

Mișcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLIKAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	<u>Pag.</u>
I.	
<i>Cronica</i>	175
Noi priviri asupra alimentației la tuberculoși de <i>Dr. I. Sărdărescu</i>	177
Contribuțiuni la studiul fondului mintal în scleroza în plăci de <i>Dr. Dem. Paulian</i> și <i>Dr. Alfred Dimolescu</i>	186
Asupra tratamentului reumatismelor cronice de <i>Dr. Băl-tăceanu</i>	195
Câteva cazuri de leziuni ale arterei pulmonare de <i>Doc. Dr. E. Lazeanu</i>	204
Considerations sur deux cas de psychoses post-opera-toires par le <i>Docteur H. Makelarie</i>	209
Arsurile prin diatermie și tratamentul lor de <i>Dr. O. Meller</i>	212

(Urmare pag. II-a cop.)

II. MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A.—PUBLICAȚIUNI MEDICALE

	<u>Pag.</u>
Archives roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie <i>Tom. II.</i> No. 4 1929	189
Buletinul soc. medicale a spitalelor București No. 3 și 4 1930	191
București medical No. 3 și 4 1930	193
Buletinul medico-terapeutic No. 4 1930	193
Clujul medical No. 3 și 6 1930	194
Clinica No. 1 și 2 1930	195
Noua revistă medicală No. 12 și 1 1930	198
Revista de chirurgie No. 11—12 1929 cu șed. din 6 N-brie 1929 a Soc. de chirurgie	199
Revista St. medicale No. 4, 5 și 6 1930	201
România medicală No. 3, 4, 5 și 6 1930	207
Spitalul No. 5 și 6 1930	209

B.— SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Societatea română de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie secția Iași Șed. din 15 Dec. 1929, 24 Ian. și 16 Martie 1930	212
Societatea de Pediatrie din București	221
Bulletins de la société de pédiatrie de Iași Ședința din 27 Ianuarie, 14 Februarie și 31 Martie 1930	222

C.— CĂRȚI—MONOGRAFII

Clinici medicale de <i>Prof. C. Bacaloglu</i> . Rec. de <i>Dr. I. Rosenstein</i>	224
Studiu farmaco-dinamic al efedrinei de <i>Dr. Ion Marcu</i> . Rec. de <i>Dr. I. Vasilescu</i>	225

D.— T E Z E

Facultatea de medicină Cluj Ianuarie-Iulie 1930, No. 503—543	227
--	-----

III.

I N F O R M A Ț I U N I

Al 13-lea Congres intern de Hidrologie-Climatologie.—Congresul Francez de chirurgie — Al IX Congres român de Oto-Rhino-Laringologie.—II-me Réunion de la Presse médicale latine.—O nouă revistă medicală românească.— Conferințele Prof. Vaquez la București	233
	236

Mișcarea Medicală

L U N A R Ă

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

Comitet de Patronaj:

Prof. C. Angelescu — Prof. I. Cantacuzino — Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu — Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi — Prof. I. Nanu-Muscel — Prof. A. Teohari

Director:

Docent D-r M. Cănciulescu

Comitet de Redacție:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Doc. D. Combiescu —
D. Hess-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeș - Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M.
Baculescu - Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: V. Ciocâlțeu.
Dermato-Sifiligratie: Prof. S. Nicolau
— V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel - Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: D-r. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Gin.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I.
— Doc. A. Poenaru.
Infecțioase: Prof. M. Ciuca — Conf.
T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.

Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu —
Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Doc. St. Drăgănescu —
Conf. D. Paulian.
Nutriție: Doc. I. Daniel — Doc. G.
Litarzeck - Doc. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Hațieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide —
Anghel Daniel.
Fizioterapie: Doc. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc.
A. Georgescu Doc. E. Lazeanu.
Sociale: Ch. Laugier.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov. — T.
Voiculescu.

Secretar de Redacție: D-r. I. Rosenstein.



SOMMAIRE

Les nouvelles vues sur l'alimentation des tuberculeux par le Dr. I. Sărdărescu.

Contributions à l'étude du fond mental dans la sclérose en plaques par le Dr. Dem. Paulian et Alfred Dimolescu.

Sur le traitement des rhumatismes chroniques par le Dr. G. Băltăceanu.

Quelques cas de lésions de l'artère pulmonaire par le Dr. E. Lazeanu.

Considérations sur deux cas de psychoses post-opératoires par le Dr. H. Makelarie.

Les brûlures par la diathermie et leur traitement par le Dr. O. Meller.

* * *

BCU Cluj / Central INHALT Library Cluj

Neuere Ergebnisse über die Nahrung der Tuberkulkranken von Dr. I. Sărdărescu.

Beitrag zum Studium der Gemütsstörungen in der multiple Herdsclérose von Dr. Dem. Paulian und Alfred Dimolescu.

Über die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus von Dr. Băltăceanu.

Mehrfache Beobachtungen über die Entwicklungsstörungen der Arteria pulmonalis von Dr. E. Lazeanu.

Betrachtungen über zwei Fälle von post-operatorische Psychose von Dr. H. Makelarie.

Verbrennung durch Diathermie und ihre Behandlung von Dr. O. Meller.

HÉMOSTYL

Anémies

Du Dr.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*
des ANÉMIES (Carnot)

B) *Tous autres emplois*
du Sérum de Cheval:

HÉMORRAGIES (P.E. Weill)

PANSEMENTS (R. Petit)

Sirap. Comprimés
de sang hémopoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD

103, Strada Toamnei — București

PIPERAZINE MIDY

GRANULEE
EFFERVESCENTE

PIPERAZINE
MIDY

LE PLUS SÛR
DISSOLVANT
DE
L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

2 a 4 Cuillerees a cafe
par jour

LABORATOIRES MIDY

4, Rue du Colonel
Moll
PARIS

Bi-borate
de soude

Citrate de
Lithine

Citrate de
Potasse

92%

40%

20%

8%

Solubilités comparées de l'acide urique

Agents généraux pour la Roumanie
J E BUCUR & Co 8 Str Mecet
BUCAREST IV

CRONICA

In „Noui priviri asupra alimentației la tuberculoși”, D-l Dr. I. Sărdărescu prezintă noile aspecte sub care trebuie să se prezinte tratamentul dietetic al tuberculosului.

Insuficiența alimentației, atât cantitativă cât și calitativă, privează organismul de mijloacele sale naturale de apărare și-l fac apt a cădea pradă acestei infecțiuni; proba s-a făcut cu suficiență în timpul războiului, când subalimentația populației a mărit procentualitatea letalității prin tuberculosă; precum și prin fapte de observație mai ales de ordin experimental s-a probat că lipsa de alimente proaspete (nefierte) și deci de vitamine prepară terenul pentru tuberculosă.

Concluzia care se impune imperios este aceea că un tuberculos trebuie nu atât să se supraalimenteze (ceea ce comportă riscuri grave pentru buna funcțiune a aparatului digestiv), cât mai ales să-l selecționeze alimentele, cari să-i procure și numărul necesar de calorii și mai ales substanțele acelea presupus dotate cu proprietăți vitale, vitaminele.

Autorul dupe ce arată și inconvenientele tratamentului de calcifiere, așa cum a fost instituit de Ferrier cu excluderea corpiilor grași, a portocalelor și lămâilor cari tocmai conțin vitamine, expune chestiunea fixației calciului în organism, care nu se poate asigura prin ingestia de adrenalină, ci numai prin untura de pește, care conține o vitamină D (ceea ce nu o pot face diversele substanțe propuse ca succedance ale unturii de pește), cași prin razele ultra-violete și în oare-care măsură prin iradația cu raze ultraviolete a unor substanțe în special conținând cholesterină și lipoizi.

Articolul, care suscită chestiuni de un atât de mare interes, se termină cu istoricul și detalierea aceluși tratament prin dietetică instituit de Gerson, pe care l-a prezentat în revista noastră, în No. 6—7 din Iunie—Iulie 1928, D-l Dr. Rosman.

Plecând dela o noțiune, nu destul de precisă totuși, că țesuturile tuberculoase sunt bogate în Na Cl și sărace în săruri alcalinoteroase, autorul a instituit un tratament, în care sarea este suprimată cu totul, și se dă bolnavului 3 lingurițe pe zi de minero-gen (un compus din 13 substanțe de săruri basice); desgustul provocat prin lipsa sărei este combătut printr'o întreagă serie de condimente (precum muștar, piper, ceapă, cuișoare, etc.); de asemenea din alimentație face parte carnea (deși puțină) întrucâtva crudă, laptele, untul, salade verzi, fructele și alte substanțe, cari pe lângă valoarea lor mare calorigenă asigură și aportul vitaminei necesare.

Schema regimului cu cele 7 mici mese și felul constituției lor dă puțință celor, cari vor citi acest articol, să aplice acest tratament, care pare a se impune prin bunele sale rezultate.

Iar aceste noi cunoștințe în ceea ce privește rolul capital al vitaminelor în alimentația unui tuberculos, impun cu adevărat „revizuirea bucătăriei noastre moderne”, care prin prea multă ferbere și coacere omoară cu adevărat principiile vii ale alimentelor.

D-nii D-ri Paulian și Dimolescu cu prezentarea a 2 observ. clinice, în cari este cercetată printr'o metodă riguroasă starea psihică a 2 paciente atinse de scleroză în plăci, aduc Noi contribuțiuni la studiul fondului mintal în scleroza în plăci, prin aceea că D-lor găesc întotdeauna alterat acest fond mintal la atari bolnavi, fie prin acțiunea însăși a virusului sclerozei în plăci, fie prin alterările secundare ale funcțiunilor organice de nutriție ale organismului; autorii opiniază că turburările acestea mintale îmbracă caracterul confuziei mintale sau un aspect pseudo-paralitic și că ele nu sunt decât expresia unui proces toxi-infecțios, care atinge întregul organism.

Asupra tratamentului reumatismelor cronice, D-l Conf. Dr. Băltăceanu face o expunere generală, în care diverselor forme aplică metodele terapeutice cele mai indicate atât de ordin medicamentos cât și de ordin balneoterapic.

Indicațiile balneoterapiei pentru sursele din țara românească, sunt făcute cu autoritatea celui care le-a experimentat acțiunea, și la fiecare pas indicațiile bibliografice arată întinsele cercetări personale făcute de către autor pe acest teren.

Deși aparatele radiologice, și printre cele mai perfecționate, abundă în țara românească, căci ele s-au întins și în orașele mici, nu numai în fiecare capitală de județ, totuși practica ortodiagrafiei lasă de dorit căci radiologii români scot peste tot aortele mai mari decât sunt în realitate; aortele românești, bine cunoscute la Paris, sunt printre cele mai mari aorte din Europa.

D-l Docent D-r. Lazeanu, radiolog eminent al școlii franceze, care a denunțat printre cei dintâi această apreciere greșită românească, face în articolul de față Studiul radiologic al arterei pulmonare și aduce numeroase cazuri personale de alterare primitivă sau secundară a acestui alt vas dela baza inimii, de apreciere mult mai grea decât aceea a aortei ascendente ale cărei dimensiuni reale pot fi prinse mai ușor în diferitele pozițiuni.

D-l Dr. H. Makelarie publică 2 observațiuni clinice, pe care le-a comunicat la Soc. de Chirurgie din Paris, de Psychoze survenite în urma unei operațiuni și cari cu toată lunga lor evoluție au sfârșit favorabil.

D-l Dr. Meller expune chestiunea Arsurilor prin diatermie și tratamentul lor și aduce 3 observațiuni personale, urmate de foarte instructive considerațiuni asupra cauzelor și mijloacelor de evitare a acestor diatermo-necrose.

Dr. M. Cănculescu.

ACIDOL-PEPSIN

PENTRU TRATAMENTUL STARILOR DISPEPTICE și ACHYLICE

No. 1 foarte acid

No. 2 slab acid

Ambalaj original: Tuburi cu 10 și cutii cu 50 pastile a 0.5 gr.

SALYRGAN

Combi-națiune mercurială complexă de Salici-
lallilamid-O acetat de sodiu în soluție de 10%

DIURETIC și ANTISIFILITIC

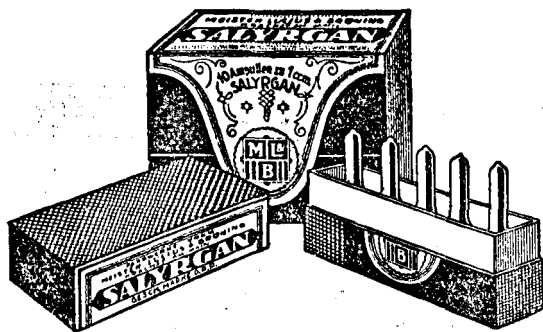
bine suportat și foarte activ, administrabil pe cale parenterală

Ambalaj original: Cutii cu 5 sau 10 Ampule de 1 și 2 c.m.c.

Specimene și literatură gratuit prin
reprezentanții generali pentru România:

„PHARMA“ — STUDERUS & Co.
BUCUREȘTI II. — Strada SPIRU HARET No. 5

TELEFON 349/30



I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secția farmaceutică - Biroul științific - „Bayer-Meister-Ludwig“
Leverkusen a. Rh.

Pentru terapia vârstei înaintate.

Calcium-Diuretin

Bine suportabil și fără gust alcalin. Completează prețioasă a acțiunii Theobrominei și acidului Salicylic prin compusul calcaros.

Jod-Calcium-Diuretin

Combinăție a Calcium-Diuretinului cu Jodură de Potasiu. Cu o acțiune deosebită în stări stenocardice și astmatice.

Rhodan-Calcium-Diuretin

În contra hipertensiunii. Ameliorare repede a simptomelor hipertentice subiective.

Cardiazol

Analepticul de actualitate. Complet solubil în apă. Acționând surprinzător de repede.

Digipuratum

Preparatul de Digitală perfect. Totalitatea glycosizilor Digitaliei motivează eficacitatea remediiului.

Bromural

Calmant și soporific încercat de decenii. Administrat în doze terapeutice, nu influențează tensiunea sanguină.

«**KNOLL**»

KNOLL A.-G., Făbriică chimice, Ludwigshafen/Rhin.

Reprezentanță Generală și Depozit: M. TATARSKY, BUCUREȘTI, B-dul Elisabeta, 39.

MIȘCAREA MEDICALĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ

NOUI PRIVIRI ASUPRA ALIMENTAȚIUNEI LA TUBERCULOȘI

de

Dr. I. SĂRDARESCU

Chestiunea alimentației la tuberculoși a făcut obiectul a diferite studii și în special Mouriquand dela Lyon, a contribuit foarte mult a defrișa un câmp, care încă nu atrăsese atențiunea științifică.

De altfel în congresul dela Strassburg din 1923, pare a se fi pus pentru prima oară chestiunea importanței *calitative* a alimentației, mai presus de cât cea *cantitativă* ori supraalimentațiunea pe care o recomandăm suferinzilor; erde y altfel această supraalimentațiune a pătruns în vulg.

Este interesant, în legătură cu această chestiune, a arăta câteva fapte de o importanță capitală, observate mai ales în timpul războiului.

Subalimentațiunea la care au fost expuse regiunile franceze năpădite de Germani, Rusia și statele centrale asaltate, au avut ca rezultat extensiunea tuberculozei. Să dăm câte-va cifre: Germania era în 1914, în plină scădere a curbei morbidității și mortalității tuberculozei. În Prusia era 26 la 10.000 în 1892; și 13 la 10.000 în 1913. Mortalitatea scăzuse la $\frac{1}{2}$ în țările renane (Parissot); la țară mortalitatea era mai mică ca la oraș și femeile erau mai puțin infectate de cât bărbații.

Survine războiul cu subalimentațiunea progresivă, curba mortalității tuberculozei se ridică și ea progresivă. Din 1914 până în 1918, numărul bolnavilor tuberculoși se dublează în orașe cu mai mult de 15.000 locuitori. La Mayentza ea trece dela 22 : 10.000 cât era în 1914, la 43 : 10.000 în 1918. Mortalitatea la Berlin, care era de 15,6 la 10.000, în anul 1913, trece de 29,2 în 1917. De asemenea în Austria numărul de morți trece dela 2725 în 1912, la 5018 în 1918. Mortalitatea se observă și în populația dela țară, dar ca și în timp de pace, este totdeauna mai mică ca la oraș; contrar de ceea ce am arătat mai sus, tuberculoza feminină a adus o mortalitate mai mare ca aceea înainte de război; la Gratz a fost 16% pentru bărbați și 47% pentru femei.

Subalimentațiunea nu este desigur cauza unică a extinderii tuberculozei. Pe lângă ea s'a mai adăugat dificultatea încălzitului pe timp de iarnă, îngheșuiala în casele de locuit, lipsa măsurilor de desinfecție, surmenajul fizic, imposibilitatea de a mai continua lupta antituberculoasă, etc., etc.; după avizul unanim al autorilor însă, cauza alimentară predomină pe toate celelalte. Probă că este așa, e, că: celelalte cauze persistând aproape toate, curba mortalității tuberculoase s'a ridicat odată ce rația alimentară s'a micșorat și din contră ea a diminuat când rația alimentară a crescut.

Interesul științific este de a ști, cum a lucrat această subalimentațiune!

Cercetările făcute cu atențiune au demonstrat, că: a) La o subalimentațiune extremă, vecină cu inaniția totală, nu se mărește mortalitatea tuberculozei; b) O subalimentațiune relativă n'are acțiune decât lent și progresiv; și c) Subalimentațiunea *calitativă* (prin carența sau lipsă de vitamine) este tot așa de important de luat în seamă ca și subalimentațiunea cantitativă (insuficiența de calorii). Rusia ne poate servi de exemplu: într'adevăr, o foame mare aduce mai de grabă și mai repede *moartea*, decât ar permite dezvoltarea tuberculozei. Faptul constatat este însă altul, că tuberculoza își mărește ravagiile sale când e o alimentațiune relativă, și care permite unui proces tuberculos timpul necesar evoluției sale (Modavikoff). O subalimentațiune nu creiază decât lent și progresiv terenul tuberculizabil (Kogon, Chemisse); după 2 ani de durată cu această subalimentațiune, s'a constatat că numărul de tuberculoși a crescut. De asemenea în clinică se observă întotdeauna, că nu indivizii prin inaniție (atingși ca să zicem așa de o inaniție acută, rapidă și de scurtă durată) — devin pradă tuberculozei, ci acei indivizi subalimentați cronic, care, fie datorit faptului mizeriei sau unui regim restrâns și continuat mult timp, fie de asemenea, la acei indivizi la care se observă alterându-se progresiv echilibrul lor nutritiv; aceasta ca și când organismul și-ar pierde imunitatea sa relativă contra tuberculozei.

Din cele arătate mai sus și din exemplele observate din timpul rășboiului, reese că subalimentația (ca factor favorizant al tuberculozei) trebuie văzută sub 2 aspecte: *calitativ* și *cantitativ*.

În Germania în orașele cu mai mult de 40.000 locuitori, numărul de calorii din alimentațiune, dela 2600 în 1914, scade la 1344 în 1916, și la 1100 în 1917. Nu încupe nici o îndoială că scăderea caloriiilor din alimentație, aduce un dezechilibru în mijloacele de apărare ale organismului, dar ea, este dublată în mod constant de o turburare calitativă importantă (lipsă de vitamine), mai ales caracterizată prin carență de albumine, de corpi grași și alimente proaspete (nefierte).

În tot timpul rășboiului și peste tot alimentația cu hidrocarbone a predominat, și se știe că o atare alimentațiune este incapabilă de a asigura multă vreme echilibrul nutritiv și deci de a asigura baze precise pentru imunitate. Lipsa (carența) din alimentațiune a vitaminelor A. și C. a fost fapt sigur, vitaminele A se gă-

sesc în grăsimi, vitaminele C se pot căpăta cu ingerarea legumelor și fructelor (orașele au fost lipsite); este fapt dovedit că cazurile de xeroftalmie și hemeralopie epidemică (avitaminoze A) au fost frecvente, ca și numeroasele cazuri de scorbut (avitaminoza C). De alt-fel, aceste avitaminoze au fost frecvente — epidemice — la trupele ca și în populația civilă din Moldova.

Asociația inaniției cu avitaminoză, cu alte cuvinte insuficiența de calorii asociată cu insuficiența calitativă (lipsă de vitamine), pare a fi factorul cel mai principal al tuberculozei nutritive profunde, care prepară terenul tuberculozei. Mouriquand, Roschaix, Michel, au fost cei dintâi, cari au căutat a realiza la animale această stare de carență, ce duce la dezechilibru organic, pentru a putea observa rolul său în dezvoltarea tuberculozei experimentale.

Avitaminoza C cronică (scorbutul), a dat cu cea mai mare înlesnire teren pentru studii, de oarece ea se dezvoltă lent și animalele pentru experiență pot trăi peste 300 zile. Leziunile anatomice pe aceste organisme, cercetate în același moment, nu sunt aproape de loc mai extinse la animalele cu regim prin carență (însuficiență calitativă) față de animalele martori supuse unui regim echilibrat; rezistența însă față de tuberculoză este mai mică la animalele prin carență decât la animalele martore cu regim complet; dezechilibru nutritiv se observă — la leziuni egale — mai repede pronunțat la cele dintâi, ca la cele din urmă și moartea survine mai de vreme la animalele cu regim prin carență. La animalele cu regim echilibrat se observă oare-care procese de apărare: proces fibros, tendința la calcificare, etc., fapt, ce niciodată nu a fost găsit la animalele supuse la regimul prin carență.

S'a căutat a se pătrunde mai profund în studiul terenului animalelor prin carență și a se stabili pe cât posibil caracterele biochimice. Primele rezultate întreprinse de Mouriquand comportă câte-va indicațiuni practice, în ceea ce privește importanța alimentului proaspăt în alimentațiunea tuberculoșilor. La un regim echilibrat s'a suprimat alimentul și se știe că la cobai se provoacă sindromul scorbutic clasic; în același timp se alterează destul de grav și rezerva sa alcalină, ca și metabolismul ferului și al cholesterinei. Rezerva alcalină scoboară progresiv ceea ce atrage consecințe nutritive grave fără a preciza în ce măsură, această acidoză favorizează bacilozei. Ciclul ferului este de asemenea turburat în carența alimentelor proaspete; aceasta provoacă o anemie și o scădere a ferului sanguin la $\frac{1}{2}$ din normal. Este de întrevăzut că această anemie de origină alimentară contribuie în mare măsură la un dezechilibru organic profund. De asemenea am arătat că suprimarea alimentelor proaspete atinge destul de grav și ciclul cholesterinei; acest lucru a fost constatat nu prin măsurarea cholesterinei în sânge ori ficat, rinichi sau splină, ci prin dozarea ei în capsulele supra-renale, unde se observă o scădere dela 7—8% la 2% și mai jos chiar.

Dacă ne asociem la autorii, care acordă un rol capital cholesterinei în lupta contra tuberculozei, nu se poate a nu fi isbiți de

inconvenientul suprimării alimentului proaspăt din rația alimentară. O lămurire: ce se înțelege prin alimente proaspete? Prin exemple ne edificăm mai bine: Carne conservată, fiartă chiar la temperatură ridicată, lapte condensat, lapte conservat nu pot fi numite alimente proaspete, ca și pește în conserve, etc. Carne proaspătă și mai puțin friptă (cu sânge), ouă moi, unt, fructe nefierțite; etc., sunt cu adevărat alimente proaspete.

În ceea ce privește vitamina A (factor liposolubil) se poate face următoarea observațiune: în regimul *Ferrier* se îndepărtează corpii grași din alimentațiune sub pretext că favorizează decalcificarea. Nici o probă precisă nu s'a adus acestei opinii, lucru sigur este însă că untul în deosebi aduce substanțe cele mai folositoare menținerii echilibrului organic; vitaminele liposolubile (factorul A) sunt foarte necesare contra infecției tuberculozei. Tot prin regimul *Ferrier* se condamnă portocalele și lămâia, tocmai acele alimente, care sunt un izvor din cel mai bogat de vitamine C, de care organismul nu se poate lipsi din fericire. Experiențele lui Ch. Richet au arătat că câinii hrăniți cu carne crudă sau suc de carne crudă, au rezistent mai bine și mai mult infecțiunii tuberculoase decât câinii hrăniți cu carne friptă sau fiartă. Această acțiune „*metatrofică*” pare datorită în parte cel puțin la prezența de anumite vitamine în carnea crudă, vitamine ce sunt distruse din carnea friptă sau sterilizată. Este locul a arăta în treacăt, că vitaminele în general sunt distruse la temperaturi joase: la 45°, 50° până la 56°, se poate ușor deduce, ce vitamine poate să se mai găsească în carnea fiartă, friptă sau sterilizată. O revizuire a bucătăriei noastre moderne se impune ca o măsură capitală!

* * *

O altă problemă, care merită a fi arătată în acest loc, este chestiunea fixațiunii *calciului*.

Prezența calciului în doze suficiente trece ca un protector al organismului contra procesului tuberculos. Faptele clinice dovedesc acelor ce presciu calciu fie per os ori în injecțiuni, că oricât de mari doze de calciu s'ar introduce în organism, nu are absolut nici o utilizare dacă odată cu ele nu s'a introdus și „agentul” capabil de al fixa. Aceasta s'a dedus din un studiu similar rezultat din cercetările experimentale asupra rachitismului șoarecilor. S'a văzut că șoarecii tineri ținuți la întuneric și supuși la un regim special, în care lipsește fosforul (regimul 85 Jappenheimer), cad pradă rachitismului, vecin rachitismului uman; se caracterizează prin absența de precipități calcice la nivelul regiunilor diafizo-epifizare, prin nodurile costale, etc.; aceste leziuni se pot urmări la radiografie ori radioscopie, prin histologie și prin cercetări chimice așa cum le-a urmărit Mouriquand și A. Leulier. Din experiențele întreprinse de acești autori asupra rachitismului experimental prin diferiți „agenți” fixatori se poate arăta că nici adrenalina, nici pulberea de capsule suprarenale, nici extrasele tiroidiene ori paratiroidiene, nu fixează calciu; ceva mai mult, rezultatele lui Mouriquand sunt în contradicere cu a

multor autori germani și americani, în faptul rolului fixator al adrenalinei care după dânsul e nul, fie că această adrenalină s'a introdus în organism prin ingestie, ori prin injecție, fie chiar și prin ingestie + injecție.

Amintesc în treacăt rolul adrenalinei în fixațiunea calciului la tuberculoși, chestiune arătată de mult de *Sergent*, asupra cărei păreri nu-s puse la punct în mod precis.

Până în prezent nu s'a găsit decât 2 agenți fixatori siguri: *Untura de pește și razele ultra violete.*

Unturei de pește i se atribue o vitamină D, ce are rol anti-scorbutic. S'a evitat a se întrebuița, mai ales la copii, această untură de pește, prin faptul că produce turburări digestive, când e luată în doze mari. Mouriquand a arătat că și dozele *mici* au absolut aceeași acțiune ca și dozele mari în ceea ce privește fixațiunea calciului. Dar un fapt de o importanță capitală pentru medic, sunt rezultatele lui Mouriquand încercate cu așa-zisele succedanee ale unturei de pește; nici una; dar absolut nici una, nu s'a putut dovedi a fi în stare de a fixa calciu!

În ceea ce privește acțiunea razelor *ultra-violete*, se cunoaște în mod precis dela cercetările lui Hulscheisskerr, acțiunea lor puternică în fixațiunea calciului, atât în rachișmul copiilor, cât și în rachișmul experimental asupra șoarecilor. Toată lumea medicală e de părere și în toate țările, chiar în cele dincolo de ocean, cu privire la aplicațiunea razelor *ultra-violete*, pentru fixațiunea calciului în tuberculoza pulmonară, pentru un moment se impune încă rezerve, căci se mai cer studii precise și profunde pentru a putea avea rezultatele dorite. Este locul a arăta tot în acest capitol că cercetările de curând ale lui Steenbeck, au dus la concluziunea că anumite substanțe grase, în special cholesterina, lipoizii, etc., ar putea prin iradiațiune să capete putere de a fixa calciu.

Nobécourt explică cum razele *ultra-violete* lucrează asupra unei provitamine ce se găsește normal în piele și acționează în același timp și asupra cholesterolului foarte abundant în celulele cutanate. Copilul în special, în un regim convenabil îngerează în mod normal provitamina D, care ca să și producă efectul său, trebuie să fie activată de influența razelor *ultra-violete*; într'adevăr aceștia sunt factorii care modifică lipoizii purtători ai provitaminei D, cari sunt rachișgeni.

* * *

Cum este vorba de importanța alimentațiunei la tuberculoși, cred că este absolut necesar a releva o încercare germană cu un tratament dietetic în tuberculoza pulmonară, este vorba de *Regimul Gerson*. Vâlva acestui regim a fost aruncată în întreaga lume, chiar și prin jurnalele cotidiene, de către o firmă farmaceutică, cu un scop material și în general pentru sanatoriile din Germania ca o reclamă.

Anul trecut în 3 Iulie, un distins chirurg din Munich, a prezentat societății de medicină din Berlin, un raport asupra curei dietetice a tuberculozei pulmonare prin ajutorul curei Gerson.

Care e principiul curei Gerson, atât de mult lăudat de Sauerbruch (chirurgul) și elevul său Herrmannsdorfer? Metoda aceasta a lui Gerson e născută din întâmplare și empirism. Max Gerson este un simplu practician de origină germană din Bielefeld din Westphalia. Pe timpul când era student, Gerson, suferea de migrenă; sub influența profesorilor săi Fraenkel, Kroenig și Magnus, spiritul său s'a orientat către importanța clorurei în patologie. Cum el avea retenții de cloruri din când în când, s'a supus unui regim declorat și migrenele au dispărut. A făcut o legătură și între populațiile din regiunile nordice, care nu cunosc întrebuințarea sărei de bucătărie și lipsa de multe boale de ale noastre printre ei. Plecând dela noțiunea deja de mult cercetată la Viena (1854) și după care țesăturile canceroase și tuberculoase, sunt bogate în Na Cl, și sărace în săruri alcalino-feroase, în fosfați, sulfați, în silicați, Gerson a instituit la canceroși și la tuberculoși, ca și în câteva afecțiuni nervoase, o cură apropiată dieteticei minerale: suprimarea sărei de bucătărie și a alimentelor sărate; și din contră ingerarea sărurilor care se găsesc foarte puțin în țesăturile canceroase și tuberculoase. Acest ultim grup de săruri, etichetat sub numele de — „*mineralogen*” — după indicațiile lui Gerson conținea 4 grupe de săruri înainte de războiu. Astăzi el conține 13. Formula sa exactă n'a fost publicată; noi nu o cunoaștem decât după analiza făcută de Herrmannsdorfer, Jung și Stein. Se cunosc 11 constituanți mai principale: lactat de calciu, sulfat și bisulfat de sodiu, bromur de sodiu, silicat de sodiu, sulfat de magneziu, lactat de stronțiu, alun de potasiu, fosfat de calciu, subnitrat de bismut și un excipient albuminos. Reacțiunea sa este ușor acidă.

În principiu această cură dietetică în tuberculoză pulmonară constă în suprimarea sărei de bucătărie și a alimentelor sărate din alimentațiune. Nu trebuie nici un atom de sare în alimente, oțetul cărnurile afumate, mezelurile, jambonul, slămina, condimente, conservele de orice fel, pâine prăjită, sunt complet oprite. Alte alimente sunt permise, dar în cantități limitate: carnea proaspătă și mai crudă (500 grame pe săptămână, ori 100 gr. pe zi, timp de 5 zile pe săptămână), viscere, pește proaspăt, bere, vin roșiu sau de Malaga, cafea și puțină cacao. Alimentele permise sunt: lapte (1—1½ pe zi), cremă, kefir, brânzeturi proaspete și nesărate, unt proaspăt și nesărat, fructe de tot felul, compot sau crude, de preferat crude, salade verzi, pâine fără sare, făinoase și paste de orice fel, ouă, orez, zahăr, miere, oleu de măsline; în general se vede o întreagă listă în care se păstrează nealterată calitatea alimentelor, cu alte cuvinte în care nu-s distruse vitaminele, de care am vorbit mai sus.

Reducerea cantității de sare este așa de mare, că eliminările urinare în cloruri nu trec de 2 gr. 7 în 24 ore. Pentru a permite o alimentațiune suficientă și fără desgust, s'a recurs la un fel de condimente. Iată lista, recomandată de Herrmannsdorfer, în cece privește aceste condimente permise: piper, mărar, pătrunjel, castraveți, ceapă, foi de dafin, lămâie, celeris, usturoi, ridichii, vanilie, anis, cuișoare, stafide, nuci, etc., etc. Kratz a întrebuințat o specia-

litate germană, o „amino-sare”, care imită gustul sărei de bucătărie.

Terapeutică medicamentoasă se reduce la trei linguri de supă pe zi de untură de pește fosforată și trei lingurițe pe zi de mineralogen, topit în apă și amestecat cu lingură de lemn.

După cum se vede, acest regim e o asociație de anumite principii, bazate pe cercetări experimentale și care sunt clasice: 1) alimente suficient *boga'e în calorii*, dar cu o rațiune moderată de proteine și o predominanță a substanțelor grase față de hidrații de carbon (Thomas, Hornemann și Weigert, Longstein, Wacker, Beck); 2) *Abundența de vitamine* (alimente crude, untura de pește) după cum au arătat Leichtenstritt, Bieling, Heymann și Scriff; 3) Atâtea variante, pe cât posibil, în fiecare meniu.

Sauerbruch, văzând cum 2 indivizi infectați s'au vindecat punându-se la dietă, el a rugat pe elevul său Hermannsdorfer să studieze influența regimurilor alimentare asupra mersului plăgilor. El a ajuns în 1924 la concluziunea că un regim, în care *acizii* predomină *bazele*, accelerează formațiunea de țesut granulos și înlesnește cicatrizațiunea, determinând o acidoză compensată, pe când cu totul invers se petrec lucrurile cu un regim alcalinisant. El a presupus, că acțiunea terapeutică a acidozei era datorită schimbărilor proporționale a diferitelor săruri din umorile organismului. Sauerbruch a trimis în Westphalie pe Profesorul Schmidt și pe Hermannsdorfer, pentru a studia practica lui Gerson și a rezultatelor sale. Raportul acestora a fost favorabil în încercările față de tuberculoza cutanată și tuberculoza chirurgicală, au început în clinica chirurgicală a lui Sauerbruch. Chiar Gerson a colaborat cu ceilalți asupra tuturilor felurilor de tuberculoză, în cele din urmă și în tuberculoza pulmonară.

Alimentele se repartizează în 7 mici prânzuri după următorul meniu:

a) La ora 7: supă grasă cu $\frac{1}{3}$ litru lapte, orez, maizena, tapiocă sau griș; jumătate din un ou, o lingură de unt, zahăr, lămâie, vanilie; în plus o lingură mare de untură de pește fosforată.

b) La ora 9: Cafea cu mult lapte, pâine și unt, marmeladă ori miere; apoi o linguriță de „mineralogen”.

c) La ora 10: fructe crude sau compot.

d) La ora 12: o supă, un fel de carne, pește, ouă sau paste; un fruct, o linguriță de „mineralogen”.

e) La ora 16: cafea sau cacao cu mult lapte, prăjituri, unt, marmeladă sau miere.

f) La ora 18 $\frac{1}{2}$ cina: un fel de carne, pește sau ouă, brânză și un fruct; 5 lingurițe de mineralogen.

g) La ora 20: o supă groasă ca și dimineața, o lingură de untură de pește fosforată.

Acest regim este așa calculat că furnizează unui individ de 60 kgr., 90 gr. albumină, 160 gr. grăsime, 220 gr. hidrați de carbon, sau 1,5-2,7-3,7 respectiv fiecareia pentru un kilogram. Valoarea energetică este între 2700—3000 calorii, sau 40—50 calorii pentru

un kilogram, ceea ce ar veni cam 120 lei ca valoare (2.80 mărci sau 17 franci francezi).

Când alimentele sunt bine preparate de cineva specializat, când bolnavul își ia curajul să înceapă cura cu încredere și cu voință, fără să se descurajeze și să cedeze desgustului acestui regim fără sare, obișnuința devine o a două natură în cel mult 15 zile, și apoi cura poate fi continuată luni de zile: Se recomandă cel puțin 3 luni de tratament. Rezultatele obținute, sunt cu adevărat încurajatoare, deși încă par neprecise. Regimul a dat foarte frumoase rezultate în tuberculoza cutanată (lupus), în tuberculoza chirurgicală, mai slabe rezultate în tuberculoza pulmonară; tuberculoza intestinală nu îngăduie aplicațiunea acestui regim.

Regimul pe care l'am expus nu este fără îndoială, un regim simplu de supra alimentațiune; valoarea sa alimentară în calorii este mult inferioară rației alimentare din multe sanatorii germane. De altfel se știe că un regim prea bogat, unui tuberculos îi face mai mult rău decât bine.

Bogăția în vitamine este una din calitățile acestui regim, fapt ce are mare importanță pentru noi în studiu ce am întreprins cu privire la „mineralogen” până azi cercetările biologice nu au putut să confirme acțiunea sa asupra reacțiunilor sau asupra echilibrului mineral din sânge și din umori.

Cercetarea lui pH și a amoniacului urinar nu pun în evidență nici-o modificare mai de seamă. Jesionek crede că e inutil introducerea acestui „mineralogen” în alimentațiune.

Rămâne a discuta puțin ce se crede despre acest regim fără sare de bucătărie (regim complet declorurat)?

Se înțelege că micșorarea clorurului de sodiu determină deschiderea țesuturilor, modificarea echilibrului ionic, a sângelui și a umorilor. Modul cum ar lucra asupra evoluțiunilor tuberculoase s'ar putea explica și în următorul mod: Schol (Praga), Chlumsky (Cracovia), Lagny (Bratislava), au tratat tuberculoșii lor cu un regim cu Na Cl micșorat, dar în același timp au scăzut și cantitatea de lichide (nu depășea de 400—500 cm.) și în plus au suprimat și laptele, considerat ca suspect, dat fiind frecvența tuberculoasă a bovideelor din Europa centrală. Acești autori pretind că prin un asemenea regim se obține o disecațiune a leziunilor, o concentrațiune a sărurilor de calciu, o micșorare în secrețiunile fistuloase, diminuare în expectorațiune.

Faptul, că în tuberculoză evolutivă se găsește o hipocloremie, care s'a interpretat ca un mijloc de apărare a organismului și pe care cura lui Gerson îl ajută — s'a invocat cu totul contrar un regim hiperclorurat, cum l'a indicat Amédée Latour, interpretând bine înțeles hipocloremia, ca o slăbiciune a organismului. Orice s'ar zice, autorii francezi, nu primesc cu entuziasm, această cură. Totuși Sabrazès din Bordeaux, care se interesează de această chestiune, conchide, că această cură trebuie urmată mai ales în cura lupusului tuberculos.

Am expus acest studiu referitor la însemnătatea alimentațiunii la tuberculoși, pentru a vedea că această chestiune nu pare simplă și nici lipsită de importanță științifică.

Infecțiunii tuberculoase îi trebuie un teren. Acest teren este pregătit prin alterațiuni profunde ale organismului, rezultat, desigur, din turburările metabolice prin o alimentațiune defectuoasă. Multe vor fi cauzele în această chestiune, dar insuficiența *calorică* și mai presus de toate insuficiența *calitativă* din alimentațiune, s'a putut dovedi sigur, ca printre cele mai importante cauze ce pregătesc terenul tuberculozei și care concură la evoluția ei. Aceste insuficiențe își afirmă și mai mult dezvoltarea lor, când sunt grefate pe un teren, unde infecțiunile și toxemiile de tot felul au produs turburări în mori sau alterațiuni în țesăturile diferitelor organe. Că lucrurile stau astfel, este faptul că tuberculoza face ravagii atât în populația dela sate, cât și în cea dela orașe, chiar și în familiile bogate. Nu se poate vorbi de insuficiența cantității la cei bogați, unde alimentațiunea e prea bogată în calorii, dar destul de săracă în elementele calitative (vitamine); se poate spune însă că populațiunea dela țară, care mănâncă vegetale și fructe crude mai ales, au în alimentațiunea lor elementul calitativ predominant, insuficiența cantitativă, traducându-se prin lipsa de substanțe azotoase și grase. Ori-cât s'ar alimenta cantitativ un orășean sau bogătaş, cu alimente bogate în tot felul de substanțe, dar distruse prin bucătăria noastră modernă — consecința unor tradiții și principii de igienă — aceste alimente sunt substanțe inerte, moarte. Alimentațiunea populațiunii dela țară, din contră, ori-cât de săracă ar fi în substanțe calorice — trebuie să recunoaștem că alimentele lor au principii vii, biologice, necesare organismelor în viață.

Nu trebuie a perde din vedere lipsa de oxigen la cei dela oraș, ca și privațiunea de lumină solară, care să știe că contribuie în mare măsură la menținerea echilibrului organic. Am arătat mai sus importanța capitală a razelor ultra-violete după cum știu iarăși binefacerile acestor izvoare de sănătate pe malul mării!

Regimul Gerson are la baza sa acest suport științific: importanța *calitativă* și *cantitativă*, adică păstrarea tuturilor soiurilor de vitamine și minimul necesar al trebuințelor calorice în orice alimentațiune.

Trebuie să recunoaștem, că în curând medicina va revoluționa o stare de lucruri, și nu departe va fi ziua, când toată omenirea își va da seama, că nu trebuie să ne îndepărtăm de legile ce natura a creat pentru existența noastră!

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL FONDULUI MINTAL IN SCLEROZA IN PLĂCI.

Dr. DEM. PAULIAN

Medic-Primar

Conferențiar la Universitate

de

Dr. ALFRED DIMOLESCU

Asistent Universitar

Chestiunea turburărilor mintale în scleroza în plăci a fost multă vreme obiectul unei aprigi controverse. Rând pe rând, ele au fost reduse la câteva simptome neînsemnate și fortuite, sau ridicate la rangul de turburări cu caracter patognomic. Se pare că prima descriere mai amplă a sclerozei în plăci, a făcut-o Cruvelhier în atlasul său de anatomie patologică, publicat între anii 1835—1842, El menține fără însă să precizeze, turburări mintale, la două paciente.

Valentiner, Charcot și Vulpian subliniază și ei prezența acestor turburări, dar nu în toate cazurile. Pierre Marie, crede însă că ele pot să lipsească complectamente, iar atunci când există sunt puțin pronunțate: ușoară slăbire intelectuală, indiferență sau melancolie.

În general o bună parte din autorii germani susțineau că scleroza în plăci prezintă în mod curent turburări psihice. Dintre aceștia cităm pe Erb, Rosenthal (1870), Leyden (1876), Eichorst (1896), Seeligmüller (1887), Meynert (1890) și englezul Gowers (1892).

O altă serie de autori, erau adepți părerii contrare. Astfel Spiegel (1891), studiind 34 de cazuri, conchide că 50% din bolnavi, sunt psihicește normali. Mendel (1895) și Ziehen (1902) din contră afirmă că 60% din aceștia, prezintă diverse grade de psihopatii.

Philippe și Cestan restrâng mai mult vederile lui Spiegel. Ei spun că 50% de bolnavi studiați, majoritatea prezentau un psihic nealterat. Müller (1904) găsește în 25% de cazuri o slabă diminuare globală a facultăților mintale. Berger, studiind 206 cazuri obține următoarele rezultate: 10% răs și plâns spontan, 12% ușoară demență, în câteva cazuri agitații și stări depre-

sive ușoare, iar restul, mai mult de 70% normali. Cassirer (1905), este și mai categoric, afirmând că psihopatii mai importante nu apar decât excepțional în scleroză în plăci. Seiffer întrebunțând teste riguroase pentru examenul psihic, nu găsește din 10 pacienți decât un singur sănătos din punct de vedere mintal, restul prezentând turburări de atenție, memorie și afectivitate cu predominanța deficitului intelectual.

Raecke studiază turburările mintale în raport cu evoluția boalei, făcând o lucrare deosebit de interesantă, care arată apariția și dezvoltarea acestor turburări în decursul evoluției sclerozei.

Studiul e făcut pe 37 pacienți.

În 1914, Duge, pe 10 bolnavi, verifică și confirmă concluziile lui Seiffer. La congresul din New-York din 1921, Sachs și Friedman conchid că din 141 de observațiuni de scleroză, numai 15,6% prezentau turburări mintale apreciabile.

Sanger Brown și Davis, ridică procentul acestor psihopatii, la 90%. Ei încearcă să facă o clasificare, arătând că turburările dificitare de memorie, de judecată, sau umoare, trebuie despărțite de stările accidentale episodice (stări paranoide, depresive, halucinatorii). Marquezy în teza sa inspirată de Prof. Guillaîn, insistă mai mult asupra turburărilor emotive. Din 43 observațiuni (în 17 psihicul nu e menționat) găsește 9 normale, 5 cu răs spasmodic, 4 cu răs și plâns, 5 cu euforie și 5 cu euforie și puerilitate. În 2 cazuri emotivitate anormală.

Prof. Guillaîn în raportul său asupra sclerozei în plăci în 1924, consideră în general turburările mintale în această afecțiune, pe planul al doilea. Prof. Claude e și mai categoric, arătând că nu e vorba decât de turburări humorale și de caracter, iar în ceiace privește psihozele sau alte simptome mai importante, acestea țin de pseudo-scleroza lui Westphal sau de scleroză difuză.

De curând Cotrell și Wilson, contrar tuturor opiniilor emise până acum, cred că alterațiunile afectivității sunt constante în scleroza în plăci și că deficitale mintale, contrar părerei lui Seiffer și Duge, sunt rare. Mai mult, ei declară că nici un simptom neurologic nu este atât de constant, ca turburările din sfera afectivă.

În fine anul trecut, Ombredane consacră teza sa, un respectabil volum, aceluiaș subiect. El distinge o stare mintală „comună poli-sclerotică” caracterizată prin turburări de afectivitate și intelectuale, o formă dementială, asemănătoare demenței paralitice și sindroame psihozice multiple; anxioase, depresive, maniacale,

delirante și halucinatorii. În general autorul, conchide că scleroza în plăci prezintă în 94% un psihic alterat. El studiază 60 de cazuri.

Lucrarea lui Ombredane e superioară altor teze cu acelaș subiect, prin fineța testelor întrebunțate și prin atenția cu care a făcut examenul mintal.

Pentru orientare dăm și numele acestor autori. În Franța: Geay, (These de Lyon 1904) Bordes, (Toulouse 1908) Fabre, (Toulouse 1910) și Aubert (Montpellier 1911).

În Germania: Spiegel, (Berlin 1891) Gang, (Vena 1897) Petroff, (Berlin 1901) Raisky, (Konigsberg 1913) și Nagel, (Erlangen 1915).

În ceiace ne privește, suntem încredințați că divergența uneori totală dintre autori, este datorită faptului că metoda de cercetare a stărei mintale a pacienților nu era aceeași. Pe când priveau numai aspectul psihic global al pacienților și se mărgineau să constate simptome de psihopatii declarate, când aceștia existau, alții analizau prin teste riguroase, cele mai mici modificări ideative, afective sau voliționale.

Așa se explică cum Ombredane, a ajuns la un procent așa de ridicat. Lăsând la o parte turburările mintale, cari prin intensitatea lor trec de primul plan în simptomatologia sclerozei în plăci — și aceasta se întâmplă mai rar — găsim în orice moment în această afecțiune turburări mintale de ordin deficitar, mai mult sau mai puțin intense, după cum și boala este mai veche sau mai recentă. Evoluția are și ea un rol destul de important.

Prezentăm mai jos două observațiuni de scleroză în plăci, la cari cu tot aspectul normal al psihicului, un examen amănunțit relevă astfel de deficite.

Observațiunea I.

D-na I. H. 47 ani, este internată la 22 Noembrie 1928 în serviciul neurologic din spit. Central pentru turburări în mers, tremur al capului și membrilor superioare și jenă în vorbire.

Nu se semnalează nimic important în antecedente.

Debut în Octombrie 1927, cu dureri de cap, amețeli, senzație de molițiune al membrilor. Pacienta spune că are impresia că „membrele sale i s'au muiat“. Mersul se face greu, stațiunea în picioare deasemenea, din cauza senzației de cădere. După câțva timp nu a mai putut merge, dar se putea servi de mâini. — Este internată la spitalul Filantropia și Sanatoriul Diaconese, unde i se fac diferite tratamente dar fără succes.

În Februarie 1928, are o stare febrilă cu vărsături și o furunculoză în

regiunea posterioară a toracelui, (Zona Zostelor ?) care se amendează în scurtă vreme. Boala sa însă continuă să progreseze. Durerile de cap și amețelile se accentuează, încep tremurături și la membrele superioare, vorbirea devine mai dificilă și vocea mai ștearsă.

Din Mai 1928 simptomele devin staționare. Consultând diferiți medici la Viena, nu obține nici o ameliorare.

Examenul neurologic: Pupilele egale cu contur regulat, reacționează bine la lumină și distanță. Nistagmus bilateral. Mișcări ritmice ale capului ce se accentuează în timpul vorbirii. — Conracțiuni mioclonice în mușchii feței. Pareza facială dreaptă. Tremurături ale limbii. Lueta deviată spre drept. Vocea sacadată, monotonă, nazonală, explosivă, uneori șoptită și neînțeleasă.

Mișcările active mult reduse și încetinite. În timpul mișcărilor membrilor superioare se remarcă un tremur cu caracter intențional. — Dismetrie și adiadococinezie marcată.

Forța dinamometrică: Dr. 65, stg. 25. Mișcările pasive libere, nu are contracturi nici redoare, prezintă un grad oarecare de hipotonie. Uneori mișcări ale falangelor cu aspect coreiform.

La membrele inferioare mișcările active deasemenea reduse. Ataxie bilaterală și tremurături intenționale. Mersul imposibil. Șederea în picioare idem. Ușoară redoare la nivelul articulațiilor genunchilor, la efectuarea mișcărilor pasive. Clonus al piciorului drept. Refl. osteo-tendinoase exagerate la membrele inferioare și vii la cele superioare.

Reflexele cutanate se produc. Babinsky bilateral. Turburările de sensibilitate nu are.

Simțul atitudinii păstrat. Simțul stereognostic alterat. — Turburări vasomotorii (transpirație abundentă). Nu prezintă turburări atroifice, nici sfincteriene.

Analiza lichidului cefalo-rachidian este negativă pentru toate reacțiunile. Lîmfocite 1 pe mmc. — Reacția Wasserman în sânge negativă. Tensiunea arterială MX 16 Mn. 10.

Examenul psihic: Pacienta este atentă la ceia ce se petrece în jurul său, nu se observă nici o turburare manifestă, la prima vedere.

La examenul detaliat ale facultăților mintale constatăm:

Percepțiile intacte, nu are false recunoașteri, nici halucinații. Ideiația: viteza ideilor e normală, pacienta răspunde la întrebări în mod curent și poate lega o conversație. Cuvintele sunt rare, despărțite între ele, silabele cuvintelor deasemenea sunt separate. Conținutul ideativ nu pare alterat. Nu are nici o idee delirantă. Asociația ideilor se efectuează în mod normal.

Judecata și raționamentul se face cu oarecare greutate. Nu poate prezenta raportul dintre un imperiu și o republică deși are o cultură aleasă. Cunoaște bine Franța, Austria și Germania. Știe gradele de rudenie între ele. Proba cuvintelor opuse (amar-sărat, tare-moale) se face bine. — Cuvintele opuse cu semnificație mai abstractă, nu sunt bine precizate (cuminte-prost?).

Proba frazelor trunchiate se face foarte greu. Nu poate lega într-o pozițiune noțiuni simple ca; vagon-tren, tablou-perete.

Atenția spontană este normală, răspunde imediat la lucruri curente. Atenția provocată de asemenea normală.

Memoria retrogradă prezintă un grad destul de accentuat de amnezie. Se conduce în linii mari, ca să povestească ce-a făcut în ultimii ani, dar îi lip-

șapte datele evenimentelor importante. Nu mai știe anul când s'a măritat, nici când a început războiul mondial. Impinge cu un an în urmă, data internării sale în spital. Memoria noțiunilor învățate este și ea redusă. Nu mai știe ce e un an bisext. Spune cu convingere că luna Februarie are întotdeauna 28 de zile. — Când îi amintim că la 4 ani are 29 de zile, recunoaște că a știut dar spune că a uitat. Memoria de fixare este alterată. Proba seriilor de cifre, precum și proba numelor proprii e aproape imposibilă. Nu reține un nume obicinuit, repetate de 4—5 ori, după câteva minute.

Calculul adunărilor se face bine. Scăderile greșit. Dacă din 10 lei chel-țuește 3 lei și 75 cât mai rămâne? R. 5 și 25 lei (?).

Înmulțirea și împărțirea sunt deasemenea greșite: $5 \times 9 = 45$. $9 \times 11 = 90$... $100 : 4 =$ nu știe, rade, $9 : 3 =$ nu știe.

Equația personală este promptă.

Orientarea în timp. Cunoaște anul, luna, ziua și data.

Orientarea în spațiu e normală, știe județele cu capitalele lor, știe unde sunt așezate diferite orașe mari, precum și drumul până la ele.

Afectivitate: Se gândește la copiii ei și plânge. Prezintă uneori un răs spasmodic, neadequat situațiilor. Când nu știe să socotească rade, deaseme-nea rade cu multă poftă când aude pronunțându-se cuvintele; ceapă, usturoi.

Se poate însă opri să nu rădă când voește. Numai la început nu-și poate stăpâni primele impulsii de răs.

Umoara este variabilă, dar pacienta e predispusă mai cu ușurință la răs decât la plâns.

Emotivitatea este perturbată. Prin anumite discuțiuni putem face ușor pe pacientă să rădă sau să plângă.

Activitatea nulă. Nu dorește să lucreze. Spune că se simte obosită, deși nu se dă nici odată jos din pat.

Voința. Când are nemulțumiri, cu cei din jurul său, sau când are febră, sau tușește prea mult, se supără, țipă, încearcă să lovească cu pumnul și aruncă lucrurile pe jos. În geral reacțiuni violente, fără impulsii.

Simțurile etic și estetic păstrate. Nu are gatism.

Critica despre sine și despre alții, ușor diminuată.

Are însă conștiința boalei sale și dorește să se vindece.

Observațiunea II.

D-na A. P. 42 ani, este internată la 9 Martie 1930, în serv. Neurologic din spit. Central, pentru turburări în mers și jenă funcțională a membrului superior stg. Nimic important în antecedente.

Debut în 1927 cu dureri și lipsă de putere în membrul inferior stg. În urmă mersul a devenit dificil din cauza lipsei de siguranță.

La începutul anului 1929, a început să resimtă dureri și să apară tremurături și în membrul superior stâng. Executa mișcările cu greutate, nu putea ține nici un obiect în mâna stg. căci le scăpa jos.

În ultimul timp aceste simptome s'au agravat, pacienta neputând să mai meargă să se mai servească de mâna stângă. La începutul anului 1930, se decide să se interneze spre a urma un tratament.

Examenul neurologic:

Motilitatea oculară; pareză dreptului intern stg. (escursia globului ocular stâng înăuntru se face incomplet), Nistagmus lateral inconstant, la ambii globi. Pupilele miotice, cea dreaptă ușor ovalară. Reflexul la lumină încetinit bilateral, acomodajia la distanță se produce în mod normal.

Examenul oftalmoscopic arată: pupilele decolorate, cu margini neregulate, ambele simptome mai accentuate la stânga, fără atrofia papilei. Câmpul vizual pentru alb și culori, e în limita normală.

Asimetrie facială, șanțul nazo-labial drept mai șters. Ptozis al pleoapei stângi. Omisura bucală deviată la stânga. — Poate fluera și încreși fruntea, nu prezintă tremurături; lueta normală, ambele nedeviate.

Azul diminuat. Nu distinge bătăile ceasului decât lipindu-l de pavilionul urechei.

Mișcărilor active, încetinite și de mică amplitudine la membrul stâng superior. Nu poate executa mișcări mai fine: închiderea unui nasture, luarea unui ac după masă etc. Dismetrie accentuată la stânga. Adiadococinezie. Forța dinamometrică: Dr. 40 stg. 20. Tremurături nu are.

Cu membrul inferior stâng nu poate efectua nici o mișcare. Mișcărilor pasive la membrele superioare și inferioare se efectuează, în gradul lor normal de amplitudine. Nu există nici redoare, nici contractură. Hipotonie marcată de partea stângă.

Mersul și stațiunea bipedă sunt imposibile.

Reflexele osteo-tendinoase exagerate la stânga.

Clonus al rotulei și piciorului de partea stângă.

Reflexele cutante absente bilateral.

Simțul atitudinii și stereognostic alterate la stânga.

Sensibilitatea termică și dureroasă conservate. Hipoestezia tactilă a membrului inferior stâng până la nivelul arcadei inguinale.

Sensibilitatea vibratorie abolită până la nivelul vertebrei IX L.

Nu are turburări sfincteriene.

Analiza sângelui lichidului cefalo-rachidian nu prezintă nici o reacțiune pozitivă.

Examenul psihic: Pacienta este în curent cu tot ceia ce se petrece în jurul său și ia parte la atitudinea mediului înconjurător. La examenul detaliat al facultăților mintale constatăm următoarele simptome:

Percepțiile intacte. Nu are iluzorii, false recunoașteri sau halucinațiuni de nici un fel.

Ideația. Viteza ideilor este normală. Asociația ideilor se face în mod obișnuit. Pacienta poate susține o conversație în mod curent, fără să se observe nici o deviere. Conținutul ideativ, nu prezintă nici o alterare calitativă, nici idei false, nici delirante.

Judecata și raționamentul sunt bune; X se însoară cu Y. Ce rudă e copilul lor cu fratele lui X. R: Este nepot. Dar cu copilul fratelui lui X. R; sunt veri. Nu poate preciza bine diferența între un imperiu și o republică, dar încearcă sa stabilească o diferență după părerea ei propriei, bazându-se pe ideea de libertate. Cunoaște limba franceză și română. Are 6 clase de liceu. Proba cuvintelor opuse și a frazelor trunchiate se efectuează cu precizie. Coș-fum, pom-frunză = Fumul ese pe coș, frunza este în pom, etc.

Atenția spontană este normală. Atenția provocată nu o putem lua cu precizie, căci bolnavul nu aude bine. Se pare că este însă normală. Când nu răspunde nu aude bine, căci repetându-i întrebarea mai tare, răspunde corect.

Memoria retrogradă. Ține minte luna internării, precum și anul când s'a măritat. Nu-și amintește anul când a început războiul, nici data morții Regelui Ferdinand. În general spune bine din punct de vedere cronologic, evenimentele politice din țară, dar nu poate preciza data. Memoria noțiunilor învățate pare alterată. Nu știe că luna Februarie are numai 28 de zile, credea că are 30, dar când îi spunem își reamintește. Nu poate preciza noțiunea de an bisect. Nu știe în ce lună este Sft. Dumitru și Sft. Gheorghe. Memoria de fixare este bună. Proba cifrelor asociate și a numelor proprii se face foarte bine.

Calculul admirabil; $5 \times 9 = 45$. $9 \times 11 = 99$. $10 - 2,75 = 7,25$.

$100 : 4 = 25$. $33 : 3 = 11$ (cu întârziere).

Ecuația personală este promptă.

Orientarea în timp bună. Știe luna, anul, ziua și data.

Orientarea în spațiu este normală. — Afectivitatea. Prezintă stări de veselie și de tristețe, uneori plânge. Aceste stări sunt raportate la subiectele de discuție, sau la amintirile pacientei, dar se remarcă o trecere ușoară dela răs la plâns și invers. Nu are răs spontan.

Emotivitatea prezintă oarecari modificări în sensul unei variațiuni umorale brusce și nemotivate. Activitatea redusă din pricina imposibilității de a merge. — Voința. Pacienta e de obicei liniștită. Nu are impulsuni, nici reacțiuni violente.

Critica e bună. E perfect conștientă de ceia ce se petrece cu ea. Are conștiința boalei, crede că se va vindeca și păstrează oarecare optimism.

În concluzie pacientele noastre, prezintă prima turburări de judecată și de raționament, turburări de memorie și de calcul, perturbări afective și de emotivitate, iar cea de a două, ușoară amnezie retrogradă și turburări de emotivitate. La nici una nu găsim turburări constructive, ci simple deficite ce interesează în mod global ideea și afectivitatea. Aceste turburări sunt foarte comparabile cu acelea pe care le găsim de obicei în afecțiunile toxice, în confuziile mintale infecțioase, în general în stările în care sistemul nervos este atins de procesele toxi-infecțioase. Observațiile de mai sus nu prezintă în mic aspectul unei paralizii generale; Lăsând la o parte stările demențiale, cari desigur sunt datorite leziunilor encefalului, precum și psychozele, inițialele sau terminale ale sclerozei în plăci, în timpul perioadei de stare a acestei afecțiuni, cu toată aparența de integritate psihică, acești bolnavi prezintă turburări fine deficitare.

Pentru a explica aceste simptome nu e nevoie să invocăm factori ipotetici ca predispozițiunea și hereditatea așa cum a făcut Dupré pentru anxietate și emotivitate, sau frecvența și lo-

calizarea plăcilor de scleroză, cum cred Siemerling, Raisky, Lhermitte și Guecione. (Erb merge până acolo încât caută să stabilească un raport între natura turburărilor mintale și localizarea pe scoarță a plăcilor de scleroză.

Explicațiunile acestea mecanice ale turburărilor mintale, trebuie să cedeze în fața unei explicațiuni, care pune pe primul plan factorul toxi-infecțios. Acesta credem că este de perfect acord cu caracterul simptomelor clinice.

Dar sistemul nervos, în speță encefalul, este tributar nu numai acțiunii toxice a virusului maladiei, ci după cum a arătat Targovla și alterărilor secundare a unor anumite funcțiuni organice (asimilație, desasimilație, funcțiunea de apărare tisulară), cari contribuiesc și ele într-o oarecare măsură la producerea stărilor confuzive, depresive și amnezice.

Intr'un cuvânt, procesul toxic datorit virusului sclerozei în plăci, interesează întotdeauna fondul mintal al pacientului, chiar când în aparență acesta este normal. Aceste turburări cu caracter confuziv, sau pseudo-paralitic, sunt ca și turburările vezanice și demențiale, expresia psihică a unei stări toxi-infecțioase, a organismului întreg.

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

- 1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. 1868. Oeuvres 1892 T. I.
- 2) Vulpian. Maladies du système nerveux T. II 28—e leçon. 1886. p. 707.
- 3) Pierre Marie. Leçons sur les maladies de la moëlle. 1892, XI-e leçon, p. 127.
- 4) Philippe et Cestan. — Les troubles mentaux de la sclérose en plaques — Acad. de Méd. 1903.
- 5) Berger. — Eine Statistik über 206 Fälle von multiplen Skerose. — Jahrbbericht f. Psych. B. 15. S. 168.
- 6) Seiffer. Über psychische insbesondere Intelligenztörungen bei multipler skerose. Arch. f. Psych. B. 40. 1905. S. 252.
- 7) Raecke. — Psychische Störungen bei der multiple Skerose. Arch. f. psych. B. 41. 1906. — S. 483.
- 8) Sachs and Friedmann. General symptomatology and differential diagnosis of disseminated sclerosis. Congr. New-York Dec. 1921.
- 9) Sanger Brown and T. K. Devis. Mental symptoms of multiple sclerosis. J. nerv. and ment. diseases, p. 398. 1922.
- 10) Marquezy R. A. Contribution à l'étude clinique, biologique, etiologique et expérimentale de la sclérose en plaques — Thèse de Paris 1924.

- 11) Guillaïn. Rapport sur la sclérose en plaques. Reunion Neur. 30 Mai 1924. Rev. Neur. 1924. — T. I. — p. 648.
- 12) Claude H. Quelques remarques sur le diagnostic de la sclérose en plaques. Reunion Neurologiques 1924 T. I. — p. 717.
- 13) Cottrell an and Wilson. — The affective symptomatology of disseminated sclerosis. A study of 100 cases. J. of. Neur. and psychopat 1926.
- 14) Ombredane A. Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. — Thèse de Paris 1929.
- 15) Lhermitte J. Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques. Paris Méd. 1924. —p. 307.
- 16) Lhermitte J. et Guéccine. De quelques symptomes et lésions rares dans la sclérose en plaques. Troubles mentaux. Encéphale 1910. p. 257.
- 17) Lhermitte J. et Halberstadt. — Troubles mentaux dans la sclérose en plaques. Annales Méd. Psych. 1906. T. I. — p. 448.
- 18) Momkemöller. — Multiple sklerose und Geistenkrenkheit. Arch. f. psych. B. 66 1922. S. 459.
- 19) Moser Achr. f. psych. B. 71 1924. S. 694.
- 20) Ostmann. Psychische Störungen bei Sklerosis multiplex. Algem. Zettschr f. psych. 1926 B. 85. S. 11.

ASUPRA TRATAMENTULUI REUMATISMELOR CRONICE

de

Dr. BALTACEANU
Conferențiar, Medic Primar

Tratamentul reumatismelor cronice e unul din capitolele dificile ale medicinei internă. Numai în câteva forme de reumatisme se poate obține o vindecare, uneori relativă; în celelalte, prea adesea, tratamentele cele mai bine conduse nu reușesc a împiedeca progresiunea leziunilor osteo-articulare.

O clasificare perfectă a reumatismelor cronice nu există până azi. Dacă din punct de vedere al exactității, cea mai justă e aceea care e bazată pe anatomia patologică, pentru terapeutică aceea care cadrează mai bine — cel puțin până în prezent — cu constatările actuale, e clasificarea clinică (pathogenică) a școalei franceze¹⁾, care distinge trei grupe principale:

1) Reumatism cronic succedând unei infecții (reumatismului articular acut, blenoragiei, tuberculozei);

2) Reumatism cronic de origină toxică sau discrazică, reumatism gutos;

6) Reumatism cronic deformant (trofonevroză infecțioasă sau toxică).

Natural că nici această diviziune nu e perfectă. Intre alte critici, se pot aduce și următoarele: În acelaș grup se găsesc alături, forme destul de diferite. În primul grup trebuie să distingem mai ales două categorii de reumatisme: reumatismul cronic consecutiv poliartritei reumatismale acute propriu zisă și reumatismul cronic primar.

Din punct de vedere al evoluției, nu e logic să punem alături de reumatismul obișnuit poliartrita provocată de gonococcie sau de tuberculoză. Și apoi reumatismul deformant, dacă constituie

1) Teissier et Roque. Les rhumatismes chr. — Nouveau traité de Med. et de Ther. Brouardel et Gilbert, Paris 1912. — Marinesco. Rhumatisme chr. Nouveau Traité de Medecine (Roger, Widal, Teissier) Paris 1924. M. P. Weill. Les Rhum. chroniques. La sem. des hop. de Paris, No. 16, 1929.

o entitate morbidă bine definită, poate tot așa de bine să fie consecința unei infecții ca și a unei intoxicații cronice. Se poate încă adăoga că reumatismul infecțios poate fi în acelaș timp și toxic, prin toxinele microbiene produse în organism și la nivelul articulațiilor.

Din toate aceste categorii de reumatism, singura în care — deși nu se poate totdeauna spera o vindecare completă — se pot totuși obține vindecări clinice sau ameliorări, e reumatismul cronic consecutiv poliartritei reumatismală acută. Foarte adesea el n'are caracterul progresiv. Natural că nu socotim aci reumatismele gonococcic și tuberculos. Reumatismul gutos e și el adesea destul de benign. Pentru celelalte forme de reumatism, din nefericire, trebuie să ne mulțumim, în majoritatea cazurilor, a trata pu-seurile acute ori subacute, a calma durerile, a preveni ankilozele — când e posibil — în fine a asigura bolnavului o existență suportabilă.

Strasser²⁾ recomandă, cu drept cuvânt, cura balneară preventivă tutulor bolnavilor cari au suferit de un reumatism poliarticular acut ori sub-acut. Această cură ar activa și ar completa vindecarea leziunilor articulare și astfel articulațiile vor fi mai puțin sensibile la o nouă localizare reumatismală.

Trebuiesc de asemeni tratate: amigdalitele, leziunile dentare, maladiile purulente ale pulmonilor; inflamațiile genitale, biliare; maladiile intestinale, renale; sifilisul — infecțiuni care dacă sunt adesea incapabile ele singure, afară de sifilis, a provoca un reumatism cronic, pot fi destul de capabile a-i asigura perzistența.

Tot în scop preventiv, va trebui ca bolnavii să evite locuințele umede și, pe cât posibil, și localitățile umede.

Medicamentele au un oarecare caracter de specificitate în artritele reumatismului franc și în reumatismul gutos. În celelalte, ele au numai un efect analgetic. Se pot prescri diferitele derivate ale acidului salicilic, colchicul la gutosii, sau încă atoquinol, atophan, acitophosan, atophanyl. Atophanul poate fi dat în supozitoare, dacă ne temem de o iritație gastrică. Se poate întrebuița ca preventiv, în mod intermitent și prelungit, 2—3 zile pe săptămână. Injecțiile intravenoase de atophanyl nu par a fi superioare,

2) A. Strasser. — Die balneol. u. hydrother. Behandlung d. chr. Gelenkskr. Med. Kl. No. 33, 1927. — A. Strasser — In Handb. d. Kl. Hydrobalneol. — u. Klimatother, 1920.

și pot provoca iritațiuni hepatice. În formele rebele de reumatism, la tratamentul medicamentos, trebuie să adăogăm injecțiile de iod, proteinoterapia, sulful. Natural că sulful și iodul sunt contra indicate la febrili, la prea debilitați, la tuberculoși, în insuficiențele renale accentuate și în general în maladia Basedow.

Injecțiile de iod au o acțiune mai sigură ca ingestia. Am obținut de multe ori bune rezultate cu iodurul de sodiu intravenos în doză de 0,50—1 gr. pe zi, făcând serii de 15—20 injecții cu pauze de o lună. Se întrerupe tratamentul dacă apar simptome de intoleranță sau de iritație tiroidiană (turburări nervoase, slăbire). Se pot întrebuința de asemenea injecțiile de iodaseptină (asociația de iod și urotropină) intravenoase sau intramusculare. Uneori dau mai bune rezultate oleurile iodate. La debilitați sau când ne temem de intoleranță, în reumatismul cronic tuberculos, în acelaș timp cu tratamentul iodat, se dă bolnavului calciu. Cele mai bune rezultate sunt astfel obținute în reumatismul gutos, în câteva cazuri de reumatism deformant, în reumatismul sifilitic și în general în artritele în cari maladia e mai ales periarticulară sau localizată la sinovială. Dozele mari de iod, așa cum au fost întrebuințate de **Thirolaix**³⁾, nu par a fi superioare; totuși ele sunt, în general, destul de bine suportate. Se poate alterna iodul cu injecții de arsenic mineral (solarson, optarson). Asocierea iodului cu sulful nu ne-a dat rezultate mai bune, poate pentru că am întrebuințat sulful coloidal, în care cantitatea de sulf e prea redusă. După **Leri și Dédet**⁴⁾ amestecul de iod cu hiposulfid de sodiu, în soluție apoasă, ar fi mult mai eficace.

Injecțiile de sulf în suspensie uleioasă provoacă în general reacțiuni destul de intense și prea adesea ele sunt dureroase⁵⁾. Mai recomandabile sunt dozele mici cari, repetate și cu reacții mult mai slabe, pot fi destul de utile. Vom rezerva sulfoterapia, sub această formă, mai ales pentru cazurile grave, ori rebele la alte tratamente, la bolnavii destul de rezistenți. **Meyer-Bisch**⁶⁾ le asociază baia de nisip cald.

3) **Thyroleix**, M-me **Brace**, **Gillot, Léleup**. Med. iodée intensive dans le traitement des rhum.chr.—Bull. et Mém. Soc. hôp. Paris, 18 Juin 1926.

4) **Léri et Dédet**. Les inj. aqueuses de soufre et d'iode dans le traitement des rhum. chr. Bulletin Méd. No. 23, 1—4 Juin 1927.
des rhum. chr. Bulletin Méd. No. 23, 1—4 Juin 1927.

5) **Băltăceanu**. Sulful în trat. reumatismelor. Spitalul, București 1926.

6) **Meyer-Bisch**. Die einzeln. Behandlungsmeth. d. chr. arthritis. Ther. d. Gegenw. 9 H, 1926.

Seroterapia specifică⁷⁾ vaccinoterapia specifică⁸⁾ sau cu microbii bănuși în cauză⁹⁾, sunt tratamente de încercare cari pot avea șanse de succes.

Proteinoterapia nespecifică, cu diverse albumine (lapte, aolan, cazeozan, yatrencasein, vaccinuri microbiene) va fi încercată în cazurile refractare, în doze mici, pentru a obține cel mult reacțiuni slabe. Nu se poate afirma d'inainte dacă într'un caz dat vom avea sau nu efectul dorit. Foarte adesea ea face să dispară sau micșorează durerile. Pentru repetarea unei serii de injecții, trebuie să lăsăm totdeauna un repaos de câteva săptămâni.

Injecțiile intravenoase de colargol sunt mai ales indicate în artritele gonococice acute, ele reușesc mult mai puțin bine în reumatismele cronice. Dozele mari, preconizate de Loewenstein și Fée¹⁰⁾, au provocat uneori reacțiuni de șoc extrem de neliniștitoare și deși ar putea avea consecințe terapeutice remarcabile, ele cer multă prudență.

Tratamentul specific, în cazurile în cari se bănuște sifilisul, e uneori eficace. Se poate spera vindecarea când maladia a atins numai părțile moi ale articulațiilor sau la începutul maladiei. În cazurile înaintate, sau când sunt leziuni cicatriciale vechi, efectul poate fi nul. Totuși se pot obține și atunci ameliorări, datorite foarte probabil acțiunii rezolutive locale a sărurilor de mercur și de bismut.

Aproape aceleași prescripțiuni privesc și reumatismul cronic deformant, cu diferitele sale localizări. Și aici trebuiesc evitate reacțiunile prea puternice. Din nefericire nu vom reuși totdeauna a opri mersul progresiv al leziunilor articulare. În cazurile, relativ rare, de origină sifilitică, tratamentul specific poate reuși. Se pot însă observa ameliorări cu acest tratament chiar în unele cazuri în cari sifilisul nu e în cauză. Injecțiile intravenoase de iod, injecțiile intramusculare de sulf hydrargire (sulf și mercur) pot aduce o ameliorare, manifestată mai ales prin diminuarea sau dispariția durerilor și favorizând mișcărilor articulare. În efectele obținute, sunt variații dela un caz la altul. Astfel, pe când tra-

7) Small. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. No. 5, Mai 1928.

8) Lautier (Nice). Quelques données pratiques au sujet de la conduite du trait. du rhum. par l'immunovaccin antirhum. Soc. Therap. 10 Oct. 1928.

9) Jaquet, Requegeoffre et Alavoine. Bull. et. mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris, Lc. 12, 1928.

10) Loewenstein u. Fée. Behndl. d. chr. Rheumatismus mit Kollargol. — Kl. Woch., No. 39, 1928.

tamentul antisifilitic (sulfarsenol și bismut) a dat o ameliorare nesperată la o femeie de 51 ani, foarte probabil sifilitică, într'un alt caz în care era vorba de un bărbat în vârstă de 30 ani, vechi specific, suferind tot de un reumatism cronic deformat, cu leziuni scleroase pulmonare și subfebril, tratamentul antisifilitic a făcut numai să diminueze durerile și contracturile musculare. Numai cura heliomarină și băile de nomol mineral au oprit mersul către ankiloză complectă a articulațiilor mai puțin atinse. Într'un alt caz, la un bolnav de 27 ani, sifilitic de 3 ani, insuficient tratat, cu leziuni pulmonare, discrete, cu febră persistentă și suferind de un reumatism cronic dureros, localizat mai ales la articulațiile membrelor inferioare, rezistând la toate medicațiunile, tratamentul antisifilitic, asociat cu calciterapia și cu ol. ficat de pește, au atenuat durerile care au încetat complect după o cură balneară clorurată sodică. Deci un reumatism cronic obișnuit poate apărea pe un teren bacilar sau sifilitic ori mixt. Trebuie să ținem totdeauna socoteală de terenul pe care reumatismul se greșează. Când tratamentul antisifilitic nu vindecă reumatismul, el modifică totuși terenul și poate influența astfel și leziunile articulare. Pe de altă parte, aproape întotdeauna, chiar în cazurile de reumatism sifilitic, pentru a obține vindecarea sau o ameliorare mai sigură, trebuie să adăogăm la tratamentul specific alte medicațiuni și mai ales cura hidrominerală.

Injectiile de mesotorium n'au avut — în cercetări personale — o acțiune evidentă, poate și din cauza dozelor prea slabe întrebuintate.

În cazurile de reumatism cronic deformant, rebele la alte tratamente, Forestier¹¹⁾ a obținut rezultate bune cu auroterapia. A întrebuintat pentru aceasta allochrysină 5—10 ctgr., intramuscular, pe săptămână, până la un total de 1—1,50 gr. în 12—18 injecții, repetate după 6 săptămâni.

Reumatismul menopauzei există, dar nu trebuie să considerăm toate artritele cari apar către vârsta critică ca un reumatism endocrinian. O delimitare netă între acest reumatism și acelea de o altă origină, nu e totdeauna posibilă. Aproape totdeauna există o insuficiență pluriglandulară. Opoterapia ovariană sau poliglandulară poate influența acest reumatism, mai ales cazurilor în cari e asociată și obezitatea. Acest reumatism poate avea carac-

11) Forestier. Le trait. des polyarthrites chroniques par les sels d'or. — Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, No. 6, 1930.

terul familial. Pot cita astfel cazul unei familii din Cernăuți, în care numai elementul feminin, reprezentat prin trei surori, era atins de reumatism cronic deformant. Această maladie apăruse în acelaș timp cu turburările menstruale ale debutului menopauzei, cam între 28—36 ani. O a patra soră, în vârstă de 30 ani, prezintă neregularități ale epocilor și dureri în articulațiile mâinilor, cu un început de deformație articulară. Toate patru au corpul tiroid mărit de volum și o hipertensiune arterială variând între 16—23 T. Mx. la Vaquez — Laubry. Tratamentul cu preparate de ovar a atenuat durerile, o acțiune evidentă a fost constatată, însă numai la cea din urmă dintre aceste surori.

În unele cazuri de reumatism cronic cu deficit calcic, sărurile de calciu pot micșora uneori durerile. O acțiune analoagă ar avea reducerea calciului în cazurile cu hiper-calcemie.

În poliartrita ankilozantă a fost constatată destul de des o hipercalcemie. Aceasta fiind considerată ca o hiperfuncțiune a paratiroidelor, **Oppel**¹²⁾ și apoi **Leriche**¹³⁾, au făcut extirparea paratiroidelor dintr'o parte cu rezultate multumitoare aproape în jumătatea cazurilor.

La mijloacele terapeutice citate până aci, trebuie să adăogăm aproape totdeauna, oricare ar fi forma de reumatism, fizioterapia și tratamentul hidromineral.

Masajul manual, în afara puseurilor acute sau sub acute, ușor și progresiv, mobilizarea sau din contră imobilizarea, mecanoterapia, vor fi făcute după necesitate, în mod prelungit sau cu intermitențe.

Diatermia locală este un bun calmant pentru artritile localizate, uneori e nevoie de serii repetate. Diatermia generală e mai puțin eficace.

Razele ultraviolete sunt indicate la anemici, la debilitați, la reumatizanti cu fond scrofulos și în general în toate cazurile în cari există sau se bănuște un deficit calcic. **Rollier** preconizează helioterapia mai ales în tratamentul spondilitei.

Radioterapia poate fi întrebuințată cu succes mai ales în artritile localizate, apoi în artrita deformantă¹⁴⁾ și în reumatismul vertebral.

12) **Samarin**. Einseitige Parathyreoidekt. als oper. Behandlungsmeth. d. ankylosier. Polyarthrit. Arch. Klin. Chir. 153, H 2, p. 358, ref. in Ther. d. Gegenw. H 2, 1930.

13) **Leriche**. Parathyreoidect. dans un cas d'ankylose vertebra. avec hypercalcemie. Soc. Med. des Hôp. de Lyon, Presse Med. No. 2, 1930 p. 23.

14) **Stauning**. Behandl. d. Arthritis def. mit Röntgenstrahlen. — Strahlenther. Bd. 20, H 1.

Electricitatea galvanică dă cele mai bune rezultate sub forma de băi cu 4 celule (Schnee).

Dar aproape totdeauna, cele mai bune rezultate în terapeutică reumatismelor cronice, sunt date de tratamentul hidromineral. În prescripția unei cure balneară, nu se pot stabili reguli prea precise. Sunt bolnavi suferind de aceeași — sau cel puțin aparent aceeași — formă de reumatism și cari sunt ameliorați în stațiuni diferite, adesea chiar în acelea pentru care nu păreau indicați. Și aici joacă mare rol factorul individual. Există totuși indicațiuni generale cari ne vor servi ca linii de conduită în prescrierea acestei cure.

Băile clorurate sodice de o concentrație mijlocie sau forte, sunt reprezentate la noi în țară prin: Govora (clorurate sodice iodurate), Sovata, Ocna-Sibiului, Sărata-Monteoru, Slănic (Prahova), Ocna-Mureșului, Bazna, Vulcana, etc.; cu concentrație slabă: Băile Herculane, Olănești.

Asemenea băi au ca indicațiuni principale:¹⁵⁾ reumatismul cronic secundar, reumatismul gutos, reumatismul toxic, unele cazuri de reumatism deformant și toți bolnavii cari n'ar putea suporta apele sulfuroase. Concentrația și temperatura băilor vor fi mărite progresiv, după efectul dorit și în raport cu capacitatea de reacție a bolnavului. Apele minerale cari conțin și iod, deși în general proporția sa nu e prea mare, au totuși o acțiune mai energică ca aceea a celor clorurate simple.

La acțiunea asupra maladiei, se adaugă efectul lor tonic general, și asupra nutriției. În cercetările personale făcute asupra metabolismului bazal sub influența acestor băi¹⁶⁾, am constatat că băile clorurate sodice de o concentrație variând între 10—15‰ și la temp. de 28—30° R., de o durată medie de 1/2 oră, provocă o activare a combustioniilor în organism, fenomen care era în raport mai mult cu temperatura decât cu concentrația băilor. După 4—8 băi, metabolismul bazal al bolnavilor avea tendința a deveni normal și apoi, prin continuarea curei, se producea destul de des o diminuare variabilă a oxigenului utilizat și a acidului carbonic eliminat. Acest fapt coincide de cele mai multe ori cu o creștere în greutate a bolnavilor.

Cu acțiunea analoagă băilor clorurate sodice, ar fi băile de de foi de nuc cu sare, practică de multă vreme la țară.

15) **Băltăceanu**. Les eaux minérales chlorurées iodiques dans le traitement des aff. rhumatismales. Arch. of Med. Hydrology, Londra, May 1925.

16) **Băltăceanu**, Bul. Inst. de Balneologie No. 1—2, 1927.

Când sunt leziuni cardiace, trebuie să adăogăm băile de acid carbonic.

În cazurile de reumatism cronic în care e necesară o reacție mai energică. la torpizi, în formele de reumatism vechi, dureroase, rebele, sunt indicate mai ales apele minerale sulfuroase (Govora, Băile Herculane, Pucioasa, Olănești, Călimănești, Săcelu, etc.). Balneafia sulfuroasă e în general rău suportată de nervoși. Mai ales aceste băi provoacă ceace se numește reacția termală. Dacă în cura hidrominerală reacțiile ușoare sunt aproape totdeauna utile, reacțiile prea energice trebuiesc evitate. În stațiunile în cari se găsesc și ape clorurate sodice (Govora, Mehadia, Olănești), se poate începe cura cu acestea pentru a o continua cu cele sulfuroase, sau să se alterneze.

Sulful băii are o acțiune locală și o alta generală. Mici cantități din acest sulf sunt absorbite pe cale pulmonară. Acțiunea sa e astfel întărită. Cercetările ce am făcut asupra metabolismului bazal, au arătat că băile sulfuroase au o acțiune de excitație numai la începutul curei, și cantitatea de oxigen utilizat și câțul respirator sunt mai curând dependente de temperatura și de durata băii. Apele clorurate sodice forte, sulfuroase au o acțiune mai energică decât cele sulfuroase simple slab mineralizate.

Reumatismul deformant, cazurile de reumatism cronic dureros rebel, reumatismul gutos la bolnavii nervoși iritabili, sunt mai ales bine influențate prin băile minerale radioactive (Ioachimsthal, Teplitz-Schönau, Kreuznach, Landeck, Gastein, Baden-Baden, Laco-Ameno-Italia). Numai în cazuri rare, forme învechite, la prea debilitați, tratamentul acesta pare că agreavează. Acțiunea favorabilă nu e datorită numai temperaturii băii, ci mai ales emanației radioactive, deși trebuie să adăogăm că nu e totdeauna paralelism între cantitatea emanației și acțiunea lor curativă. Și aici rezultatele nu sunt totdeauna durabile, recidivele sunt destul de dese. Am văzut totuși bolnavi cari după ce au încercat diverse tratamente și diverse stațiuni fără vreun beneficiu evident s'au simțit foarte bine după cura la Ioachimsthal sau la Teplitz.

La balneafie se adăogă, mai ales în formele învechite de reumatism, dușul masaj sub apă, după sistemul dela Aix-les-bains; împachetarea consecutivă sau numai repaosul prelungit, la căldură, după bae se continuă astfel, sub influența căldurii, acțiunea începută în bae.

Băile calde de nomol generale sau cataplasmele locale de nomol mineral, au o capacitate de acțiune destul de energică, mai

ales cu nomolul sulfuros. Aceste băi și aceste cataplasme își au indicațiunea lor principală în artritele vechi, dureroase, în reumatismul gonococcic. Câteva lacuri de nomol sunt în vecinătatea mării (Tekir-Ghiol, Budachi) și în acest caz la acțiunea nomolului se adaugă influența climatoterapiei marine. De această cură vor beneficia mai ales reumatismul tuberculos sau pe fond scrufulos și reumatizării deprimați. Cercetările făcute de Prof. Theohari și Tătăranu¹⁷⁾ au arătat că sub influența acestei cure, în majoritatea cazurilor, se produce mărirea calcei în sânge și creșterea indicelui opsonic.

De altfel se cunoaște acțiunea binefăcătoare a curei de altitudine la nervoșii excitabili și a curei helio-marină la deprimați. Condiția principală a climatoterapiei e aci căldura, marele dușman al reumatizanților e frigul și mai ales umiditatea. Pe lângă proba cazurilor izolate, aceasta e demonstrată mai ales prin existența reumatismului în special în țările nordice și prin absența acestei maladii la tropice, precum și prin acțiunea curativă a șederii în țările calde.

Băile minerale își exercită acțiunea mai ales prin hiperemia generală și locală pe care o provoacă. Modul lor de a lucra e analog cu acela al proteinoterapiei, fără a avea însă brutalitatea acesteia. E un fel de auto-proteinoterapie, la care se adaugă reacțiunile provocate de piele cu rolul său de glandă cu secreție internă.

Tratamentul balnear este contraindicat la bolnavii cu maladii acute, febrile, la cei cu tuberculoză pulmonară în evoluție, în maladiile cordului decompensate, la cei cu angină de piept, anevrism aortic, la cei prea debilitați, la canceroși.

Cura hidrominerală internă poate fi asociată balneatiei. Trebuie să evităm ingestia a mari cantități de apă alcalină la guțoși, pentru a nu provoca o mărire a durerilor ori un acces de gută.

Natural că tratamentul hidromineral nu trebuie să fie conceput izolat. Se va adăoga totdeauna, după necesități: Fizioterapia, proteinoterapia, medicamentele, și nu se va uita rolul important al alimentației, mai ales la guțoși și la debilitați.

17) Theohari și Tătăranu. La cure marine et par boues minérales pratiquées à Tekir-ghiol. Congrès Intern. de Thalassother. 1928, Bucarest.

CATEVA CAZURI DE LEZIUNI ALE ARTEREI PULMONARE *)

de

E. LAZEANU

Docent Universitar.

Printre ultimele progrese realizate în domeniul radiologiei aparatului cardio-vascular, studiul arterei pulmonare este unul din cele mai importante.

Studiate de multă vreme de către anatomo-patologiști, leziunile arterei pulmonare erau de cele mai multe ori descoperite la necropsie. Adeseori latente, aceste leziuni dau loc alteori la manifestațiuni clinice de o interpretare dificilă, sau chiar imposibilă.

Primele noțiuni asupra radiologiei arterei pulmonare le datorăm lui Bordet. El este acela care a descris modificațiunile ei patologice, rezumate în formula: dilatațiunea arterei, exagerrarea opacității sale.

Însă, radiologia arterei pulmonare, a devenit mult mai precisă în urma importantelor lucrări ale lui Delherssa și ale lui Chaperon. Acești autori au recurs la metoda injecțiunilor opace pe cadavru, methodă întrebuințată în 1919 de Thoyer-Rozat, pentru studiul aortei descendente. În 1923, la Congresul dela Bordeaux, acești autori au dat descrițiunea definitivă a anatomiei radiologice a umbrelor hilare. În urmă, numeroase publicațiuni au fost consacrate studiului leziunilor arterei pulmonare. Vaquez, Giroux, Ribierre, etc., au descris manifestațiunile clinice ale arterei pulmonare la lumina datelor radiologice. Laubry într'o interesantă comunicare făcută la Societatea Medicală a Spitalelor din Paris, a studiat sifilisul arterei pulmonare, Marcel Thomas și Paul Mangini și-au consacrat tezele lor studiului clinic și radiologic al arterei pulmonare.

Bazat pe toate aceste lucrări, examenul radiologic al arterei pulmonare, aduce adeseori clinicei, elemente importante și in-

*) Comunicarea făcută la Congresul din Alger. (54^{ème} Session de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences), Aprilie 1930.

dispensabile, pentru interpretarea simptomelor clinice, ce au drept bază anatomică o leziune a arterei pulmonare.

Din acest punct de vedere am găsit interesant de raportat câteva cazuri de leziuni ale arterei pulmonare, observate în clinica profesorului Nanu-Muscel din București.

Primul nostru caz este un bolnav în etate de 40 ani, care suferă de o nevrologie intercostală de partea stângă. Nici un simptom clinic din partea aparatului cardio-vascular. Un sifilom primar cu 15 ani mai înainte. Bolnavul ne este trimis pentru a i-se face o radioscopie pulmonară.

La ecran, am avut surpriza de a găsi o dilatațiune manifestă a arterei pulmonare, cea-ce ne-a permis să facem diagnosticul de atherom primitiv al arterei pulmonare, foarte probabil de origină sifilitică.

Un alt caz de atherom primitiv al arterei pulmonare l'am observat la o doamnă în vârstă de 32 ani, care acuza palpitațiuni și oricari turburări subiective în raport cu o stare de crethysm cardiac. La examenul stetacustic al cordului se constată o accentuare a șgomotului al 2-lea la bază, în al II-lea spațiu intercostal stâng precum și dedublarea șgomotului al 2-lea.

Examenul radiologic ne-a arătat o dilatațiune netă a arterei pulmonare în pozițiunea frontală și în pozițiunile oblice.

O altă bolnavă în etate de 40 ani, acuza palpitațiuni și dispnee de efort. La ascultațiunea cordului se constată un suflu sistolic în al 2-lea spațiu intercostal stâng. Radioscopia ne-a pus în evidență dilatațiunea manifestă a arterei pulmonare.

Prin urmare am avut ocaziunea să întâlnesc atheromul primitiv al arterei pulmonare la trei bolnavi, relativ în vârstă puțin înaintată, 40—50 ani. Într'un caz leziunea era latentă în celelalte două cazuri, bolnavii prezentau turburări ușoare. Accentuarea șgomotului al 2-lea într'un caz, un suflu sistolic în al 2-lea spațiu intercostal stâng, au fost semnele stetacustice constatate.

În cazurile mai înaintate cianoza poate să apară, dispnea devine intensă, hemoptiziile sunt frecvente și chiar crize anginoase au fost semnalate.

În următoarele două cazuri este vorba de scleroza arterei pulmonare consecutivă unor leziuni broncho-pulmonare cronice.

Primul bolnav, în vârstă de 48 de ani, prezenta la internarea sa în spital o dispnee intensă, dureri în regiunea hepatică și un ușor edem al membrilor inferioare.

Bolnavul avea de multă vreme o bronșită cronică, în repetate rânduri a cerut spute hemoptoice, era foarte cianozat, iar extremitățile sale erau violacee. La examenul cordului se constată un galop drept; nici un suflu, nici accentuarea șgomotului al doilea la bază. Electrocardiograma luată nu a arătat o predominanță electrică a cordului drept. Din partea pulmonilor, semnele unei bronșite cronice cu emfizem. În rezumat bolnavul prezintă tabloul clasic al insuficienței cardiace de origină pulmonară.

În urma tratamentului digitalic, când simptomele insuficienței cardiace au cedat în mare parte, am fost izbit de cianoza persistentă și de dispneea intensă, care nu cedase și care se exagera la cel mai mare efort. Aceasta nu putea fi pusă pe complitul unui exudat plural sau a unei afecțiuni pulmonare acute.

Examenul radiologic al bolnavului a precizat diagnosticul: am constatat o proeminență accentuată a arcului mijlociu în nivelul pulmonarei și o accentuare a umbrelor hilare.

Artera pulmonară era animată de bătăi pulsatile vii, iar în pozițiunea oblică-anterioară-stângă se observa dilatațiunea arterei pulmonare contrastând cu calibrul mic al aortei.

Cordul drept era în acelaș timp dilatat.

Avem deci aface cu o scleroză a arterei pulmonare consecutivă unei bronșite cronice cu emfizem pulmonar.

Acest diagnostic este important din două puncte de vedere:

- 1) El explică o serie de manifestățiuni clinice prezentate de bolnav: cianoza intensă, dispneea provocată de cel mai mic efort.
- 2) În acelaș timp el ne permite să facem acestui bolnav un pronostic grav.

Din cauza sclerozei arterei pulmonare, acești bolnavi fac de cele mai multe ori o insuficiență cardiacă ireductibilă; în plus o serie de complicațiuni grave, tromboza și chiar ruptura arterei pulmonare sunt posibile.

Al doilea caz este analog celui precedent. Este vorba de o bolnavă în etate de 43 de ani. Este tipul cardiacului negru.

Din cauza dispneei care devenia intensă la cel mai mare efort bolnava nu putea să-și vadă de ocupațiuni. Ea s'a prezentat în repetate rânduri în serviciu cu simptomele unei insuficiențe cardiace gravă. Medicațiunea toni-cardiacă îi producea numai o ameliorare temporară. Orthodiagrama inimei ne-a arătat existența unei dilatațiuni considerabile a ventriculului drept și accentuarea umbrelor hilare. — Calibrul aortei era puțin exagerat: 3,2 cm.

Leziunile arterei pulmonare sunt relativ frecvente în cazurile de stenoză mitrală. Vaques împreună cu elevii săi Léon Giroux, Ribierre, René Giroux, precum și Laubry împreună cu Pârvu au consacrat acestei chestiuni monografii importante.

Aparițiunea sclerozei arterei pulmonare în cursul stenozei mitrale schimbă întrucâtva tabloul clinic al afecțiunei: dispneea de efort devine foarte intensă și în urmă permanentă; cianoza apare; hemoptiziile sânt frecvente, crize de sufocațiune pot surveni.

Examenul radiologic ne arată în aceste cazuri dilatațiunea arterei pulmonare alături de configurațiunea și profilul mitral. În unele cazuri examenul radiologic ne permite să facem diag-

nosticul unei insuficiențe funcționale a arterei pulmonare, complicațiune posibilă în cursul stenozei mitrale.

Se mai găsește dilatațiunea arterei pulmonare în cazurile de perforațiunea septului interventricular însoțită de stenoza arterei pulmonare.

Importanța examenului radiologic în aceste cazuri devine uneori capitală și anume în cazurile în cari cianoza lipsește.

În aceste condițiuni diagnosticul clinic devine foarte dificil. Suflul sistolic determinat de stenoza arterei pulmonare se confundă de cele mai multe ori cu suflul produs de comunicațiunea interventriculară, care este tot sistolic și de o intensitate mare, propagându-se în toată regiunea precordială. Am avut ocaziunea să observăm un asemenea caz.

E vorba de un copil în etate de 7 ani, care nu acuza nici o turburare funcțională, care nu era cianozat și nu prezentase crize de cianoză paroxistică la ocaziunea vre-unui efort.

În regiunea precordială se auzia un suflu sistolic intens, cu maximum de intensitate în al treilea spațiu intercostal stâng.

Acest suflu se însoția de un freamăt sistolic.

Era imposibil de a distinge un al doilea suflu sistolic în nivelul orificiului arterei pulmonare. Diagnosticul de perforațiunea septului intensventricular era singurul posibil. Examenul radiologic ne-a permis însă să afirmăm asociațiunea unei stenoze a arterei pulmonare, caracterizată pe radiografia făcută pe dilatațiunea manifestă a arterei pulmonare. (Semnul lui Cavina).

Persistența canalului arterial este una din afecțiunile congenitale ale inimii compatibilă cu o lungă existență. Din punct de vedere radiologic simptomul cel mai precoce și cel mai constant după experiența noastră este dilatațiunea mai mult sau mai puțin accentuată a arterei pulmonare.

Multă vreme hipertrofia ventriculului stâng nu este manifestă, ea devine însă evidentă în fazele mai înaintate ale afecțiunii.

Semnalăm încă dilatațiunea arterei pulmonare la un bolnav în vârstă de 23 ani, ce avea un anevrism arterio-venos al arterei femorale stângi.

Acest anevrism provocase o enormă hipertrofie a inimii și determinase fenomene de insuficiență cardiacă.

În urma operațiunii, cordul și-a revenit la dimensiuni normale, dar artera pulmonară a continuat să fie ușor dilatată.

Am ținut să facem aceste considerațiuni asupra leziunilor arterei pulmonare pentrucă astăzi datorită radiologiei, studiul leziunilor arterei pulmonare constitue un capitol aproape tot atât de important ca și capitolul aortitelor.

Diagnosticul acestor leziuni este aproape totdeauna stabilit prin ajutorul radiologiei.

UROFORMINE GOREBEY

COMPRIMES 0^r50
AMPOULES 2^{cc} & 5^{cc}

**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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

**ECZÉMAS
PRURITS**

INOTYOL
du D^r DEBAT

**ULCÈRES
BRULURES**

6C Rue de Prony PARIS
REPRESENTANT GENERAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCUREȘTI

CONSIDERATIONS SUR DEUX CAS DE PSYCHOSES POST-OPERATOIRES.

par le

Docteur H. MAKELARIE

Parmi les accidents qui peuvent survenir après les opérations qui ont nécessité la narcose générale, il y a quelques manifestations quand les troubles ainsi survenus sont constitués par des manifestations nerveuses délirantes, allant jusqu'à la folie. De tels troubles post-opératoires nous pouvons en dire qu'ils sont quasi inconnus. Cependant des cas semblables existent, et dans cet ordre d'idées, nous donnons les observations cliniques suivantes, que nous avons eu l'occasion de consigner à l'Hôpital de Câmpu-lung-Muscel (Roumanie) que nous dirigeons, en étant le médecin en chef.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans la première observation il s'agit de la femme T. J. âgée de 34 ans admise à l'hôpital pour métrorragies survenues après une fausse-couche, qu'elle avait eue trois mois auparavant; c'est ce qui avait obligé la malade à venir à l'hôpital.

L'indication clinique imposait un curetage utérin et c'est pourquoi la malade, après les préparatifs nécessaires fut chloroformée. L'anesthésie ainsi obtenue ne dura pas plus de 15 minutes. Le réveil du sommeil chloroformique se fit sans aucun incident. La malade était bien disposée et elle passa toute la journée tranquillement. L'écoulement sanguin s'était arrêté immédiatement.

Le lendemain de l'opération, même bon état de la malade. Le troisième jour, la malade devint taciturne et mélancolique. Elle se plaignait de maux de tête et le sommeil avait disparu. La malade refusait de répondre quand on l'interrogeait, ou elle répondait de mauvaise grâce. La malade accusait une fatigue prononcée et était inquiète, presque agitée. Le sixième jour après l'opération vit l'agitation de la malade s'accroître. La malade bondit hors de son lit, courrut dans la salle des malades puis se réfugia dans la cour de l'hôpital, bien qu'elle fut simplement en chemise. Elle était devenue folle furieuse; elle criait, gesticulait et frappait les personnes qu'elle rencontrait sur son chemin. Comme elle ne voulait pas rentrer dans la salle des malades, elle frappa l'homme de service qui l'y invitait. Après être rentrée dans la salle, elle continua à être agitée et commença à blasphémer. Puis prenant des attitudes exagérées et indécentes, elle déchira sa chemise et sauta par la fenêtre. Afin d'éviter qu'elle ne s'attaquât aux autres malades on entreprit des choses désagréables du même genre, nous avons été obligés de lui mettre la camisole de force.

Les jours suivants, elle continua d'être agitée, parlant d'une façon incohérente, manifestant aussi une mobilité constante et rapide du visage qui traduisait les sentiments profonds qu'elle ressentait. La malade commença à avoir des hallucinations. Ainsi elle nous disait qu'elle se voyait dans son cercueil, enterrée, avec des cierges allumés, des fleurs et qu'elle entendait le bruit du sable qu'on jetait sur elle.

Elle écrivait des lettres interminables à ses parents et à ses connaissances en leur demandant de venir à son secours. Ce état a duré quarante jours et puis la malade revint peu à peu à l'état normal. La malade fut revue par nous deux ans après ces accidents et elle était alors complètement normale, physiquement et psychiquement et avait une amnésie complète quant aux choses racontées plus haut.

La deuxième malade nommée S. âgée de 32 ans, avec des antécédents héréditaires et personnels sans importance, était entrée dans notre hôpital pour un phlegmon-ischio-rectal. Comme la maladie demandait une opération, la malade avait été chloroformée. Les suites opératoires furent très bonnes et la malade était en bonne condition de convalescence progressive pendant vingt jours. Au bout de ce temps, les nécessités cliniques demandèrent une nouvelle anesthésie pour une seconde opération qui fut faite aussi sous l'anesthésie chloroformique, qui ne dura cette fois que dix minutes. Mais le troisième jour après la deuxième chloroformisation, la malade devint agitée, elle fut prise d'hallucinations auditives et visuelles. Elle refusa de s'alimenter. Elle devint agressive et manifestait la crainte d'être empoisonnée. Les jours suivants, cet état empira. La malade frappa les autres malades et pendant les jours qui suivirent elle maigrit de 12 kilos. Cet état dura 40 jours, puis l'état normal revint. Nous avons revu la malade récemment et nous l'avons trouvée très bien portante.

Si on ne parle plus aujourd'hui de tels cas que comme d'une extrême rareté, répétons-le cependant, de tels accidents nerveux post opératoires étaient autrefois assez connus et ils ont donné l'occasion d'amples discussions dans les journaux médicaux. Ainsi Picqué discuta cette question au cours de la séance du 16 Avril 1902 à la Société de Chirurgie de Paris¹⁾. Des études sur cette question en comprenant la bibliographie jusqu'à ce jour là se trouvent dans la thèse: Contribution à l'étude des psychoses post opératoires par René Lemesle²⁾. De même on trouve encore des études semblables dans l'article de Pilot, publié dans la Revue Wiener-Klinik-Wochensch. — Septembre 1902, analysé dans la Revue Neurologique 1902.

Les médecins aliénistes ont discuté la question au congrès des médecins aliénistes tenu à Angers les 2—6 Août 1898: On en trouve encore des citations du même genre et plus récentes. Ainsi dans l'Encéphale on trouve un cas communiqué à la Société

1) Bulletin et mémoires de la société de chirurgie de Paris.

2) René Lemesle: Thèse, Paris, 1900,

de Médecine mentale qui consiste en des troubles de confusion mentale survenues à la suite d'une grossesse extra-utérine rompue qui a nécessité une laparatomie. L'anesthésie avait été obtenue avec de l'éther.

J'ai entendu parler récemment d'un cas semblable. Il s'agit d'une malade opérée dans un des hôpitaux de Bukarest d'une laparatomie. A la suite de l'opération, la malade a fait un syndrome maniaque dont elle a été guérie après une dizaine de jours. L'anesthésie a été effectuée par rachianesthésie (stovaine).

* * *

Ce qui résulte de tous ces cas définit la psychose post-opératoire, c'est-à-dire qu'il survient parfois des troubles post-opératoires chez des sujets non aliénés — dans la période de l'influence probable de l'opération, en dehors de n'importe quelle infection et intoxication et en tout cas sans aucun rapport apparent avec ces dernières.

Parmi les cas déterminants on a discuté le rôle de l'infection et de l'intoxication. A ce dernier point de vue comme la narcose générale obtenue avec les substances connues: chloroforme, éther, etc... détermine une intoxication profonde de l'organisme par la substance de l'anesthésie générale, le rôle de la substance anesthésiante comme facteur pathogénique de tels troubles maladifs devient, nous le croyons, certitude..

Rappelons-nous que les malades de nos observations n'ont eu aucune fièvre et n'étaient marquées d'aucune tare psychiatrique ou toute autre intoxication exogène et n'avaient été atteintes d'aucune maladie antérieure.

Paris, 20 Mai 1930.

ARSURILE PRIN DIATERMIE ȘI TRATAMENTUL LOR

de

Dr. O. MELLER

Radiolog al Spitalului Caritas (București).

Diatermia s-a relevat printre celelalte forme de energie electrică și s-a impus ca un factor terapeutic de mare valoare. Această valoare terapeutică, asociată cu reputațiunea unei inocuități absolute și a unei tehnici relativ ușoare, a făcut în ultimii ani, ca aparatul de diatermie să completeze instrumentarul practicianului și aplicațiunea să fie încredințată chiar unor mâini mercenare.

Aplicațiunea Diatermiei se face sub două forme: medicală și chirurgicală. În primul caz utilizăm efectul termic penetrant, care respectă integritatea țesuturilor, iar în forma lui chirurgicală utilizăm efectul electro-coagulant, deci destructiv. Între aceste două forme nu există o barieră netă de separațiune, care se bazează numai pe raportul dintre suprafețele electrozilor utilizați, pe modul corect de aplicare al electrozilor, pe intensitatea curentului electric și durata ședinței.

Tratatele clasice (Nagelschmid, Kowarschik, Bucky, Bordier) evidențiând importanța fiecăruia din acești factori, ne dau anumite reguli, cari trebuiesc avute în vedere și fără de cari riscăm a trece de la forma medicală a Diatermiei la cea chirurgicală, și în loc de a obține un efect termo-penetrant să avem unul coagulant și deci a produce arsuri. Aceste reglementări sânt elementare, să presupune a fi cunoscute de toți cei cari practică acest procedeu, nu de ele avem a ne ocupa aci și nici despre arsurile, cari pot surveni din nerespectarea regulilor nu vom aminti. Evident că asemenea accidente cauzate printr'ă tehnică defectuoasă și cari pot fi arsuri destul de grave, nu se pot evita decât prin respectarea strictă a măsurilor prescrise.

Practica de ani de zile a diatermiei în diferitele ei aplicațiuni și observațiunea atentă ne au arătat însă, că pot surveni arsuri și încă destul de serioase, chiar aplicând „lege artis“ fără a neglija nici o măsură, de precauțiune prescrisă. Ne am convins, că în afară de aceste măsuri, cari privesc tehnica, mai sânt fac-

tori de importanță covârșitoare, cari privesc numai pacientul, și asupra acestor factori ne permiten a atrage aci atențiunea.

În acest sens, dintre observațiunile personale, dăm aci trei dintre cele mai caracteristice.

Cazul I.—Pacientul I. M. în etate de 55 ani, îmi este trimis de către un confrate spre a-i aplica un tratament medical de diatermie pentru dureri în fossa iliacă dreaptă, dureri în legătură cu aderente consecutive unei apendicite operate în două rânduri și unde apendicele nu a putut fi găsit. Durerile surveneau mai ales noaptea, răpeau odihna pacientului și nu puteau fi înlăturate, după ce s'a epuizat toată seria de medicațiuni calmante. Bolnavul prezintă în fossa iliacă dreaptă o cicatrice operatorie cheloidă și la acest nivel o eventrațiune. Ori cât ași fi voit să înconjur aplicarea unui electrod chiar peste cicatrice, ea era indicată de către însăși sediul durerii și am făcut-o cu multă precauțiune, utilizând un electrod activ de 8/10 cm., după prealabilă badijeonare a regiunii cu soluțiunea lui Nagelschmid (alcool și glicerină în părți egale) și un electrod indiferent de plumb de 15/24 cm., în regiunea diametral opusă. Pentru uniformizare am aplicat saci de nisip. Durata ședinței a fost de 15 minute și nu am depășit intensitatea de 1 Ampère. În tot timpul ședinței, pacientul nu a acuzat nici o turburare. A doua ședință a urmat în ziua următoare în condițiuni identice. A treia zi, pacientul a refuzat a mai continua de oarece, neobservând o ameliorare imediată după cele două ședințe precum ar fi dorit, nu a fost convins de eficacitatea unui asemenea tratament. După două săptămâni, pacientul revine cu o escară de mărimea podului palmei și localizată pe suprafața tratată, linia cicatricială fiind diametral mare al escarei de formă, eliptică. Pacientul îmi afirmă, că după 2—3 zile dela ultima ședință, s-a produs un eritemen, care a condus la formațiunea unei escare. Atât mărimea acesteia, dar mai ales coincidența unei eventrațiuni în acelaș nivel, au făcut ca pronosticul să fie destul de rezervat. Din fericire instituirea energetică și imediată a unui tratament, despre care vom vorbi mai jos, a adus o vindecarea în două săptămâni. În timpul tratamentului și după eliminarea escarei s-a putut abia vedea cât de profundă fusese combustiunea.

Cazul 2.—Pacientul T. intră în tratament pentru nevralgie sciatică. A urmat câtă-va vreme tratamentul cu salicilat intus et extra. Ne izbește mirosul pronunțat de salicilat de metyl, miros care persistă în tot timpul tratamentului și pielea este foarte unsuroasă. Se aplică diatermia cu 3 electrozi și se urmează consecutiv 3 ședințe cotidiene. Deși electrozii au fost perfect adaptați, intensitatea nefiind mai mare ca 2 Ampèri — intensitatea normală pentru diatermia întregului membru inferior — și ședința neintrecând 15 minute, pacientul a prezentat arsuri de gradul 1 și 2 în punctele de aplicare a electrozilor. Întrebându-ne dacă degresarea insuficientă nu ar fi cauza arsurilor provocate, am procedat la o degresare perfectă, după care accidentul dezagreabil nu s-a mai produs.

Cazul 3.—Un pacient în etate de 43 ani, cere tratamentul diatermic pentru un lumbago persistent. Fusese recent tratat într'un institut cu o lampă solux și prezintă câte-va arsuri. A refuzat să continue acest tratament, de oarece susține că are o susceptibilitate manifestă pentru căldură; o ploacă cu apă ceva mai fierbinte, a cărei temperatură nu o simte, îi produce arsură. Examenul sistemului nervos ne arată abolirea reflexelor patelare și inegalitate

pupilară la un vechiu luetic cu tratament insuficient. Prima ședință de diatermie în condițiuni normale și aplicată cu multă prudență, este urmată de arsură.

Iată 3 cazuri dintre cele mai caracteristice, în care aplicări de diatermie cu respectarea minuțioasă a regulilor prescrise, au fost totuși urmate de arsuri.

Care este cauza acestor diatermo-necroze? Cum le am putea evita?

În aplicarea diatermiei corpul nostru joacă rolul unui transformator; el transformă energia electrică a curentului de înaltă frecvență în energie calorică. În afară de rolul de transformator corpul nostru are și rolul de conducător foarte complex, căci este format dintr'un substrat solid impregnat de diverși coloizi. Căldura realizată prin transformarea curentului de înaltă frecvență este deci în raport cu factori variabili. Fie care organ și fie care țesut are o rezistență și o conductibilitate proprie și încălzirea nu va fi uniformă.

Experiențele făcute de către Bernd și Preis la animalele vii și pe cadavru au dovedit că termometrul, introdus în diferite țesuturi în timpul aplicării diatermiei, arată temperaturi diferite. Diatermizând un membru transversal, au constatat că se încălzește mai întâiu pielea, în urmă vasele, grăsimea cam în același timp cu substanța nervoasă și în urmă mușchii.

F. Wildermuth a cercetat rezistențele diferitelor țesuturi și organe și notând rezistența unei soluțiuni saline de 50% cu 1 la, 18 grade, am avea:

creierul 5—5,4,
grăsimea 19,4,
plămânul 3,5—4
ficatul 2,3—3,
pielea 2,5—3,
mușchi 1,25—1,5.

Cea mai mică rezistență o are lichidul ascitic, și care este mai mică de cât 1, iar sângele și cele l'alte țesuturi întrec 1. Cea din urmă este grăsimea, și grație acestei proprietăți ea și este un bun izolator și o face aptă a fi întrebuințată în electro-tehnică (transformatori de ulei).

Dat fiind că serul sângelui este substanța cea mai bună conducătoare a corpului uman, se poate spune că un organ este cu atât mai bun conducător, cu cât este mai bogat în ser sau sânge și cu atât mai sărac în grăsime. În procesele imflatorii, în cari

predomină exudatele seroase, rezistența scade. Rezistența creierului este mai mare din cauza grăsimii, a pulmonului este greu de stabilit din cauza variabilității conținutului său în sânge și aer.

În ceea ce privește intestinul, rezistența sa e în raport cu conținutul: dacă este numai aer, conductibilitatea se face longitudinal, dacă conținutul este lichid-solid rezistența specifică este de 1,5—1,97 (tîfre calculate la cadavru și cari nu se potrivesc la viu).

Deși rezistența țesuturilor este inegală și deci încălzirea ar trebui să se facă neuniform, totuși intervine rolul nivelator și refrigerant al sîngelui, care împiedecă acumularea de căldură într'un singur punct.

Rolul nivelator al sîngelui s-a pus în evidență prin experiențele lui Fuerstenberg și Schemel. Ei au aplicat doi electrozi, unul în regiunea epigastrică și altul în regiunea dorsală la căine și au măsurat temperatura din interiorul stomacului. Pe când la animalul viu temperatura nu merge continuu paralel cu intensitatea curentului, ci de la un moment rămâne constantă, experiența pe cadavru din contră arată că procedând exact în aceleași condițiuni, temperatura din interiorul stomacului crește continuu și paralel cu intensitatea curentului și descrește odată cu dînsa. Deosebirea aceasta este datorită rolului egalizator al sîngelui, reflex biologic de apărare, care se declanșează când temperatura interioară amenință să crească peste măsură, și prin hiperemia, care se produce, intervine o răcire a organismului prin împrăștierea căldurii. Aceste reflexe de declanșare nu se produc pentru cantități mici de căldură, cari se insinuează în chip uniform.

De aci rezultă că pentru terapia profundă nu este rațională a întrebuița intensități mari, ci din potrivă intensități mici cu durată mai lungă.

În afară de rolul egalizator al sîngelui, în egalizarea temperaturii mai intervine un alt factor: influența conductibilității termice.

Această influență se pune mai bine în evidență la cadavru, unde putem exclude factorul circulator: la început țesuturile se încălzesc toate; dacă oprim curentul, țesuturile, cari s-au încălzit mai încet continuă să crească în temperatură, pe când cele cari s-au încălzit mai repede, pierd cu încetul temperatura.

Din cele enumerate mai sus înțelegem ușor, că în afară de aplicarea unei tehnici defectoase, factorii, cari pot interveni în producerea unei diatermo-necroze sînt cei cari pot mări rezistența țesuturilor: cicatrice (cazul 1), îmbibare de substanțe grase (ca-

zul 2), precum și lipsa sau defectuoșitatea reflexului biologic normal nivelator (cazul 3).

Vom fi deci foarte prudenți luând măsuri de o degresare cât mai complectă a tegumentelor, mai ales la pacienți cu pielea îmbibată cu medicamente grase. De asemenea vom evita cicatricele, peste cari ne ferim a așterne electrozii, ca și peste suprafețele osoase. Cea mai mare prudență se recomandă la pacienții cu maladii ale sistemului nervos, la cari mai ales reflexul nivelator este defectuos.

În ceea ce privește tratamentul unei asemenea arsuri, în cazul când din diferite cauze s-a produs, este acelaș pe care-l utilizăm de mai mulți ani și pentru arsurile produse prin diatermo-coagulare în scop chirurgical și chiar pentru arsurile obișnuite. Având în vedere că nutrițiunea unei plăgi prin combustie și mai ales prin diatermo-coagulare, se face greu din cauza trombozării vaselor, nu ne putem mulțumi cu tratamentele empirice și neraționale, cari constau în întrebuițarea unei pomezi cu valoare mai mult sau mai puțin antiseptică.

Tratamentul unei asemenea plăgi nu poate avea numai un scop antiseptic, ci odată cu aceasta trebuie să intensifice regenerarea celulară și să asigure eutrofia țesuturilor interstițiale. Reunirea ideală a acestor calități o găsim în actino-terapia prin doze masive produsă cu lampa de quartz.

Pe când tegumentele sănătoase sînt sensibile la anumite doze de raze ultra-violete în raport invers cu distanța bruleur-piele și în raport direct cu durata iradiațiunii, țesuturile inflamate și plăgile prin combustie suportă doze imense. Efectul util îl obținem numai prin utilizarea unei doze masive: după prealabila izolare a câmpului de iradiat, se face o aplicare de raze la distanța de 0,15 cm., timp de 15 minute. Se repetă ședințele cotidian până la vindecare, și aceasta se face uimitor de repede.

Experiența ne a demonstrat că prin această augmentare a metabolismului local se obține nu numai o vindecare rapidă dar și o cicatrice estetică. Dacă este vorba de o regiune descoperită, tratamentul actinoterapic poate avea inconvenientul, că produce o pigmentațiune nedorită și dezagreabilă. Aceste dezagrame se pot evita utilizând odată cu iradiațiunea ultra-violetă filmul de Uviol (după procedeul lui Weidenreich) sau în lisa unui asemenea film completăm tratamentul prin 2—3 ședințe de iradiațiuni infra-roșii, cari fiind antagoniste cu cele ultra-violete, împiedică depunerea pigmentului.