Urmează numai cu alcaline. În luna Aprilie brusc durerile stomacului reîncep și mai intense acum cu iradijații în spate și hipocondru stâng. Durerile sunt aproape continue, indiferent dacă bolnavul a mâncat sau este cu stomacul gol. Dureri atroce ce nu îi dau odihnă bolnavului chiar noaptea; are inapetență completă, un desgust pentru orice aliment, singurul lucru ce suportă este laptele rece. Reiau injecțiile tonice, adaug și cacodilatul de sodiu în doze mari, fără nici un folos. Durerile se calmează pentru scurtă durată cu cantități mari de alcaline și compuși ai beladonei, ca belergal, beladenal, neo Luverin, etc. Slăbește iar din ce în ce mai mult. La examen: Plămânii, cordul normal, bătăile clare, pulsul bun. Ficatul nu este mărit. Splina percutabilă, fără însă să fie palpabilă. Urina cu un nor de albumină, nu conține zahăr. Abdomenul suplu pe toată suprafața lui, este dureros în regiunea epigastrică și hipocondru stâng, fără să se poată simți vreo indurație sau tumoră. Nu se găsesc nicieri ganglionii măriți. Scheletul osos mai ales oasele lungi și sternul nu sunt dureroși, nici la apăsare, nici la ciocănit. Nu are temperatură. Nu are vărsături. Scaunele examinate din nou în nenumărate rânduri pentru sânge: Proba Weber este negativă. Pruritul anal și fesier persistă. Bolnavul văzând că durerile și slăbiciunea progresează cu tot tratamentul întrebuintat, se hotărăște să plece la Carlsbad. Acolo îi se face din nou radioscoopia, în ziua de 18 Iunie 1937, acum însă rezultatul este cu totul schimbat. Stomacul alungit hipotonic. Punctul cel mai de jos atinge linia biliară. Mișcările libere. Secreția nu este mărită. Mișcările peristaltice slabe, nici o modificare a conturului stomacului. Structura mucoasei gastrice: pe toată suprafața gastrică cutele mucoasei sunt foarte mult mărite și ondulate, în parte tumefiate sub formă de rolouri. Ele sunt bine delimitate, nu sunt imobile. Pylorul permeabil. Durerile la presune accentuate la palpare. Mobilitate normală, după 3 ore stomacul este gol. Duoden: Bulbul normal, atât ca poziție, formă și mărime nu este dureros. Intestinul subțire se umple bine cu contrast după 3 ore.

Colonul după 3 ore se umple până la jumătatea colon transvers, după 24 ore resturi de contrast în colon și ampula. Haustrații puternice ale colonului descendent. Concluziuni: o foarte accentuată tumefacție a întregii mucoase gastrice cu cutele mucoasei sub formă de rolouri groase datorite unei gastrite grave. Spasm al coloului. Analiza sucului gastric arată o lipsă completă a acidului clorhidric liber. Durerile în timpul curei cu apă se măresc și mai mult. Medicii curanți bănuiesc un neoplasm. Pacientul pleacă la Viena, după ce cura de 4 săptămâni nu i-a folosit cu nimica, ci din contra a agravat și mai mult maladia. Bolnavul a slăbit foarte mult și durerile au ajuns atroce. La Viena este internat în Childe Spital fiind sub observația d-lui Doc. D-r Bondi și D-r Kljma. Se refac analizele din nou.

Analiza materiilor fecale pentru sânge ocult de astă dată pozitivă.

Analiza suc gastric. Acid clorhidric liber 0. Acid clorhidric combinat 5. Aciditate totală 5. Sânge negativ.

Analiza urinei: Albumină urme apreciabile și urobilină mărită.

Buletinul haematologic: Hematii 5.170.000, Leucocite 3950, Sahl 88 %, Formula hemoleucocitară: Eosinophile pol. 1,7 %, Basophile 0,6 %, Neutrophile nesegmentate 3 %, Neutrophile segmentate 79 %, Monocite 8,7 %, Lymfocite 7 %, Trombocite foarte numeroase. Malaria în picătură groasă și frojtu negativă.

Radiografia stomacului: Stomac vertical, cutele mucoasei gastrice enorm mărite. În regiunea pars media și fund cutele mucoasei gastrice ajung la grosimea degetului, ele sunt imobile. Mișcările peristaltice sunt normale. Restul normal.

Concluziuni: Tumefacția enormă a cutelor mucoasei gastrice și rigiditatea lor.

Nu există nici o urmă de ulceraje în stomac sau duoden. Nici un punct sigur pentru a bănui o infiltrație neoplazică. Colon normal.

Examenul clinic. Absență completă a temperaturii. Splina mărită. Se găsește un mic ganglion axilar în axila stângă, de mărimea unei cireși mici. Cățiva ganglioni mici pe latura stângă cervicală. Se face radioscoopia toracică, nici o modificare a ganglionilor mediastinali sau hilari.

Se face o puncțiune în ganglionul axilar sig., de mărimea unei cireși mici. Ganglionul este elastic, neaderent de piele. Rezultatul analizei țesutului puncționat: Tabloul celular este ocupat în mare parte de un tip uniform și foarte polimorf de celule. Sunt pe de o parte celule care prin formațiunea lor se apropie de Limfoblastice, în genere celule mari cu plasma lată, intensiv colorată bazică și vacuolizate, cu nucleii rotunzi, enormi și complexi, conținând mari nucleoli și în sfârșit celule gigante cu nucleii lobulați, altele de tip polinuclear, cu doi și mai mulți nucleii sau cu mitoze nucleare, celule Paltauf Sternberg.

Concluziuni: Analiza îndreptățește să se pună diagnosticul de Limfogranulomatoza malignă.

Pacientul înapoat este văzut de mine, după o lipsă de 6 săptămâni, împreună cu D-I Docent D-r M. Cănculescu.

Bolnavul complex emaciât, a pierdut în total 23 kgr. dela greutatea sa inițială. Faciesul teros, stratul de grăsime subcutanat dispărut, pielea uscată, se poate ridica în cute cari rămân. O forunculoză generalizată pe fese și ambele coapse, aproape 20 forunculi, unii deschiși, alții în formațiune, iar altele ulcerajii profunde, urmele forunculilor, cari s'au vidat. Ii fac injecțiuni cu Immunizol Grémy, (vaccin antistafilococic) și prin aceasta se oprește apariția de noi forunculi. Bolnavul cântărește 60 kgr. Plămâni normale, nimic din partea cordului. Bătăile clare. Puls 78 T. A. cu Vaquez = 13 max., 7 minim. Urina conține urme accentuate de albumină, urobilină mult mărită. Epitelii renale. Ea este foarte redusă de volum, abia 200—300 gr. în 24 ore. Splina foarte mult mărită de volum, depășește rebordul costal cu mai mult de un lat de mână. Are forma lunguiată a unei limbi, este dură, netedă cu marginile tăioase, nu este dureroasă la pipăit. În regiunea epigastrică pereții stomacului sunt moi, însă dureroși la palpate, nu se constată nici o îndurație și se pot explora foarte ușor, din cauza slăbiciunii extreme a pereții abdomenului. Ficatul puțin mărit de volum, nu depășește falsele coaste. În axila stângă, un ganglion de mărimea unei cireși mici, dur, elastic, neaderent de piele și care alunecă sub degete, nedureros. Este ganglionul care a fost puncționat. Pe latura stângă cervicală, cățiva ganglioni mici de mărimea unui bob de mazăre (micropoliadente). Nimic din partea oaselor lungi sau stern, nu se găsește nici un punct dureros la presiune sau ciocănitură. Inapetența este completă, bolnavul nu poate lua nimic, afară de puțin lapte rece sau cremă de vanilie. Dar ori ce ar mânca, îi produce dureri mari, cari nu se mai pot calma nici cu alcaline, nici cu beladonă, papaverină, etc., numai pantoponul. În injecție îi produce o calmare de câteva ore. Se începe tratamentul cu iradițiuni cu raze X profunde, în regiunea splinei și abdominale, 80 R. pe ședință, pe seri de 4 ședințe, la 2 zile una cu o pauză între seri, practicate de D-I D-r. L. Eschenasi. Injecții cu campolon, neohepătrat, și arsenic în doze progresive, până la doza maximă de 0.25 cgr., cacodilat zilnic. Se pare la început după terminarea primei serii de 12 iradițiuni, că splina s'ar fi micșorat, însă la mijlocul lunii Octombrie, ficatul începe să se mărească și el, trece de rebordul costal cu 3 laturi de degete și creșterea lui se face zilnic, văzând cu ochii. Ficatul dur, lemnos, neted, nedureros. Apare ascita, care crește și ea. Petechii cianozate pe pântec și membre inferioare, apoi purpură generalizată. În Noembrie apare o phlebită a piciorului drept; Ganglioni inguinali de ambele părți se măresc și ei. Bolnavul nu se mai poate alimenta deloc și sucombă în stare de cachexie în ziua de 6 Decembrie.

Buletinele haematologice:

17 Septembrie: Hematii 4.896.000, Leucocite 5800, Haematoblaste 410.000, Hemoglobină 95%, Valoarea globulară 0.99. Formula hemoleucocitară: Neutrofile 65%, Eosinophile 9%, Limfocite 20%, Monocite 5%,

Formula Arneth

I	II	III	IV	V
28%	5%	3%	39%	25%

1 Octombrie: Hematii 4.848.000. Leucocite 4.300. Trombocite 390.000. Hemoglobină 95 0/0. Valoarea globulară 0.97. Neutrofile 68 0/0. Eosinofile 5 0/0. Limfocite 22 0/0. Monocite 5 0/0. Formula Arneth:

I	II	III	IV	V
3 0/0	30 0/0	40 0/0	25 0/0	2 0/0

7 Octombrie: Hematii 4.748.000. Leucocite 6800. Hemoglobină 100 0/0. Formula leucocitară: Neutrofile 69 0/0. Eosinofile 12 0/0. Limfocite 12 0/0. Monocite 7 0/0.

20 Octombrie: Hematii 4.808.000. Leucocite 3900. Trombocite 396.000. Hemoglobină 95 0/0. Valoarea globulară 0.98. Formula leucocitară: Neutrofile 63 0/0. Eosinofile 3 0/0. Bazofile 1 0/0. Limfocite 28 0/0. Monocite 5 0/0.

16 Noembrie: Hematii 4.416.000. Leucocite 4100. Trombocite 360.000. Hemoglobină 89 0/0. Valoarea globulară 1. Formula leucocitară: Neutrofile 68 0/0. Eosinofile 4 0/0. Limfocite 22 0/0. Monocite 6 0/0.

Leziunile din partea tractusului gastro-intestinal, se găsesc în Limfogranulomatoză, fie inițiale, ca o leziune primitivă, sau ca o complicațiune spre sfârșitul maladiei, datorită generalizării leziunilor și al progresului intoxicațiunii și al cachexiei. Aceste leziuni se declară prin dureri abdominale, inapetență complectă, uneori diaree. Ele sunt de ordin funcțional, alte ori aceste simptome sunt cauzate de leziuni granulomatoase ale traectului gastro-intestinal, cari au fost provocate prin întinderea procesului granulomatos la ganglioni mezenterici și retroperitoneali și de aci la vasele limfatice, ale traectului gastro-intestinal. Această întindere a procesului se poate face metastatic, pe cale hematogenă sau limfatică, sau prin continuitatea prin trecerea leziunilor dela organele din vecinătate. Spre deosebire de aceste forme de *limfogranulomatoză secundară*, există și o formă de *limfogranulomatoză gastrică primitivă*, în care tot organismul este de la început indemn de orice leziune granulomatosă și ele nu se manifestă, decât primitiv și unic la stomac și ganglionii aferenți. Aceste cazuri sunt cele mai rare. Primul caz a fost descris de Schlagenhauser în 1913, urmează apoi cazurile descrise de Tschilow, Supino, Kopstein, Baumgartner, Duditz, Junghagen, Steindl, Froboese, Marcologno, Etienne și Lapeyrie. În țară cazul publicat de Prof. T. Vasiliu—Cluj, în le Sang și cazul prof. Iacobovici și Stoica publicat în *Buletinul pour l'Etude de Cancer* și cari au făcut subiectul tezei Dr. Prilopeanu. În total un număr foarte mic de cazuri, dacă avem în vedere literatura atât de bogată a maladiei lui Hodgkin.

Caracteristic este, la cele mai multe din cazurile descrise, că au fost făcute de anatomo patologiști și chirurghi și foarte rare sunt cazurile descrise de clinicieni. Până astăzi diagnosticul de Limfogranulomatoză gastrică primitivă nu a fost pus încă la patul bolnavului, afară de cazul nostru. Etiologia Limfogranulomatozei este încă mult discutată, singurul fapt sigur și admis astăzi, ar fi natura inflamatorie a maladiei, iar în cece privește agentul patogen al acestei inflamații, rămâne viitorului să deslege această chestiune. Unii autori consideră că virusul tuberculos ar fi acest agent patogen, rămâne ca viitorul să decidă. Sediul cel mai frequent al limfogranulomatozei gastrice primitive ar fi pilorul și mica și marea curbură, foarte rar fundul. — Putem diferenția 3 forme macroscopice: 1) *Forma tumorală*, în care maladia este reprezentată prin tu-



**LABORATORUL OLTENIEI  
„A S E P T I C A“**

**CALCITERAPIA**

**marchează un progres însemnat prin:**

**HYPERCALCIUM**

**Intramuscular și Intravenos**

Căci este singurul preparat de gluconat de calciu care mărește notabil cantitatea de calciu a organismului (Hypercalcemie), prin **extractul de paratiroidă** ce conține și care facilitează fixarea calciului pe celulă.

Indicat cu mult succes în: Tuberculoza incipientă, Rachism și Decalificații.

Ambalaj original { Cufii de 5 fiole a 10 cc și a 5 cc  
Cufii de 25 fiole a 10 cc și a 5 cc

**ANTIREUMAL**

**Intravenos**

Este soluția injectabilă a fenilchinolin carbonatului de litiu și a salicilatului de litiu. Ambele substanțe se introduc pentru prima oară în terapia antireumală, pe cale injectabilă, cu rezultate excelente în :

Reumatism acut și cronic, gută, lumbago, sciatică, nevrite și artrite de orice natură.

Ambalaj original : Cufii de 6 fiole a 10 cc

Depozitul pentru Oltenia :  
**Farmacia E. DIMITRIU, Bariera Brestoi, 19 — CRAIOVA**

Telefon 15.78

sau **O. A. F. Str. Pitar Moș, 6 BUCUREȘTI**

Telefon 248.20

mori de la mărimea unei prune, până la mărimea unei mandarine, de obicei tumori solitare, dure și netede. 2) *Forma ulceroasă*, unde ulcere dela mărimea bobului de linte și până la aceea a podului palmei, pot fi răspândite pe mucoasa stomacului. Ulcerațiunile sunt unice sau multiple cu marginile proeminente și fundul murdar, putând fi ocupat de reziduri alimentare, de țesuturi necrozate sau de chlaguri sanguine. — Ele se pot întinde nu numai pe mucoasa gastrică, ci și pe tot intestinul. Aceste 2 forme se pot chiar combina între ele, formând forma ulcero-tumorală. Rămâne o a III-a forma, aceea *infiltrantă*, când procesul limfogranulomatos se infiltrează în dauna mucoasei și mai ales înlocuiește submucoasa. Mucoasa gastrică este tumefiată, cutată. Cutele ei sunt reliefate luând aspectul circonvoluțiunilor cerebrale sau de hartă geografică. Ganglionii regionali și numai aceștia sunt prinși de procesul granulomatos. Din punct de vedere microscopic pe secțiunile mucoasei gastrice limfogranulomatoase, găsim un polimorfism celular evident. Pe cupe se pot distinge limfocite, plasmocite, eosinofile, Mastzellen, leucocite, polinucleare, țesut conjunctiv, celule gigante descrise de Paltauf și Sternberg și cari caracterează maladia lui Hodgkin.

*Simpptomele* sunt locale și generale.

În primul rând, ceea ce izbește este slăbirea rapidă și pierderea puterii fizice accentuată, și care nu concordă nici cu simptomele observate și nici cu durata scurtă a maladiei. Ea poate să meargă în scurt timp până la marasm complet. Bolnavul se topește văzând cu ochii. Fața bolnavului exprimă urmele unei grele suferinți. Durerea este spontană și localizată în regiunea epigastrică, cu iradiațiuni fie în ipocondru stâng, mai rar în cel drept. Une ori ea este în formă de centură. Ea se accentuează mai ales după mese și se calmează prin vărsături. Inapetența este completă și apare între cele dinții simptome, manifestându-se printr'o repulsiune pentru alimente și în special pentru carne. — Vărsăturile sunt aproape regulă. — În cazul nostru au lipsit în tot cursul maladiei. Ele de obicei sunt alimentare și calmează mult durerea. — Alte ori, mai ales în formele ulceroase, ele pot fi și emoragice. Melena este mai rară, însă analiza materiilor fecale, proba Weber pentru sânge ocult este foarte adesea ori pozitivă.

Simpptomele obiective la început lipsesc cu totul, mai ales în forma infiltrantă. În forma tumorală se poate palpa mai târziu, o tumoare în regiunea epigastrică neregulată, dură, imobilă și dureroasă la presiune. Splina este aproape totdeauna mărită de volum, fiind percutabilă și chiar palpabilă, cum a fost în cazul nostru. Ea este atunci netedă, dură și cu marginile tranșante. Ficatul poate fi și el, mai ales spre sfârșitul maladiei, mărit de volum. În observațiile publicate până acum, nu s'a dat mare importanță sistemului adenolinfatic superficial, care trebuie cercetat cu cea mai mare atențiune, căci are mare importanță pentru a se putea pune un diagnostic precis și timpuriu, cum vom arăta mai departe, prin găsirea în axilă, mai ales axila stângă, sau pe latura stângă cervicală a unui ganglion, care să fie puțin mărit de volum, dur, neaderent

de piele și nedureros. Prin punționarea acestuia și analiza anatomo-patologică a țesutului extras, putem precis face diagnosticul, drept cum a fost cazul nostru, unde nici un element nu ne făcea să ne gândim la limfogranulomatoză. Febra, în cazurile de limfogranulomatoză gastrică, este de cele mai multe ori absentă, ca la bolnavul nostru. Când există, ea poate lua forma ondulantă sau continuă. Tabloul hematologic a fost făcut în foarte puține cazuri, se observă că numărul globulelor roșii nu este micșorat, nici ca număr și nici ca valoare globulară. Din partea globulelor albe există aproape constant o leucopenii și o limfopenie și prezența unei ușoare eosinophilie. Examenul sucului gastric, mai totdeauna o lipsă complectă a acidului clorhidric liber, uneori în formele ulcerate urme de sânge. Examenul materiilor fecale: Proba Weber pentru sânge ocult mai totdeauna este pozitivă. Urina conține mai ales în stările febrile, albumină și câte odată diazoreacția lui Erlich este pozitivă. Pruritul cutanat este inconstant, în unele cazuri unde a existat, el a fost foarte rebel, cum a fost și în cazul nostru. Diagnosticul maladiei este foarte greu de pus și până acum, sunt rarissime cazurile unde a putut fi pus la patul bolnavului, rămânând întotdeauna să fie descoperit la operație, fie la necropsie.

Evoluțiunea formei gastrice a maladiei lui Hodgkin este mai rapidă ca celelalte forme a acestei maladii. Durata ei variază între câteva săptămâni, în formele supraacute și maximum 2 ani, cu mici întreruperi de ameliorare, când pacientul se crede uneori chiar vindecat, maladia totuși îl duce într'un timp mai lung sau mai scurt la moarte. Se găsesc însă în literatură 2 cazuri vindecate cert prin operație, este cazul Prof. D-r Vasiliu publicat în *Le Sang* 1929, operat de dl. Prof. D-r Iacobovici, bolnava ese vindecată din spital și este revăzută după câțiva ani, fiind perfect sănătoasă, și cazul lui Etienne și Lapeyre de Limfogranulomatoză gastrică primitivă la un copil de 10 ani, pilorectomie, vindecare clinică fără localizațiuni secundare după aproape 2 ani (*Presse médicale* 1937). Alți autori susțin că chiar cazurile operate cu succes în urma unei diagnoze greșite, în forma tumorală, singura formă operabilă, au adus totuși pe pacient după lun timp mai mult sau mai puțin lung la moarte prin cachexie. Singura formă tumorală se pretează de a se încerca o intervenție chirurgicală.

*Tratamentul*, singurul indicat, atunci când el este posibil este cel chirurgical, unde are oarecări șanse de reușită. Exemplu ar fi cazul Vasiliu-Cluj și cazul Etienne, mai sus citate. În celelalte forme și atunci când operația este imposibilă, rămâne radioterapia profundă și radiumterapia, cari însă nu sunt tratamente radicale, ci numai tratamente paliative, totuși trebuiesc încercate în totdeauna când operația pare imposibilă. Ele aduc pacientului oarecari ameliorări, dar de scurtă durată. Alte tratamente adjuvante sunt injecțiunile cu arsenic în doze progresive până aproape de toleranța maximă.

*Concluziuni.* — Cauzele cari m'au făcut să comunic acest caz sunt următoarele:

1) Raritatea cazurilor de Limfogranulomatoză malignă gastrică, mai ales că a fost diagnosticată cu luni înainte de deces la patul bolnavului.

2) Clinicienii, în cazuri de fenomene dispeptice grave, cu slăbire rapidă și accentuată, cu dureri mari epigastrice, să se gândească pe lângă posibilitatea unei leziuni ulceroase, sau canceroase și la o limfogranulomatoza gastrică primitivă.

3) Posibilitatea punerii diagnosticului timpuriu și cert al maladiei, prin cercetarea amănunțită a ganglionilor limfatici și puncționarea acestora, dacă se găsesc, prin procedeul Weil (Weil Emil, Vals și Mme Perles: Diagnostic de la maladie de Hodgkin par la punction ganglionaire Soc. Méd. Hôp. Paris 12 Iunie 1936). Să se cerceteze cu atențiune ganglionii axilari, cervicali, etc. și uneori, cum a fost și în cazul nostru, se va găsi unul sau mai mulți ganglioni, cari să fie puțini măriți de volum, duri, neaderenți de piele. Ablația acestor ganglioni, necesitând de multe ori precauțiuni speciale și fiind alte ori dificil acceptată de pacient, examenul lor histologic s'ar putea face pe produsul obținut printr'o simplă puncțiune ganglionară; acest procedeu, care dă rezultate, a căror valoare pare a fi egală cu acel al unei biopsii, este o intervenție minimă, care se poate efecta asupra mai multor ganglioni odată și se poate refăi fără nici un inconvenient. Tehnica puncționării ganglionare este simplă, ea nu necesită decât o seringă de 5 c.c., uscată și perfectă, armată cu un ac de un diametru destul de gros și cu biseau lung. Cilindrul de țesut aspirat în ac este întins pe lame. Frotiurile sunt colorate cu May—Grünwald—Giemsa sau cu bieosinate lui Tribaudeau.

Examenul frotiurilor, cum a fost făcut și în cazul nostru, ne permite a recunoaște caracterele microscopice ale ganglionilor limfogranulomatozei maligne. Se găsește un tablou polimorf de celule și unde prezența celulelor Paltauf—Sternberg este caracteristică maladiei Hodgkin.

4) Dupe cele expuse în observația de față, mă întreb, dacă leziunea gastrică cert limfogranulomatoasă nu a fost oare decât o urmare a procesului care ar fi început prin acea mică tumoretă în faringe, deși la analiza anatomo-patologică nu s'au constatat acele celule caracteristice Sternberg-Paltauf, cari ne-ar fi îndrituit a pune diagnosticul încă de atunci la unei maladii Hodgkin. Sau că procesul gastric ar fi fost primitiv și cu totul deosebit de acea mică tumoară, formând o maladie cu totul aparte.

Mise à point de la lymphogranulomatose gastrique, avec présentation d'un cas de lymphogranulomatose gastrique primitive dont le diagnostic a été fait pendant la vie longtemps avant la mort.

Zur Beurteilung der gastrischen malignen Lymphogranulomatose, mit Darstellung eines Falles von primitiver maligner Lymphogranulomatose des Magens, dessen Diagnose während des Lebens festgestellt wurde, lange Zeit vor dem letzten Ende.

La determinazione della Limfogranulomatozei gastrica, con presentazione di Limfogranulomatozei gastrica primitiva, la cui diagnosi e stata fatta durante la vita molto tempo prima dela morte.