

# CLUJUL MEDICAL

PUBLIKAȚIUNEA

FACULTĂȚEI DE MEDICINĂ

ANUL I. No. 7

1 AUGUST 1920

—  
REDAȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA  
CLINICA OFTALMOLOGICĂ

CLUJ - ROMÂNIA

BUCUREȘTI

—  
TIPOGRAFIA „CULTURA”

Strada Cămpineanu, 15

1920.



CLINICA MEDICALĂ DIN CLUJ

## **Contribuții la simptomatologia sifilisului stomacal**

Prof. Dr. IULIU HATIENGAN

Ocupându-ne cu diferitele afecțiuni stomacale am dat atențiunea cuvenită și leziunilor de natură sifilitică. În serviciul nostru o parte însemnată a bolnavilor o formează gastricii. În scurtă vreme dela luarea în primire a clinicei au stat sub observație 120 bolnavi, care nu prezentau decât acuze și leziuni gastrice. Pornind dela experiența făcută și de alții, că leziunile sifilitice ale stomacului sunt destul de dese, am examinat cu deosebită atențiune toate cazurile și din acest punct de vedere.

Diagnosticul sifilisului stomacal prezintă o greutate ivindu-se sub tabloul clinic al celor mai deosebite boale stomacale.

Formele ulcerative (pilorice, mediogastrice), stepozante, pseudocanceroase sifilitice, sunt din punct de vedere clinic așa de similare afecțiunilor de altă natură, în cât diagnosticul va fi posibil numai din antecedente, reacția Bordet-Wassermann și probă terapeutică. Aceste deosebite forme neavând caractere clinice patognomonice, diagnosticul se va face numai din proba de laborator și terapeutică, dacă în toate boalele stomacale vom insista asupra acestui punct.

Pe lângă aceste forme cu o localizare mai mult sau mai puțin circumscrisă trebuie să relevăm în deosebi formele cu infiltrație difuză hiperplastică a peretelui stomacal ori a țesutului retroperitoneal și retromezenterial din regiunea ventriculară, cari forme din punct de vedere

clinic produc o microgastrie cu achlorhidrie și insuficiență pilorică, ori o tumoră fixată epigastrică sensibilă cu o secreție normală a stomacului. Aceste forme față de celelalte prezintă un tablou clinic așa de caracteristic, în cât le putem considera ca forme clasice ale sifilisului stomacal, gastritele sclerozate și limitele plastice carcinomatoase și tuberculoase fiind mai rare.

Formele difuze, sclerozante, sifilitice le putem colecționa sub numele de microgastrie, care la radioscopie este atât de evidentă, în cât ne atrage atenția imediat în această direcție. Infiltrația difuză a peretelui stomacal duce la o ciroză, sclerozare, care la radioscopie se evidențiază prin imaginea unei microgastrii, care nu au fost până în prezent destul descrisă.

Cazurile publicate sunt foarte puține. *Epinger, Barrett, Schwartz, Mühlmann*, au descris câteva cazuri de microgastrie. Stomacul ocupă loc în loja superioară stângă abdominală. La radioscopie prezintă o imagine mică rigidă, fără contracții, ori cu contracții foarte superficiale. De multe ori arată incurvații ușoare stabile, cari imită peristaltismul. Evacuarea prin pilor este continuă și rapidă. Această rigiditate se datorește îngroșării peretelui stomacal prin augmentarea țesutului conjunctiv submucos. Imaginea stomacului este transversală, ori ușor oblică, pilorul fiind partea cea mai joasă. Este schimbată mai ales partea medie și pilorică, iar spre tuberozitate adese ori se dilatează brusc, în cât avem imaginea unei pâlnii. În deosebire de scirhusul canceros, umbra pare margini bine limitate și nu prezintă defecte, lacune.

Nu-i permis să neglijăm nici experiența făcută cu tumorele sifilitice difuze retroperitoneale localizate retrostomacal, cari interesând și pancreasul prezintă pe lângă fenomenele gastrice și fenomene pancreatoduodenale ori pancreatosolare. Aceste infiltrații retroperitoneale și mesenteriale sifilitice se prezintă sub aspectul unei tumore difuze maligne retroperitoneale cu o dominanță a fenomenelor dureroase. În aceste cazuri nu apare tulburarea secreției stomacale.

Dacă vom cunoaște aceste tablouri clinice adeseori vom fi în posibilitate de a diagnostica sifilisul stomacului

din simptomele clinice și nu va fi numai o boală constatabilă anatomopatologică și prin probă terapeutică, după cum cred și astăzi unii clinicieni. Pentru ilustrarea celor sus enunțate expunem pe scurt patru cazuri de sifilis stomacal observate în serviciul nostru.

*Observația I.* C. A. 33 ani.

Acuză senzații de plenitudine, dureri epigastrice, cari se accentuează după ingestie, vărsături, inapetența. Antecedentele heredocolaterale și personale fără importanță. Neagă orce infecție sifilitică.

Bolnava de o constituție mijlocie cu tegumente palide. Sensibilitate pronunțată în regiunea pilorică. Radioscopie: imaginea stomacului mică, antrul piloric și partea medie de grosimea 2 centimetri, fără contractii. Evacuarea continuă și rapidă prin pilor care după două ore este completă. La dejunul de probă: acidul clorhidric = 0. aciditatea totală = 4, acidul lactic negativ. Pe baza simptomelor de durere, vărsături, microgastrie cu absenta acidului clorhidric liber, am presupus o alterație sifilitică a stomacului. Reacția Bordet-Wassermann pozitivă. I-se institue tratament antisifilitic. După câte-va zile apetitul revine, vărsăturile și durerea dispar, se alimentează bine, părăsește serviciul ameliorată.

*Observația II.* B. J. 42 ani.

Dureri epigastrice după masă și nocturne de doi ani. Neagă infecția sifilitică. Sensibilitatea în regiunea pilorică.

La radioscopie imaginea stomacului de o lățime de 2—3 centimetri, cu mici incurvațiuni persistente similare unor contractii peristaltice. Evacuarea rapidă și continuă. Acid clorhidric liber = 0, aciditate totală = 8. Acid lactic = 0. Bordet-Wassermann pozitiv. Pe baza acestor simptome i se pune diagnosticul de microgastrie sifilitică. I-se institue terapia antisifilitică. Bolnavul se ameliorează în mod evident. Durerile dispar și crește în greutate.

*Observația III.* E. R. 28 ani.

Intră în serviciu cu dureri epigastrice de 2 ani, cari se ivesc și fără alimentație și se accentuează noaptea. Vărsături după masă, senzație continuă de foame. Bolnava prezintă două ulceratii în regiunea preauriculară dreaptă, ușoară, sensibilitate în regiune epigastrică. La Radioscopie sub ipochondrul stâng stomacul prezintă o imagine transversală subțiată de lățimea 2 centimetri cu ușoare contractii și evacuare continuă prin pilor. Acid clorhidric liber = 6 aciditate totală = 18. Reacția Bordet-Wassermann pozitivă. După câte-va fricțiuni mercuriale și 1—2 gr. iodur vărsăturile încetează, durerile dispar, bolnava

are o senzație generală bună, ulcerațiile preauriculare se cicatrizează în zece zile, și la două săptămâni părăsește spitalul. La eșire cântărește cu patru kilograme mai mult, aciditate totală = 60, acid clorhidric liber = 30; radioscopie un stomac în formă de cârlig, contracții bine exprimate, imaginea mai mare aproape dublă, față de prima examinare.

*Observația IV, N. L. 25 ani.*

Bolnav de două luni. Debut brusc, cu dureri rebele abdominale, cari după câte-va zile se calmează, ca apoi să revină cu o intensitate și mai mare după un interval de 12 zile, de când durerile sunt persistente cu accentuare în forma de accese mai ales după masă și noaptea. Acelese dureroase suntacompaniate de accesiuni de temperatură. Durerea localizată în epigastru iradiază în flancuri, omoplați, în accese durerea este de multe ori insuportabilă; bolnavul devine furibund cu tulburarea cunoștinței. Bolnav de constituție mijlocie cu tegumente foarte palide, sistemul nervos, aparatul respirator-circulator normal. Abdomenul distins, în regiunea epigastrică se palpează o rezistență fixată, netedă, sensibilă, care se extinde mai mult transversal deasupra ombilicului perzându-se aproape neobservabil îndreapta sub falsele coaste, în stânga spre flanc. Deasupra tumorei la palpatie transversală, obținem o ghiorăitură. La insuflarea stomacului epigasturul bombează și tumora dispăre. Insuflarea este foarte dureroasă. Ficatul și splina depășesc falsele coaste cu o lățime de două degete. Acid clorhidric liber 25, aciditate totală 50. La radioscopie stomac forma Rieder. În partea pilorică spre curbura mică se vede o lacună, încât prezintă o imagine lineară, care se deplasează ușor asupra tumorei. După cinci ore stomacul e evacuat. Cu ajutorul cateterismului duodenal se află funcționarea normală pancreatică. Din aceste simptome se presupune o tumoră retroperitoneală cu semne mai mult pancreaticosolare (dureri intense abdominale, cari prezentându-se în accese iradiază în spate și flanc). După 10 zile bolnavul părăsește serviciul. La un interval de 2 săptămâni intră din nou în serviciul nostru, cu dureri intense continue, care nu-l lasă să doarmă, încât este într-o stare cachetizată, anemiată. În epigastru se află aceeași rezistență sensibilă. Formula sângelui normală, reacția Bordet-Wasserman pozitivă. Pe baza acestei reacții și a tumorii fixe sensibile cu dureri intense se pune diagnosticul unei infiltrații retroperitoneale difuze sifilitice, confirmate și prin ficatul și splina mărită, cari semne se încadrează bine în tabloul clinic al unui sifilis visceral. I se institue un tratament antisifilitic energetic. După o săptămână tumora a diminuat în mod vadiț, nu e sensibilă, bolnavul nu acuză dureri este vesel, apetitul exagerat, niicile oscilații de temperatură dispărute. După un tratament de două săptămâni ameliorat părăsește spitalul. Este văzut după trei luni dela eșirea din spital, când se constată dispariția totală a tumorei.

Din experiența aceasta deși încă de scurtă durată reese în mod evident, că sifilisul stomacal va deveni o boală cu atât mai deasă cu cât vom căuta mai minuțios în această direcție și cu cât vom cunoaște mai multe cazuri. Deși această leziune rară prezintă ecele mai variate tablouri clinice la analizarea mai serioasă a simptomelor vom găsi anumite semne caracteristice, care ne vor servi de o orientare în punerea diagnosticului. Ivirea deustul de deasă a acestei boale, după cum arată observația clinicii noastre ne impune în mod logic, să executăm în toate afecțiunile stomacale reacția Bordet Wassermann. Ni se impune aceasta în special în toate cazurile de microgastrie cu aclorhidrie acompaniate de dureri epigastrice, continue, cu accentuare și cu senzație de foame pronunțată, simptome foarte semnificative pentru sifilisul stomacal. Forma aceasta clinică fiind atât de deasă credem, că sindromul durerii epigastrice nocturne, microgastriei, aclorhidriei și hipermotilității caracterizează tabloul clinic al sifilisului stomacal. Microgastria interesând mai ales partea pilorică și medie a stomacului se poate prezenta sub forma unei pâlnii dilatându-se rapid spre partea cardiacă a stomacului și tocmai această formă este, care caracterizează microgastria sifilitică la radioscopie. Diagnosticând 4 cazuri de sifilis stomacal din 120 cazuri gastrice și aflând 3 cazuri de această formă, credem, că aceasta este forma clasică a sifilisului stomacal, care are simptomatologia sa proprie foarte caracteristică, din care vom putea pune cu oarecare siguranță diagnosticul sifilisului stomacal. Pe lângă această formă clinică, trebuie să relevăm tabloul tumorilor retroperitoneale sifilitice, cari sunt asociate de o slăbire profundă, dureri paroxistice și hipertrofie hepato-splenică. Aceste tumori epigastrice sunt o manifestație caracteristică a sifilisului visceral și debutează sub tabloul clinic al unei tumori stomacale.

Cunoscând simptomele, microgastrie cu aclorhidrie și tumora fixă sensibilă în regiunea epigastrică cu antecedente gastrice, credem, că adesea ori vom fi în posibilitatea de-a pune diagnosticul din tabloul clinic, care se

va confirma prin proba terapeutică și reacția Bordet-Wassermann.

Din această experiență a clinicii noastre suntem îndreptățiți a stabili, ca patognomie pentru sifilisul stomacal microgastria cu aclorhidrie, iar pentru tumorele epigastrice retroperitoneale dureroase, se impune totdeauna depistarea etiologiei sifilitice.



CLINICA PSICHIATRICA DIN CLUJ

# SIFILIS AL VASELOR MICI

## SCLEROZA COMBINATĂ A MĂDUVEI, SPONDILITĂ RIZOMELICĂ

de Profesor Dr. C. I. URECHIA

Ion M. de 53 de ani, intră în serviciul clinicii noastre la 18 Decembrie 1919.

Nu se poate stabili exact, decând datează boala sa, e probabil să fie de 3—4 ani.

Pupilele sunt mici, cu circumferența neregulată și nu reacționează aproape de loc la lumină; reflexele patelare sunt exagerate, cele achiliene și abdominale sunt abolite; semnul lui Babinsky pozitiv de ambele părți; în vorbă se remarcă o dizartrie spastică; demența bolnavului ne împiedică, a cerceta eventuale turburări mai fine de sensibilitate. Bolnavul nu se poate ține pe picioare, presiunea mușchilor și mișcările pasive devin dureroase. La ambele picioare se observă o paralizie a extensorilor și o atitudine vicioasă consecutivă. Coloana vertebrală e cifotică, curbura fiind mai însemnată în regiunea lombară, dureri în centură, picioarele sunt în flexiune din genunchi și rigide, flexiunea fiind mai însemnată de partea stângă. Culcat pe spate piciorul drept ne apare ușor flectat în genunchi iar din articulația ilio-femorală o ușoară abducțiune internă, piciorul stâng într'o flexiune mai însemnată și cu o anchiloză aproape completă. Incercând în mod pasiv ca să îndepărtăm un picior de altul, vedem că abducția este aproape imposibilă. Sensibilitatea termică pare ușor întârziată. Reacțiunea de de-

generescență este incompletă în mușchii peronei. Incontinență urinară. Mintal se constată un grad de demență: memoria de fixație și de evocație alterată, nu știe dacă este sau nu însurat, deși are copii; desorientat în timp și spațiu; asociația de idei se face greșit; indiferent de starea sa; câteodată cântă sau fluieră, sau se întreține singur.

8 Martie 1920 Mintal aceeași stare de demență simplă; corporal însă slăbește mult. incontinența devine completă.



Fig. 1

Flexiunea picioarelor însă devine foarte însemnată, și mai ales de partea stângă.

Încercând a imprimă mișcări articulației ilio-femorale se constată o însemnată anchiloză.

La 15 Martie face o bronhopneumonie gripală cu care sucombă.

La necropsie creierul apare cu meningele ușor îngroșate și cu granulațiuni discrete pe părțile laterale ale ventriculului al IV-lea. Măduva macroscopică nu

prezintă nimic anormal. La pulmoni bronchopneumonie, rinichi puțin sclerozați.

Se fixează bucăți din măduvă în Müller și în formol, bucăți din creier se fixează în alcool și formol.

Secțiuni din măduvă făcute la congelare se colorează pentru mielina cu metodele rapide, apoi cu metodele lui *Mann*, *Alzheimer* hematoxilina, *Van Gieson Bielschowsky*. La examenul microscopic se constată degenerescența cordoanelor piramidale încrucișate, din care nu au mai rămas decât câțiva tubi de mielina palizi; în cordoanele



Fig. 2

posteroare se constată o scleroză insulară și mai puțin însemnată, care interesează mai mult cordonul lui *Goll*; scleroza e mai însemnată în apropiere de substanța grisă și apare mai bine în evidență cu metodele lui *Mann*, *Alzheimer*, *van Gieson*. Scleroza în cordonul posterior se limitează la bandoleta lui *Pierret* și se prezintă prin urmare sub aspectul de *tabes incipiens*. În focarele de scleroză se întâlnesc celule nevroglice cu prelungiri fibrilate și cu numeroși corpusculi de umplură, (*Füllkörperchen* a lui *Alzheimer*); acolo unde acești corpusculi sunt în mare cantitate cilindrii axi nu se mai văd, unele celule

nevroglice au nucleul în ipercromotoză, iar în protoplasma se observă vacuole, sau metil-blau-granule.

Scleroza nevroglică se observă și în substanța cenușie a măduvei. În multe locuri se observă foarte bine cum scleroza pornește dela vase.

Cu metoda lui *Bielschowsky* se observă însemnate



Fig. 3

vacuole xantocromatice în celule, precum și pe alocurea transformarea granuloasă a endofibrilelor.

Vasele din măduvă sunt îngroșate.

Pe secțiuni din creier colorate cu metoda lui *Nissl* se constată procese cronice regresive; o foarte însemnată cantitate de materie xantocromatică; celule în bastonaș în

cantitate moderată, neurofagie însemnată. În adventiția vaselor foarte numeroase produse de desăgreare, pe opt secțiuni cercetate cu mare amănunțime am constatat două celule plasmatiche. Ceea ce însă e foarte important e proliferățiunea celulelor vasculare, cari prezintă nucleii numeroși, bogați în cromatină și cu protoplasma intens colorată. În unele vase mici proliferățiunea celulelor endoteliale și adventițiale e așa de însemnată în cât lumenul vasului nu se mai poate distinge. Leziunile de acest fel

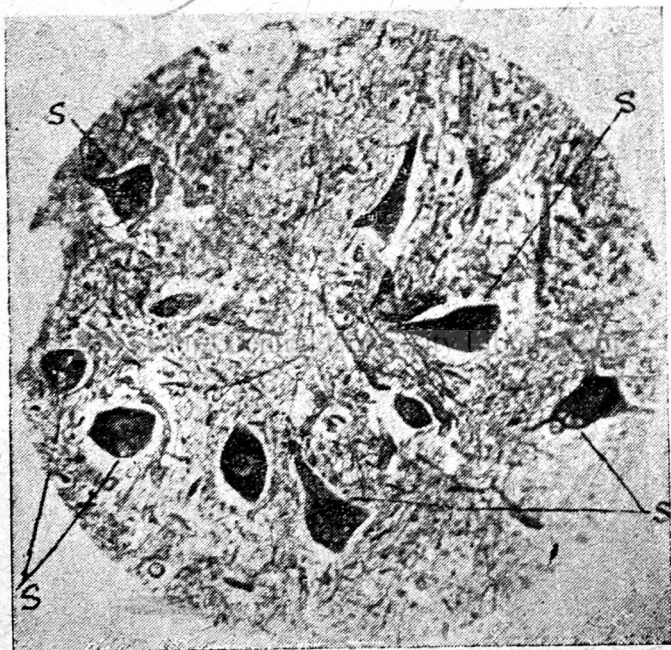


Fig. 4

sunt cunoscute dela lucrările lui *Alzheimer* mai ales sub numele de sifilisul vaselor mici. Acest gen de alterațiune specifică întrevăzut de *Schüller* (1872) descris apoi de *Nissl*, *Alzheimer*, *Sagel*, *Krause*, *Ranke*, etc. constituie o leziune extrem de rară, și până la un punct discutabilă. Clinicește cazurile descrise până acum se prezintă ca epilepsie, paralizie generală staționară, paralizie generală, catatonie, și ilis cerebral. Într'un caz observat de mine și *Obregia* aspectul clinic era acela al unei demențe pre-

coce confuzive. (Lucrările laboratorului și clinicei psihiatrice din București 1919 p. 136).

Cum acest gen de psychoză sifilitică, caracterizat anato-

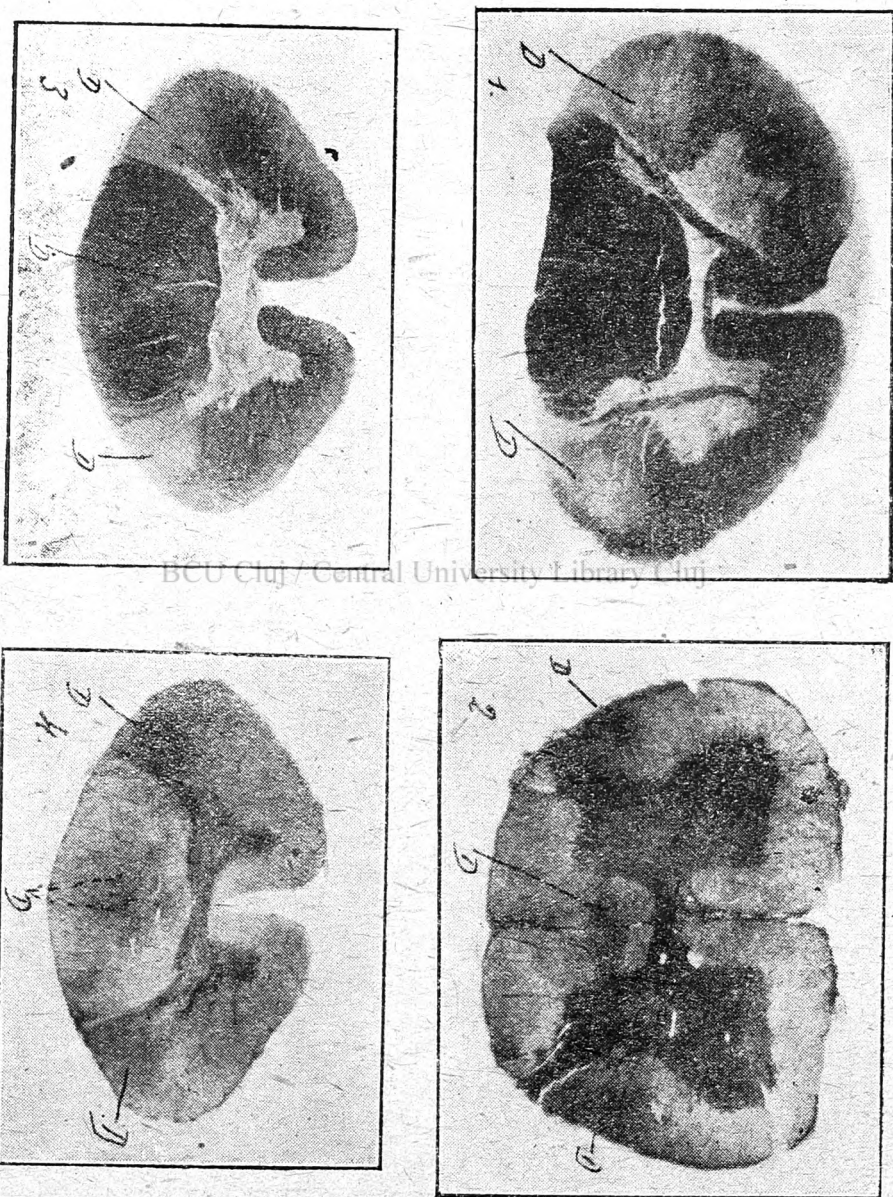


Fig. 5

micșeste printr'un proces neinflamator e contestat de unii autori, tocmai pentru motivul, că leziunile sifilitice sunt caracterizate printr'o infiltrație de limfocite și plasmocite.

cite în teaca vaselor, cazul de față constituie până la un punct o contribuție evidentă pentru originea sifilitică a afecțiunii, prin prezența a câtorva celule plasmatiche. Dacă în observațiunile publicate până acum de *Nissl*, *Alzheimer*, *Sagel*, *Ranke* nu s'au găsit decât labrocite (celule mast) fie în adventiție fie în meninge, în cazul de față s'a putut constata câteva plasmotice, fapt, care după cum spuneam mai sus tinde, a stabili și mai mult natura sifilitică a acestor arterite proliferative.

Un alt fapt demn de remarcat în observația de față, e concomitența leziunilor medulare cu cele cerebrale. De obicei când sifilisul atinge măduva, iar la necropsie nu găsim leziuni infiltrative, turburările mentale eventuale se pun pe socoteala unui factor toxic, deși până acum nu se cunosc toxine sifilitice (*Doflein*).- Sifilisul arterelor mici găsit în acest caz de tabes combinat și turburări turburări mentale trebuie să ne atragă mai mult atenția pe viitor asupra depistării acestor leziuni în așa zisele psychoze tabetice. Cazul nostru se apropie de cel publicat de *Ranke* în care se găsea asemenea alterațiuni medulare și o enterită de tipul *Heubner* într'un vas dela bază.

Față de spondilita, ce interesase pe lângă coloana vertebrală și articulațiunile ilio-femorale, și cum bolnavul era un sifilitic se pune întrebarea, dacă distrofia osoasă era și ea de natură sifilitică. Spondilita sifilitică e considerată de foarte rară și descrisă de *Autenrich*, *Leyden*, *Ziesche*, *Cooper*, *Jasinski* etc. Atinge de preferință regiunea cervicală. Concomitența unei paraplegii și a unei spondilite sifilitice se pare, că nu e semnalată decât într'un singur caz al lui *Jasinski*, la un copil, Judecând însă strict nici în cazurile lui *Jasinski* și nici în cazul meu nu s'a făcut un control microscopic, pentru a putea spune fără nici o urmă de contestare dacă procesul era de natură sifilitică sau dacă era vorba de o coincidență. Până la probe contrarii însă probabilitatea rămâne pentru natura sifilitică a acestei spondilite.

## CLINICA PSICHIATRICĂ DIN CLUJ

---

### O mică modificare a metodelor de colorațiune rapide a melinei de Profesor dr. C. I. URECHIA

---

Metodele de colorațiune a melinei pe secțiuni făcute la congelații și fixate în formol se bazează pe o mordare în alumen de fier (6—12 ore) și o colorație cu hematoxiliană. Autorii întrebuițează hematoxilina ferică a lui Weigert sau hematoxilina apoasă (24 ore), (Nageotte, Loyez, Spielmayer).

Noi întrebuițăm alumenul de fier ca și autorii precedenți în soluție de 2 sau 4%, în care mordăm piesele la cald 4—6 ore și apoi în locul hematoxiinelor obișnuite, întrebuițăm hematoxilina alcoolică 10% în care e suficient să lăsăm secțiunile un ceas. La nevoie se poate întrebuița și hematoxilina 10% în care lăsăm piesele jumătate ceas. Diferențiem în alumen feric ca și în procedeele clasice.

---



## CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

# SITUAȚIA TRACHOMULUI ÎN ARDEAL

Prof. Agr. Dr. D. MICHAÏL  
Directorul Clinicii

DE  
și

Dr. I. PUȘCARIU  
Asistent I al Clinicii

Trachomul există în stare endemică în Ardeal ca și în restul României. Războiul care s'a terminat însă, prin enorma mișcare de populație pe care a produs-o, prin mizeria și relele condițiuni igienice ce a adus cu el, a dat trachomului condițiuni atât de favorabile de propagare și agravare, în cât astăzi se găsește răspândit în Ardeal și probabil și în vechiul regat ca și în toate țările infectate anterior războiului — pe o scară atât de întinsă în cât merită să ne atragă o deosebită atențiune.

În articolul de față vom căuta să arătăm după statisticele clinicii Oftalmologice din Cluj care este situația relativă după război a trachomului în Ardeal și se va vedea că această eudemie ia proporțiuni amenințatoare. Este sigur că statistica noastră singură este departe de a fi icoana fidelă a stărei reale a trachomului în Ardeal, dar având în vedere că actualmente nu există o statistică generală a trachomului și că pe de altă parte clinica oftalmologică din Cluj este unul din centrele oftalmologice cele mai importante din Ardeal, este neîndoios că datele sale statistice exacte și metodic studiate pot să aducă relațiuni de o importanță socială necontestată. Dacă studiem curba grafică alăturată care reprezintă cifra trachomatoșilor îngrijiți pe luni la clinica Oftalmologică din Cluj în cursul anului 1919 și a anului 1920 până la luna Iunie vedem că această curbă prezintă 2 maxime și a-

nume: unul în trimestrul Mai-Iunie-Iulie, care este și cel mai accentuat, iar al 2-lea în trimestrul Septembrie-Octombrie-Noembrie.

Dacă studiem comparativ cifrele trahomatoșilor îngrijiți în aceleași luni ale anului 1919 și 1920 găsim o mărire reală a numărului trahomatoșilor din lunile anului 1920, față de cele din 1919.

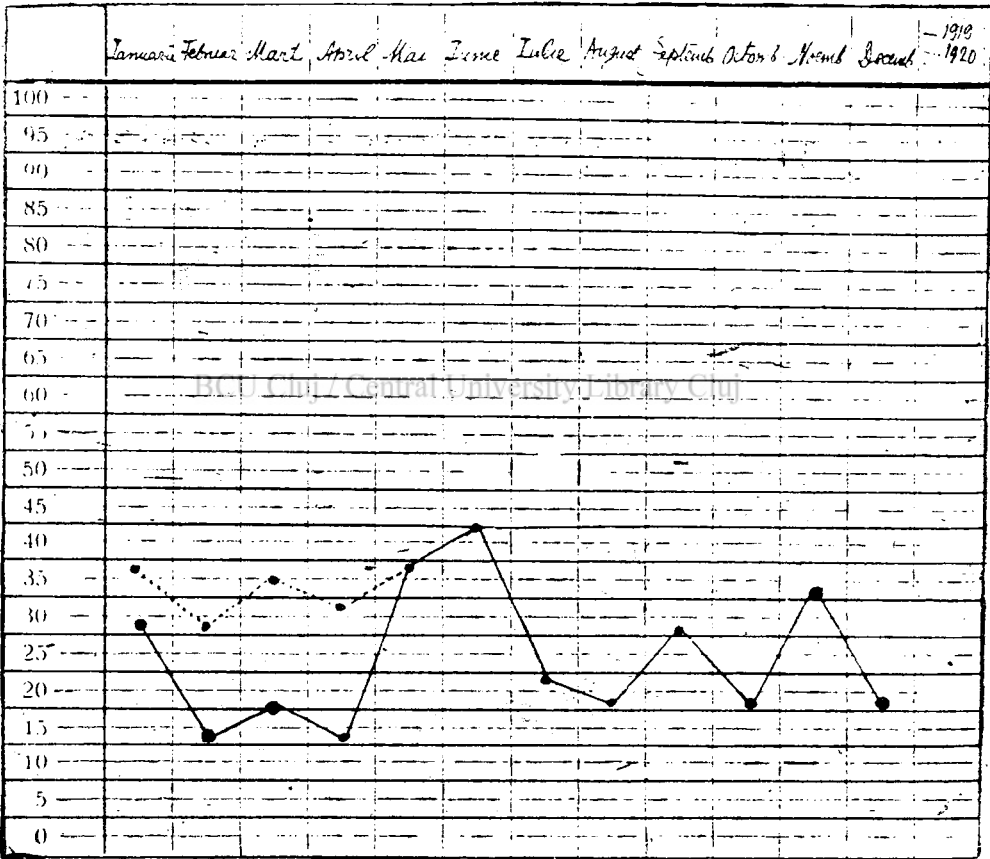


Fig. 1. — Grafica trahomatoșilor îngrijiți la Clinica Oftalmologică din Cluj în anii 1919—1920.

Situația trahomului în anul acesta reiese deci mai gravă în Ardeal ca aceia din cursul anului trecut. În realitate situația este cu mult mai serioasă și mai gravă. Dacă în adevăr studiem foile de observație ale cazurilor prezentate și îngrijite la clinică vom vedea că aproape toată irateea cazurilor s'au înfățișat cu formele cele mai grave

ale trachomului și cu complicațiuni corneene adânc compromițătoare ale vederii. Acest fapt ne indică că în realitate trachomul trebuie să aibă în Ardeal o răspândire puternică, necunoscută încă, că o mare parte dintre trachomatoși rămân complet sau cu totul insuficient tratați atât prin ignoranța gravității afecțiunii, cât și prin lipsa aproape completă a specialiștilor cât și în fine prin greutatea mijloacelor de transport cari împiedică pe mulți să vină să se caute într'un centru medical de cele mai multe ori prea depărtat.

Dacă la acești factori mai adăugăm și pe acela al neglijenței bolnavilor cari nu se prezintă la tratament decât atunci când fenomenele oculare au devenit atât de supărătoare în cât le împiedică activitatea, precum și credința lor, rezultată din ignoranță, că dacă vin la spital în orice stare apoi trebuie să iasă de acolo complet vindecați, vedem cât de complexă se prezintă problema trachomului nu numai în Ardeal dar în chiar întreg cuprinsul țării noastre.

Dacă controlăm statistica cazurilor de trachom prezentate la clinica oftalmologică din Cluj în timpul anului 1919 și până la Iunie 1920 găsim că numărul lor se urcă la cifra totală de *492 cazuri* aproape în totalitate grave.

Repartizate pe județele Ardealului și în ordinea descrescândă a numărului lor, aceste cazuri se pot grupa astfel:

- Județul Cojocna 230 cazuri.
- Județul Turda-Arieș 57 cazuri.
- Județul Solnoc-Doboca 54 cazuri.
- Județul Turda-Mureș 30 cazuri.
- Județul Sălaj 21 cazuri.
- Județul Bistrița-Năsăud 13 cazuri.
- Județul Brașov 13 cazuri.
- Județul Trei-Scaune 9 cazuri.
- Județul Hunedoara 9 cazuri.
- Județul Sătmar 8 cazuri.
- Județul Târnava-Mare 8 cazuri.
- Județul Ciuc 7 cazuri.

Județul Arad 5 cazuri.  
 Județul Sibiu 3 cazuri.  
 Județul Alba de jos 3 cazuri.  
 Județul Târnava-Mică 3 cazuri.  
 Județul Maramureș 3 cazuri.  
 Județul Torontal 3 cazuri.  
 Județul Făgăraș 1 caz.

Reiese deci din această statistică cât și din harta alăturată, că clinica Oftalmologică din Cluj este un centru important oculistic al Ardealului către care afluează un mare număr de trachomatoși, în special ai Transilvaniei superoare.

Dacă rezumăm acum într'o mică statistică numărul cazurilor de trachom ospitalizate față de acel al cazurilor tratate numai în mod ambulant la consultațiile zilnice ale clinicii găsim că:

Dela 1 Ianuarie 1919—1 Iunie 1920 au fost ospitalizați... 174 trachomatoși.

Dela 1 Ianuarie 1919—1 Iunie 1920 au fost tratați ambulant 318 trachomatoși.

Rezultă deci că din numărul trachomatoșilor prezentați la clinică în cursul acestui timp nu au putut fi ospitalizați decât un număr de 35.35%, iar restul de 64.65% au trebuit să fie tratați în mod ambulant cu toată gravitatea stărei lor oculare și cu toate că majoritatea lor necesitau o ospitalizare cu o supraveghere apropiată a stărei lor oculare.

Având însă în vedere că clinica nu posedă decât un număr de 18 paturi rezervate trachomului, dintre care 13 pentru bărbați și 5 pentru femei, reiese în mod evident imposibilitatea materială în care ea se găsește de a face față marelui număr de trachomatoși ce se prezintă.

Cum pe de altă parte clinica este destinată prin partea ei ospitalizantă numai studiului și învățământului și numai prin partea ei consultativă este destinată publicului mare, suferind mai reiese o nouă imposibilitate de a lărgi cadrul ospitalizării actuale.

Dacă dela aceste considerațiuni statistice trecem la concluziunile practice ce se impun, credem a clarifica

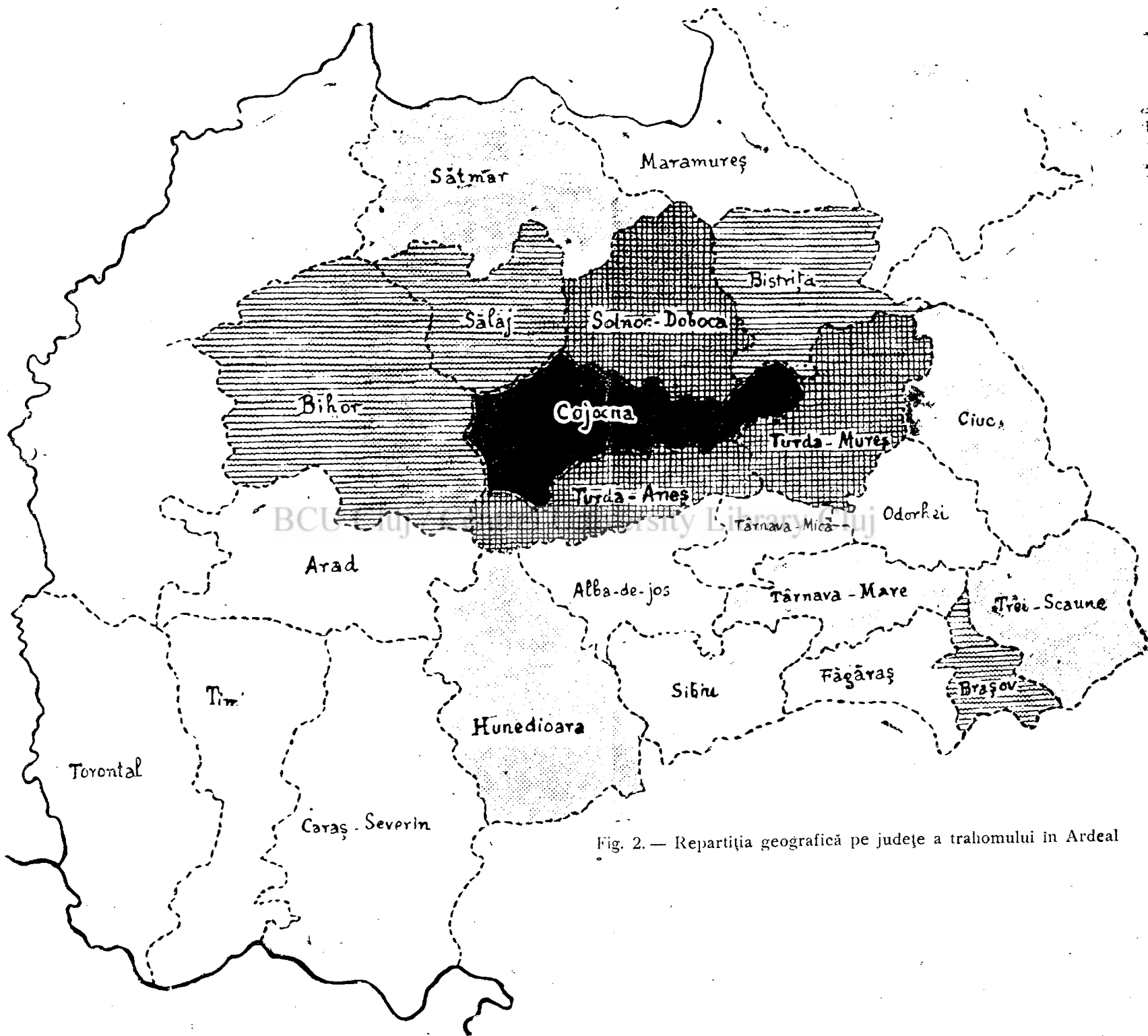


Fig. 2. — Repartiția geografică pe județe a trahomului în Ardeal

soluționarea problemei trachomului în Ardeal și în întreg cuprinsul României prin următoarele puncte de vedere:

1. Trebuie neapărat înființate centre ospitalizante de trachom în diverse puncte ale țării, fiindcă problema trachomului a încetat de mult a fi numai o chestiune a armatei și a rasei evree, cum crede încă o mare parte a lumii noastre medicale. Trachomul a devenit cu deosebire în urma războiului o problemă socială de o importanță sanitară tot atât de mare ca și a celorlalte maladii sociale dela noi.

Soluționarea acestui punct nu ar prezenta în Ardeal atât de mari dificultăți, fiindcă în această direcțiune nu ar fi decât să adaptăm împrejurărilor noastre vechia organizație din Ardeal.

În primul rând ar fi de repus în funcțiune secțiunile oculistice cari existau la diverse spitale județiene și a le da o existență reală prin conducerea lor de către medici specializați.

În al 2-lea rând ar fi creiarea de centre noi oculistice pure în regiunile pe cari statisticele oficiale riguros exacte cât și inspecțiunile sanitare expres ordonate le-ar indica ca cele mai potrivite pentru satisfacerea nevoilor sanitare oculare ale populației.

2. Formarea medicilor specialiști este o chestiune tot atât de importantă ca și crearea spitalelor de ochi sau a serviciilor de trachom.

Chestiunea aceasta prezintă încă cu atât mai mult interes cu cât numărul oculiștilor de care dispune astăzi țara este mai mult decât insuficient. Insuficiența lor s'a putut remarca cu deosebire atât în timpul campaniei cât și în perioada care a urmat după dânsa, când epidemiile de trachom luaseră în toate ținuturile românești o extensiune atât de mare în cât s'a întreprins o adevărată goană pentru descoperirea oculiștilor. Formarea oculiștilor se impune însă cu mai multă tărie în prezent când majoritatea celor cari există astăzi stau îngrămădiți în deosebi în București și când nevoile sanitare oculare ale țării sunt atât de mari, în cât o mare parte a bolnavilor sunt nevoiți să-și ducă nenorocirea fără putință de a-și ameliora starea. Această specializare se poate realiza cu

folos în două chipuri: prin crearea de medici specialiști în trachom așa precum există în vechea organizare sanitară și prin crearea de oculiști propriu ziși a căror creațiune este cea mai necesară, dar care și cere timp.

Formarea medicilor specialiști de trachom are avantajul că se poate realiza în mod rapid și poate satisface trebuințele urgente ale populației. Instrucțiunea lor obligatorie, timp de 1-2 luni, se poate face într'una din clinicile universitare existente ale țării, în cari se vor face cursuri speciale și cari vor elibera certificate de specializare pe baza cărora acești medici vor fi utilizați.

Acești specialiști ai trachomului vor putea juca atât rolul de inspectori sanitari speciali pe regiunile infectate, cât și rolul de terapeutiști în centrele oculistice fixate în aceste regiuni. Grație lor se va putea stabili statistica reală a trachomului, se va face terapeutica cea mai adaptată, iar nu cea aleatorie și tempestivă pe care o vedem administrată azi de mulți dintre medicii existenți fără pregătire oftalmologică; se vor supraveghea cazurile vechi, recidivele și se vor scoate din registrele trachomatoșilor cei vindecați; se vor propune măsurile profilactice dictate de împrejurările locale și se va face propaganda igienică necesară în centrele în cari trachomul bântue cu mai multă furie cu deosebire din cauza ignoranței gravității afecțiunii.

Afară de acești medici prea specializați, a căror importanță actuală este foarte mare, dar a căror existență ar putea să fie provizorie, trebuie însă să se depună toată munca pentru crearea de adevărați oculiști. Va trebui să avem de aci înainte un număr cât mai mare dintre ei și răspândiți în toate centrele oculistice mai importante ale țării.

Pregătirea lor solidă necesită o asistență mai îndelungată într'una din clinicile universitare existente. Formarea acestor specialiști trebuie pe deoparte încurajată prin crearea unor perspective pe care până acum nu le-au avut, ceea ce i-a îndepărtat totdeauna pe tinerii medici dela această specializare în țara noastră, iar pe de altă parte trebuie să li se dea posibilitatea să-și facă în toată amploarea această specializare.

Crearea serviciilor ocaliste (care în Ardeal nu ar întâmpina o mare dificultate fiindcă o parte din ele există însă fără specialiști) ar satisface dezideratul perspectivei acestor specialiști.

Tendința clinicilor noastre universitare din Cluj de a-și recruta asistenții dintre tinerii medici, cari duc o viață studioasă de interni, credem că va reuși să creieze mai cu ușurință și mai rapid un număr suficient de specialiști bine pregătiți, cari nu vor aștepta decât să fie utilizați.

3. Alcătuirea unei statistici generale a trachomului pentru toată țara ar fi una din măsurile cele mai de urgență de luat. Numai pe baza unui asemenea studiu se va vedea situația reală îngrijitoare a trachomului și se va constata că dacă Franța și Italia au dat acum după război alarma pentru pericolul trachomului apoi cu atât mai mult trebuie să dăm noi această alarmă, de oarece încă dinaintea războiului, țara noastră era ca și Ardealul întreg bătut de trachom.

4. Să se înființeze posturi de oculiști cu funcționare reală de inspectori ocalari în școli, industrie și armată, fiindcă la orașe în special dela aceste institutii pornesc focarele principale ale trachomului.

5. Să se dea o extensiune mare publicității de broșuri oficiale de profilaxie și tratament a trachomului, cari să se răspândească în toată țara și tutulor medicilor oficiali, fiindcă faptele zilnice ne arată tot mai mult că există încă o concepție foarte nebuloasă a medicilor atât în concepția clinică a trachomului, cât și în profilaxia și tratamentul său.

Această publicitate să meargă și mai departe și să ia un caracter de popularizare prin publicarea de afișe medicale relative la boalele de ochi și în special la trachom, cari să se răspândească mai ales la țară, unde cu deosebire populația se găsește în suferință.

6. Chestiunile de igienă și profilaxie a boalelor oculare să ia un loc și în educația tineretului nostru școlar, prin alcătuirea de capitole speciale în cărțile de învățământ în cari încă nu au pătruns la locul cuvenit atâtea chestiuni de igienă de interes național.



# TUBERCULOZA BOLȚEI CRANIULUI

DE

Dr. VALENTIN ST. JOHN

Medic Primar, Serviciul de Chirurgie al Spitalului  
de Stat din Târgul Mureș

Tuberculoza poate determina o necroză limitată a bolței craniului, constituind atunci forma zisă *perforantă* (Volkman, Gangolphe); sau poate produce, mai rareori, o infiltrație progresivă, extinzându-se sub forma de focare tuberculoase care invadează o însemnată parte a *craniului*: *infiltrația* progresivă difuză a lui Koenig. Prima formă este aceea care ne interesează în primul rând, atât din cauză că este mai frecventă, cât și pentru că este susceptibilă de un tratament chirurgical și chiar de vindecare.

Maladia nu poate să fie o tuberculoză primitivă sau izoiată, căci cei atinși prezintă aproape totdeauna alte lezi mi. E privită ca apanagiul celei de a 2-a copilării și a adolescenței. Debutează, după majoritatea autorilor, în diploc, invadează pe urmă fie tabla externă, fie cea internă, sau ambele, și le perforază. Totuși Tilmann ar fi văzut procesul debutând în tabla internă. Spre periosť afecțiunea dă naștere, deseori, la un abces osifluent, dar, se pare, că n'are tendința de a-și manifesta activitatea în acelaș grad în direcția meningelor. Oasele mai des atinse sunt frontalul și parietalul, și numărul perforațiilor este foarte variabil. Roger a descris în ultimul timp o perforație unică descoperită la autopsie. Bergmann socotește acest fapt ca regulă; totuși el a putut găsi șapte la un bolnav; iar Ménard a găsit 29 de perforațiuni la craniul unui copil.

Simptomul principal, ca să nu zicem singurul, este formarea abcesului, rece în regiunea frontalului, sau parietalului. Diagnosticul acestui abces nu va prezenta nimic deosebit, și va fi ca atât mai ușor, cu cât se vor găsi și în altă parte localizări bacilare. Se va întâmpla din când în când, dacă conținutul abcesului se găsește în contact cu meningele prin intermediul unei perforațiuni suficient de mari, ca pulsațiile encefalului să fie transmise abcesului. În alte cazuri se va desvolta o ulceratie tipică a pielii, sau o fistulă prin care sonda explorativă întâlnește osul denudat, sau, în caz de perforație, percepem chiar „elasticitatea caracteristică a durei mater.” Mult mai rară va fi constatarea, în locul unui abces, a prezenței unei mase fungoide ocupând o depresiune osoasă sub periostul îngroșat, și ne vom feri de a confunda această cu o gomă sifilitică. Au fost observate, ca semne de hipertensiune intracranienă, vărsături și somnolență. Dar, în definitiv, avem puține semne caracteristice, afară de abcesul rece; iar dezvoltarea acestuia poate fi tardivă. Așa că mult timp această gravă afecțiune poate rămâne ocultă.

Fără a insista mai mult, vom expune cele două cazuri observate de noi.

**OBSERVAȚIA No. 1.**— G. T. 30 ani, suferind de câțva timp de dureri de cap, care devenind din ce în ce mai accentuate, îl culcă la pat în ziua de 18 Iulie 1919. Durerile îmbrăcau două forme: în regiunea frontală junghiuri ușoare, în regiunea occipitală o durere surdă dar foarte pronunțată și persistentă. Urmase în timpul din urmă un tratament specific. Ambii plămâni erau atinși de tuberculoză. Sudori nocturne profuse. Febră vesperală. Wassermann negativ.

La 1 August se observă o ușoară tumefacție în regiunea pleoapei și a frontului drept, și la 9 August se procedează la deschiderea unui mare abces supra-orbital, puroiul evacuat, după aspectul macroscopic, ar putea să fie de natură tuberculoasă. Cefalgia occipitală este imediat ușurată. Incizia, foarte mică, se închide în decurs de trei săptămâni.

La 1 Septembrie un alt medic deschide un abces în regiunea pleoapei superioare drepte, și la 16 Septembrie o a treia colecție în regiunea frontală dreaptă.

Diagnosticul de tuberculoză a bolței crainului a fost confirmat după cea de a 3-a incizie prin faptul descoperirii unei

depresiune în substanța osoasă situată imediat sub fistula necrotică a celei din urmă incizie.

În tot timpul lunilor August și Septembrie temperatura vesperală ajungea aproape zilnic  $39^{\circ}$  și  $39.5^{\circ}$ , și pacientul se plângea mult de sudori nocturne.

*Operația I*, 6 Octombrie 1919. Facându-se anestezie generală, tăiam un lambou mare în potcoavă cu baza în jos în regiunea dreaptă a frontului. Găsim imediat puroi, fungosiți, și trei mici perforațiuni ale osului, cu un diametru 3—4 m. m. Toate sunt limitrofe cu sutura coronară din partea dreaptă. Introducând sonda canelată simțim un plan profund, rezistent care nu este altul decât tabla internă. Perforațiunile sunt situate pe un parcurs de 4 cm., și dând curba necesară sondei putem constata că sunt reunite printr'un tunel care trece între tabla externă și cea internă. Acest tunel căptușit de fungosiți, este transformat într'un canal unic larg de  $1\frac{1}{2}$  cm., servindu-ne în acest scop când de Dalgren, când de daltă.

Examinând marginele acestui cal cu sonda, mai descopăr un tunel fistulos îndreptat spre linia mediană unde se găsește o a 4-a perforațiune largă de un cm., descoperită printr'o incizie cam perpendiculară pe ramura internă a potcoavei. Acel tunel este de asemenea transformat într'un canal larg de 2 cm., care se termină la perforațiunea acum deserisă. Fundul acestui canal este format de tablă internă, dar în regiunea perforațiunii aceasta sau lipsește totalul său este reprezentată numai de niște lamele ușoare care sunt ușor îndepărtate. Dura mater prezintă caracterele pachimeningitei și e foarte rezistentă sub curetă.

Ceva deasupra arcadei sprincenoase drepte se găsește o a 5-a perforațiune, largă de 2 cm., de formă alungită dar neregulată, care corespunde cu fistula cutanată rămasă după incizia celui din urmă abces, și care se simțise înainte de operație ca o depresiune în substanța osoasă. Aceasta perforație se deosebește prin faptul că pare să fie cu totul izolată de celelalte. Baza ei este formată de dura mater și cavitatea plină de fungosiți conținând câteva sevestre mici.

Nemai găsim nici-o leziune osoasă îndrumăm atenția noastră spre lambou. Periostul ridicat cu acesta este atins secundar într'un grad redus. În fața perforațiunilor cele mai mici este căptușit de granulațiuni puțin aderente, și numai în jurul perforațiunii celei mari, care comunică cu exteriorul, prezintă o îngroșare mai însemnată. Se curăță tot cu curetă și badijonăm de două ori cu iod. Sutura complectă. Dren de sticlă pentru secrețiuni și meșă introdusă în perforația cea mare.

Cu sonda introdusă prin fistulă care persistă la extremitatea externă a arcadei sprincenoase mai simțim os denudat. Dar ridicarea acestei leziuni o rezervăm pentru o intervenție ulterioară, deoarece ar cere o nouă incizie la baza potcoavei

a cărei formă și întindere nu poate fi Prevăzute, așa că vitalitatea lamboului ar putea fi pusă în primejdie.

Urmări: vindecarea per primam, Cavitatea drenată se închide după trei săptămâni. Starea generală bună.

*Operația II*, 17 Noembrie 1919. Sub marcoză cu cloroform incizia horizontală pe partea externă a arcadei sprincenoase. Cu sondă se simte un traect care se îndreaptă spre linia mediană a frunței, și ceva în sus. Prelungirea incizei prin părțile moi și îndepărtarea tablei externe, așa că se face, ca în prima operație, un canal larg de  $1\frac{1}{2}$  cm., având tabla internă ca bază. Ajungem până în apropierea liniei mediane unde găsim o lipsă a tablei externe care este înlocuită de un tuberculom având dimensiuni 3 cm. pe 4 cm. Se îndepărtează cu cureta și se constată lipsa și a tablei interne, unde dura mater este expusă. Aceasta este curetată bine, și marginile osoase, care sunt friabile, sunt resecate. Secvestre nu sunt, cel mult câteva fracmente mici. Dura pulsează și este expusă. pe o distanță corespunzătoare cu limitele orificiului lărgit de uoi. Eaminând marginile acestei lacune, observăm că comunică în mod liber în jos cu o cavitate mare, care depășează linia mediană. Aceasta nu poate fi decât sinusul frontal, drept, sau chiar amândoi formând o cavitate unică. Cureta lui Volkmann extrage fungosități în abundență, Raclaj metodic al sinismului Badijonaj de două ori cu iod. Sutura complectă a incizei. Se pune un dren mic. Vindecarea per primem.

\* \* \*

O lună după operație, bolnavul poate fi evacuat din spital într'o stare de sănătate foarte mulțumitoare. Apetit și somn cât se poate de bun. S'a îngrășat vizibil. Nu tușește, dar asudă deși mai puțin. Se simt neregularități în regiunea frontală în urma multiplelor jghiaburi practicate în bolta craniului, și o depresiune pulsatilă spre mijlocul frunței.

OBSERVAȚIA II-a. — Fetiță de 18 luni. Intrată la 25 Octombrie 1919. Ar fi căzut pe frunte cu 10 săptămâni înainte. După spusele rudelor, regiunea s'a umflat imediat, tumefacția a fost tare la început și s'a muiat după 2 săptămâni (?). De 14 zile curge puroi dela o rană care s'a format sportan de-a-supra ochiului stâng. Copila plânge mult, are somnul turburat, nu are apetit și a slăbit.

Copila bine dezvoltată. In centrul regiunii frontale, o tumefacție circulară, cam la 4—5 cm. diametru, care se întinde în jos până la rădăcina nasului. Pielea din partea centrală are o nuanță roșiatic-violetă. La periferie se simte un șant rezistent și înăuntru acestuia fluctuație. Căpătăm impresia netă a unei depresiuni în substanța osoasă. Pe pleoapa superioară stângă;

imediat sub arcada sprincenoasă, este o crustă sub care se ascunde o mică fistulă, din care ese ceva secrețiune. Printr'o puncție făcută în centrul părții fluctuente se evacuează câțiva c.c. de puroi de natură tuberculoasă, așa că eliminăm diagnosticul de hematom supurat. După puncție se simte mult mai bine depresiunea în osul frontal mărginită de șanțul sus-menționat.

*Operație.* 29 Octombrie 19 9.

Anestezie ușoară cu eter și cloroform. Se face o incizie în potcoavă cu baza în jos. Se disecă un lambon compus din toate țesuturile moi, golind osul, care are aspect normal. Periostul ridicat cu lamboul este căptușit de fungosități, care sunt la periferie mai numeroase, mai aderente și mai organizate, caractere care ne-au dat impresia greșită a unui șanț, mărginind o depresiune în os. Se îndepărtează toate fungositățile. Din colțul stâng inferior al plăgei ajungem cu sonda, pe urmă cu degetul cel mic, până la arcada sprincenoasă unde, imediat deasupra fistulei, osul se simte denudat și aspru. Curetaj. Badijonaj cu iod. Sutura plăgei.

Decurs: Vindecare per primam. Fistula închisă după 14 zile. Temperatura normală după operație.

Când reflectăm asupra acestor două cazuri, primul lucru care oprește atenția noastră este etatea bolnavilor. Am pomenit deja că după majoritatea autorilor afecțiunea aceasta rară se dezvoltă în a doua copilărie și în adolescență. Ambele cazuri deviază dela regulă, subiectul primei observație fiind un adult de 30 de ani, și al doilea fiind un copil de 18 luni. Și în chestia coexistenței altor leziuni bacilare cazurile noastre confirmă regula numai în parte. Primul pacient prezintă tuberculoză pulmonară, fără însă a avea alte leziuni externe, iar al doilea pe cât s'a putut constata, era îndemn de alte localizări tuberculoase.

Dacă comentăm diferite puncte în ordinul în care s'au prezentat atenției noastre, ne vom opri în acest loc asupra abceselor reci. De observat este că în ambele cazuri dezvoltarea abcesului osifluent a fixat diagnoza, dar ce este interesant e faptul că, în cazul adultului, leziuni extrem de întinse au dat naștere unui abces foarte tardiv, pe când la copil abcesul s'a produs timpuriu și leziunile osoase erau minimale. Mai este de notat impresia greșită căpătată prin palpația tumefacției la copil. La a-

dult am simțit o depresiune pe fața osului, și nu ne-am înșelat. La copil eram tot așa de sigur de acest lucru, totuși nu s'a confirmat. Cazul este analog cu hematomele subperiostale ale craniului care se produc la copii, unde organizația sângelui apare în primul rând la marginea osului dând impresia unei fracture cu înfundare.

Să mai atragem atenția asupra încetărei în primul caz a cefalgiei, care înainte de evacuarea abcesului era extrem de tenace. Faptul s'ar putea explica printr'o decompresiune a creierului, de oarece conținutul abcesului trebuia să fie în comunicație cu spațiul extradural prin intermediul perforațiilor.

În decursul intervențiilor practicate în primul caz am căpătat convingerea că afecțiunea începuse în diploe, în care s'a propagat pe urmă într'o zonă foarte întinsă, perforând ici-colo tablele osoase care cuprind diploe între ele.

Invadarea sinusului frontal este de un interes însemnat. Tuberculoza sinusului este extrem de rară. N'am găsit descris decât un singur caz în literatura restrânsă de care dispun, acela al lui Panse, care găsisse toate cavitățile anexe ale foselor nazale pline de mase tuberculoase și părțile superior al orbitei cariât pe ambele părți. Oricât de rar ar fi astfel de cazuri, invadarea sinusului descrisă în prima observație n'are nimic surprinzător dacă asociem dezvoltarea anatomică a sinusurilor între cele două table ale frontalului cu prezența leziunilor diploice în imediata apropiere. Faptul că nu s'a putut preciza dacă sinusul stâng era atins în acelaș timp ca cel din dreapta este destul de firesc, de oarece despărțitura prezintă deseori o deviațiune pronunțată într'o parte sau alta, și poate fi perforată în mod normal. Și grosimea sa, în multe cazuri foarte redusă, ar înlesni distrugerea prin procesul bacilar.

În privința pierderii de substanță osoasă datorită fie unei destrucții patologice, fie unui act operatoriu, autorii au observat că aceste pierderi de substanță au o tendință a se umplea, și anume tot cu țesut osos. Bergmann a găsit în centrul unui granulom tuberculos un fragment alperetului osos lat de 1 jum. cm., la care s'a pu-

tut recunoaște tabla externă și internă, cuprinzând între ele diploe infiltrată de formațiuni caseoase. Lipsa de crice-lăcună corespunzătoare a peretelui craniului, a cărei suprafață era netedă și sănătoasă, făcuse ca să se concludă la o eliminare spontană a sevestrului cu umplerea consecutivă prin țesut osos de neoformație.

În lipsa abcesului sau altor leziuni superficiale (fistulă, granulom, etc.) diagnoza poate prezenta greutate considerabile. Cefaleea lipsește de obicei, cel mult vom observa „o durere localizată la un punct fix al boltei craniului, durere surdă, accentuată prin presiune, fără maximum nocturn” (Roger). Febra, dacă există, va fi de depăim explicată prin prezența altor leziuni, de ex. tbe. pulm. Coesistența altor leziuni bacilare la un individ mai tânăr care acuză simptome oricât de neînsemnate din partea craniului, ne-ar putea pune pe urma diagnosticului. La adult sifilisul este cea mai frecventă din afecțiunile craniene, și ne vom gândi cu deplină dreptate la această boală când un astfel de individ cu antecedente specifice, și mai ales cu Wassermann pozitiv, se plânge de o cefalee puternică și persistentă. Se pot închipui greutățile diagnostice întâmpinate la subiectul primei noastre observații înainte ca să apară abcesul. În favoarea unei tuberculoze craniene era numai leziunea pulmonară. Astfel că diagnosticul corect n'ar fi găsit decât un singur punct de sprijin, și acesta cât se poate de slab, de oarece tuberculoza nu exclude sifilisul. Pe de altă parte bolnavul avea antecedente specifice și înainte de tot suferea de o cefalee intractabilă.

Prognosticul trebuie să fie foarte rezervat. Din 16 bolnavi cari au fost în cura lui Koenig 12 prezintau alte localizări tuberculoase, și din aceștia numai 2 erau în viață după zece ani. Din cei 4 cu leziuni craniene primitive au sucumbat 2. Totuși nu trebuie să ne abținem de la o intervenție energetică, care va consta în îndepărtarea cât se poate de radicală a tuturor părților bolnăve. Rezultatele noastre sunt dovada că urmările imediate pot fi mulțumitoare.

În concluzie un cuvânt asupra celor două forme atribuite în general tuberculozei boltei. Să ne fie permis de

a pune la îndoială exactitatea observațiilor care au făcut ca să nască concepția acestor două forme. Este oare stabilit că forma „perforantă”, și cea zisă „difusă” sau „cu infiltrație progresivă,” reprezintă două entități clinice bine deosebite? Credem că concepția această este bazată pe o interpretare greșită a faptelor. Subiectul lui Ménard, de pildă, nu era oare un caz de tuberculoză difuză prezentând pur și simplu un număr excepțional de perforațiuni, proporționat totuși întinderii boalei? Și subiectul primei noastre observațiuni, al cărui craniu era infiltrat pe o scară neobicinuită și prezenta un granulozom destul de voluminos și numeroase perforațiuni, nu face el parte din aceeași categorie? Fără a ne pronunța în mod dogmatic asupra unui capitol patologie de care oricine dintre noi nu poate avea decât o experiență foarte restrânsă, avem impresia bine definită că cele două forme descrise nu reprezintă decât două *etape* deosebite în evoluția tuberculozei bolței craniului.

Pacientul de care am vorbit în prima noastră observație, ne scrie la interval de 5 luni și jumătate de la ultima intervenție următoarele despre starea sa: Se simte bine; nu tușește; apetitul bun; n'are febră; doarme bine n'are dureri de cap. Cicatricele vindecate toate, afară de cea de lângă nas din care se scurge din când în când câte o picătură de puroi. Adâncătura de la mijlocul frunții e aproape nivelată și nu se mai simt pulsațiuni. Nervozitatea i-a dispărut. Nici o turburare cerebrală.



CLINICA CHIRURGICALA DIN CLUJ  
Director Profesor Dr. IACOBOVICI

## Considerațiuni asupra pancreatitei acute hemoragice cu steatonecroză, sugerate de un caz clinic

DE

Dr. AL. RADULESCU

și

Dr. TITU RUSSU.

Adjunct la clinica chirurgicală Medic  
șef și director de spital din Cluj

Pancreatita acută hemoragică, cu sau fără necroză grăsoasă, a preocupat în ultimul timp pe chirurghi, mai ales în ceea ce privește etiologia și tratamentul său.

Această boală ne având nici un semn clinic propriu, caracteristic, se pare că e foarte dificil de diagnosticat, mai ales fiindcă împrumută semnele altor majadii chirurgicale.

Indicațiunea operatorie, totuși, ne stă la dispozițiune, lucru de altfel de căpetenie.

Dăm observațiunea clinică de mai jos, fiindcă ni se pare că are o importanță documentară de netăgăduit și din ea vom trage apoi concluziile necesare și vom face oarecari considerațiuni asupra acestei maladii, utilizând publicațiunile mai recente.

**Observațiune.** *Pancreatită acută cu steatonecroză. Laparatomie, drenajul pancreasului. Moarte.*

În ziua de 12 Ianuarie 1920 este adusă în clinică femeia Ana G. în vârstă de 31 de ani, de profesiune casnică, din Cluj, pectru dureri violente abdominale.

În antecedentele hereditare și colaterale nu găsim nimic important. În cele personale nu găsim nici o malădie infecto-contagioasă. Menstruată la 14 ani, epocel catameniale succe-

dându-se normal. Măritată la 18 ani, a avut un copil care la 9 luni a murit. N'a avut avorturi, Se pare că nu a avut sifilis. Acum 12 ani, într'o noapte, s'a trezit cu dureri violente în ipocondrul drept, dureri cari răspundeau în spate și în umărul drept; a avut vărsături și apoi icter. Atacurile acestea s'au repetat de atunci în mai multe rânduri. Ultimul este acesta pentru care vine în serviciu și care a început cu o zi mai înainte. La orele 10 dimineța, când am văzut'o noi, bolnava bine constituită, cu tegumentele normale ca aspect, cu țesutul celulo adipos bine dezvoltat; faciesul era ușor gripat și dispneizantă; puls 90, temperatura 36,°C, respirația 24. Acuză dureri vii în regiunea epigastrică și are vărsături apoase.

Abdomenul la inspecție este ușor balonat, hiperestezic, cu o contractură generalizată, care face imposibilă orice tentativă de examinare. I se pune o pungă cu gheață pe abdomen pentru ca fenomenele să se mai delimiteze. Bolnava e constipată; urinele de o culoare roșie închisă nu conțin nici albumină nici zahăr, dar se pun în evidență pigmenți biliari.

Deși diagnosticul de colecistită calculoasă părea că se impune, totuși indicația de urgență operatorie nu era și am hotărât să așteptăm desfășurarea simptomelor.

La orele 18 reexaminând bolnava am văzut că pulsul devenise frequent, tegumentele palide, faciesul gripat și durerile mai vii în bară la epigastru. Aveam în fața noastră tabloul clinic al unei inundații peritoneale ca în sarcina extrauterină, sau ca acela al hemoragiilor interne abdominale. Flancurile erau mate.

Insistând asupra anamnezei aflăm că bolnava cu o săptămână mai înainte avusese menstruație, care durase cele trei zile obișnuite. Tușeul vaginal care era dureros nu ne-a dat altă indicație decât că fundurile de sac erau libere.

Diagnosticul de sarcină tubară ruptă a fost înlăturat. Totuși, pentru matitatea în flancuri, pentru durerea vie în bară la epigastru, pentru paliditatea și sudorile reci ce le prezenta bolnava am rămas la diagnosticul de hemoragie internă de cauză necunoscută și am hotărât intervenția.

De altfel n'ar mai fi putut fi de cât probabilitatea unei colecistite perforate, care și ea indică operația de urgență.

*Operația.* Procedăm la laparotomie supraombilicală, de oarece în etajul abdominal superior socoteam sediul hemoragiei. La incizia țesutului subcutanat am avut o mare surpriză, asupra căreia atragem deosebit atențiunea. Grăsimea, în loc să fie semisolidă ca de obicei, avea, din contră, consistența unei slănini ținute la frig, densă, de culoare galbenă, din care nu ieșea nici picături de grăsime, nici sânge. Acest fapt ne-a mirat foarte mult și totuși nu i-am putut da explicațiunea.

Ajungând la peritoneu, am constatat, spre marea noastră satisfacțiune, că prin transparență se vedea culoarea neagră a

sângelui revărsat. Facem incizia peritoneului și o cantitate mare de lichid negricios ca apa amestecată cu funingene, umplea abdomenul. După ce am lăsat să se scurgă excesul, am constatat imediat, pe marele epiploon, ce se evidențiază, pete caracteristice ca de lumânare și transformarea epiploonului în întregime într'o masă ca de seu. Diagnosticul de pancreatită cu steatonecroză era evident.

Am evacuat cât mai complet abdomenul de lichidul hemoragic descompus și am continuat incizia verticală printr'una orizontală, după maniera lui Czerny pentru ca să putem explora căile biliare, știind că în ele, în cele mai multe cazuri, rejidă cauza acestor pancreatite hemoragice. La explorarea vezicii biliare, care părea de altfel normală, am simțit câți-va calculi extrem de mici, cari în nici un caz nu obstruau nici cisticul nici coledocul în care nu se simțea nimic. Micul epiploon prezenta și el petele de necroză, dar mai ales sufuziuni sau glere întinse. Căutând să explorăm pancreasul, am incizat epiploonul gastrocolic și am constatat că era mărit de volum și transformat într'o masă mare pulpoasă plină de chiaguri de sânge și resturi de organe. Explorând, pe cât ne-a fost posibil, coledocul și în porțiunea lui pancreatică, nu am putut constata prezența vre-unui calcul. Din cauza stărei generale a bolnavei ne mulțumim să dilacerăm capsula pancreasului și să drenăm regiunea cu două tuburi mari de cauciuc și tamponate de gaz. Inchidem peretele abdominal. Operațiunea a durat aproape o jumătate de oră. Bolnavei i s'a făcut ser subcutanat, injecțiuni cu camfor și cafeină, i s'au pus sticle calde, termofoare etc.

Starea de șoc continua. A doua zi dimineața temperatura era de  $35^{\circ},2$  și pulsul 180, continuându-se starea de șoc.

În urma serului, cafeinei și camforului, temperatura a ajuns seara la  $37^{\circ},4$  iar pulsul la 120.

Bolnava nu mai are dureri, se simte mai bine și răspunde întrebărilor, devenind chiar comunicativă. Noaptea este puțin agitată și are insomnie. Dimineața a doua de la operație temperatura este de  $37^{\circ},2$ , pulsul bun, limba bună, bolnava însă e dispneizantă. I se reface pansamentul, pentru că secrețiunea îl umpluse, tuburile lăsându-se la locul lor.

Seara are  $37^{\circ},6$ , pulsul ceva mai frequent și agitația mai marcată.

În dimineața a treia statu-quo. La orele 12, bolnava moare subit.

*Autopsia* este făcută de d-l prof. Titu Vasiliu, căruia îi datorăm și datele anatomo-patologice.

La deschiderea plăgei abdominale, care era drenată se scurge un lichid negricios. Intestinele erau congestionate, iar epiploonul era transformat într'o masă grăsoasă, dură, prezentând foarte evidente și caracteristice pete albe, turtite, izolate sau confluențe, formând plăci și semănând destul de bine cu

petele de lumânare. Pete asemănătoare se găseau și pe micul epiploon și pe mezenter. Micul epiploon precum și epiploonul gastrocolic, prezentau sufuziuni sanghine caracteristice. Pancreasul era moale de o culoare roșie vânătă murdară, formând o masă difluentă, necrotică. Se observă aceleași pete gălbui albicioase și în masa pancreasului. Capul acestuia era cât o mandarină și la secțiune suprafața apare ca un mozaic format din părți galbene și albicioase; restul glandei este o substanță necrotizată prin autoliză.

Vezicula biliară cu aspect normal conținea bilă și câțiva mici biliari; conductele biliare erau permeabile până la ampula lui Vater unde se găsea un calcul biliar de dimensiunile unui sămbure de roșcovă care era pe jumătate degajat în duoden. Canalul lui Wirsung era complet până în porțiunea unde pancreasul distrus, ca și canalul lui Santorini.

În organele toracice nu s'a găsit nimic anormal.

La examenul microscopic al secțiunelor făcute la ghiată, s'a evidențiat o necroză însemnată a pancreasului și a țesutului interstițial. Din acest țesut nu se mai vede de cât o rețea de fibre conjunctive și nu se mai colorează niciun nucleu. În zonele necrozate se găsesc infiltrațiuni sanghine și celule glandulare necrozate.

Pe alocuri glandulari sunt aproape normali deși hiperefici. Nu se evidențiază nici o inflamațiune, caracterizată prin infiltrație leucocitară. În piesele colorate cu Scharlach se observă în porțiunile necrozate o ușoară colorație rozată. Caracteristic e faptul să atât petele de lumânare cât și țesutul necrotic nu se colorează cu Scharlach.

Observațiunea precedentă ne îndeamnă să facem o mică incursiune în studiul pancreatitei acute relevând ultimele cercetări și lucrări în această direcțiune.

În ceea ce privește *etiologia* acestei maladii, clarificarea nu s'a produs încă. S'a susținut că la rasele de nord boala ar fi mai frecventă decât la celelalte și aceasta pentru motivul ridicol că literaturile americane, germane și engleze, sunt mai bogate în cazuri clinice.

În ceea ce privește sexul, deși *Chavany* și *Guyot* susțin că n'ar avea nici o influență, se pare totuși că în sexul femeesc sunt mult mai multe cazuri și într'adevăr, studiind literatura acestei chestiuni în ultimii ani am găsit că numărul femeilor întrece cu mult pe acela al bărbaților. Dealtfel, lucru pare logic, știind că litiaza biliară atinge în mai mare proporțiune femeile ca bărbații, fiindcă la ele cauzele favorizante sunt mai fre-

quente. Știindu-se legătura strânsă între calculii biliari și pancreatită urmează dela sine că aceasta din urmă ar fi mai frecventă la femei. În genere au fost încredințate apoi toate diatezele și intoxicațiile cronice pe care le găsim rând pe rând semnalate mai în toate observațiile publicate. *H. A. Dietrich* în 17 cazuri găsește drept cauze etiologice, diabetul, arterioscleroza, alcoolismul, obezitatea și colelitiiza. Această din urmă se găsește ca factor prim sau se asociază tuturor celorlalte cauze etiologice și după cei mai mulți autoși ar fi chiar cauză unică. Observațiile lui *Nordmann* arată că numai în 40% din cazuri se găsește colelitiiza, iar cele trei cazuri ale lui *Körte* sunt iarăși fără calculoză. Tot așa, din 9 cazuri ale lui *H. von Haberer* numai 6 au colecistită.

*Nordmann* ajunge prin experiențe la câini la concluzia că în mod experimental se poate produce pancreatita acută, dar numai cu condițiunea ca să se închidă întâi papila duodenală și să se injecteze microbi în canalele biliare. În aceste condițiuni 50% capătă boala.

*Simonds* încredințează și traumatismul și dă patru exemple tipice din 24, în afară de colelitiiză. Afecțiunile gastrice, dar mai ales cele intestinale și peritoneale au fost și ele bănuite. Așa, *Bungart* a observat o legătură strânsă între inflamații și subperitoneale, maladiile de stomac, duoden și intestin și pancreatită.

Maladiile infecto-contagioase au fost puse și ele în cauză și *Chauffard* și *Ravand* publică un exemplu de pancreatită acută în cursul febrei tifoide.

*Patogenia* pancreatitelor hemoragice încă nu este elucidată. Există, însă, câteva teorii pe care le vom trece în revistă.

a) *Teoria microbiiană*. S'au făcut experiențe multiple și foarte variate ca să dovedească faptul că prezența microbilor în canalele excretorii ale pancreasului ar fi suficientă să producă maladia. Injecțiunile cu microbi, de altfel toate foarte grosolane ca execuție nu sunt concludente și cu drept cuvânt *Niosi* se ridică împotriva acestui gen de experiențe. *Carnot*, *Charrin* și *Levaditi*, cari au produs prin injecțiuni intraglandulare de toxine microbiene și microbi, pancreatite hemoragice, n'au dat o

maladie absolut comparabilă cu afecțiunea clinică cunoscută.

Infecțiunea hematogenă susținută de *Abrami* pare că explică unele cazuri de pancreatită, dar în orice caz nu explică unele cazuri de pancreatită, dar în orice caz un extrem de mic număr.

*Anspurger*, într'o comunicare mai recentă susține — deși părerea era emisă mai de mult de *Lerliche* și *Armand* — că infecțiunea se face pe cale limfatică. Limfaticele căilor biliare și ale pancreasului fiind larg anastomozate în ganglionii retropilorici și subpilorici, se înțelege că infecțiile căilor biliare vor avea răsuneț asupra pancreasului.

Infecțiunile ascendente și descendente, atât a canalelor biliare, cât și a celor ale pancreasului au fost arătate drept cauze patogenice de către *Urban* prin studierea a trei cazuri personale.

Infecția ascendentă favorizată prin toate cauzele de stagnare în conductele biliare a fost încredințată de asemenea și cercetări minuțioase nu lipsesc nici în această direcțiune.

*Quénu* și *Duvall*, citați de *Chavigny* au semnalat de patru ori inclavarea unui calcul biliar în ampula lui Vater. Cazul nostru este un frumos exemplu în acest sens. S'a susținut că în astfel de cazuri, prin inhibiția sfincterului lui Oddi, ar pătrunde mai ușor microbii virulenti din intestin în pancreas și ar produce pancreatita.

Unul din noi (Rădulescu) dă o altă însemnătate faptului și printr'o interpretare mai conformă cu succesiunea fenomenelor, ajunge la o concepțiune patogenică diferită, pe care o vom expune mai la vale.

b) *Teoria autodigestiei pancreatice* este bazată pe faptul că de foarte multe ori nu s'au găsit microbi în exudate (*Lund, Bryant, Poster, Niosi*). S'a produs pancreatită tipică injectându-se în canalele pancreatice papaină (Carnot) bilă (Opie), clorur de zinc (Tiroloix) precum și acid cromic (Gilbert și Chabrol) în ficat, care toate produc hipertenziune.

Experiențele complicate ale lui *Seidel*, tind să de-

demonstreze că boala s'ar produce prin intrarea sucului duodenal în canalele pancreatice.

Toate experimentele bazate pe injecțiuni de substanțe iritante nu pot fi decât fără nici o importanță în această chestiune. Ele fiind așa de artificiale și așa de grosolane, nu pot fi luate în considerare.

În afară de aceste două teorii clasice, unul din noi (Rădulescu) își permite să atragă atențiunea și asupra unei a treia, electivă, mixtă, rezervându-și dreptul ca atunci când mijloacele îi vor permite să o studieze din punct de vedere experimental. O enunțăm ca o simplă presupunere.

Inclavarea unui calcul în ampuța lui Vater, în loc să aducă inhibiția sfincterului lui Oddi din primul moment, după cum susțin autorii, Rădulescu crede că însăși această inclavare este produsă printr'un spasm al aceluiași sfincter. Acest fenomen este absolut general în fiziologie și nu cere demonstrațiune. Concomitent trebuie să existe și un spasm al canalului lui Santorini, cum, dacă s'ar permite comparațiunea, există o retenție urinară în operațiunile și iritațiunile anale. Ce se întâmplă atunci? *Secreția sucului pancreatic adunându-se în timpul spasmului în cantitate mare, în interiorul canaliculelor, face ca să se producă rupturi ale acestora și ale țesutului glandular, putând digera prin autoliză și distruge.*

În chipul acesta s'ar putea explica și bruscheța caracteristică a fenomenelor dramatice, neexplicabilă printr'o acțiune microbială. Spasmului îi urmează paralizia, relaxarea și cu această și invadarea microbilor în parenchinul pancreatic pe cale de digerare. Acest fapt contribuie la desăvârșirea dramei.

Dar această presupunere s'ar părea că și-ar avea rațiunea, poate, numai în cazurile în cari calculul s'a găsit inclavat, cazuri de altfel destul de rare. Cine ne poate spune că calculul în urma relaxărei ulterioare n'a căzut în duodeu și apoi s'a dus mai departe? Frecvența calculozei la bolnavii cu pancreatită, nu este un fapt puternic în sprijinul acestei presupuneri?

*Delbet*, în 1919, La „Société nationale de chirurgie”

amintește de experiențele lui Brocq, elevul său, care a putut provoca pancreaite hemoragice injectând, în cursul digestiei, bilă în canalul lui Wirsung. *Delbet crede că contractura sfincterului lui Oddi, sub influența unui reflex plecat dela căile biliare, ar putea face să rețină bila în canalul pancreatic.*

Acest mod de a concepe patogenia pancreatitei este desigur apropiat de adevăr, dar nu adevărul el însuși.

*După unul din noi, fenomenele dramatice ar fi produse prin spasmul de prim moment al conductelor excretorii ale pancreasului și că infecțiunea ar fi un fenomen survenit ulterior și anume atunci când spasmului îi urmează relaxarea fatală.*

Presupunerea aceasta, va face subiectul unor cercetări experimentale, în genul celor ale lui Niosi, cu concluzii însă, credem, diferite.

*Simptomatologia* cazului nostru nu diferă de majoritatea cazurilor de hemoragie pancreatică acută cu autosteatonecroză.

Intr'adevăr iată în rezumat tabloul clinic:

O femeie, bine constituită, puțin cam obeză, în plină sănătate aparentă, este apucată de dureri tipice de colică hepatică, cu vărsături, crampe, iradieri în umăr ale durerilor, căutând continu o pozițiune în care durerile să fie mai acceptabile etc. După un interval de timp însă, tabloul se schimbă brusc și ia aspectul unei arame peritoneale (Dieulafoy).

Reținem, ca simptom important, durerea violentă în bară — la epigastru, apoi balonarea pântecelui cu hipersenzibilitate, defensă musculară, mai ales în etajul abdominal superior, matitatea flancurilor și o stare de neelasticitate a pielii abdominale particulară. Acest simptom asupra căruia insistăm, n'a fost descris până acum și noi nu ne-am dat seama de existența lui decât după operațiune. Intr'adevăr, aceasta ne-a arătat că tesutul subcutanat era transformat într'o masă de consistență slăninei ținută la frig și când apoi am luat pielea între degete am constatat că nu mai avea nici elasticitatea și nici consistența caracteristică ei era mult mai rigidă,



mai consistentă și complet lipsită de mobilitatea și elasticitatea caracteristică.

— Atragem, deci, atențiunea clinicienilor asupra acestui *simptom de rigiditate și de neelasticitate a pielii* ce acoperă abdomenul bolnavilor cu steatonecroză. Ar fi poate un simptom ce ne-ar pune pe calea diagnosticului așa de dificil de pancreatită acută cu steatonecroză.

Dintre autorii consultați, numai *Oehbcker* menționează într'o observațiune că grăsimea la operațiune avea o stare *sui generis*.

Ca încheiere a simptomatologiei vom spune că tabloul dramei pancreatice seamănă enorm de mult cu acel al sarcinei extra uterine rupte și cine a văzut vre-o dată acest sindrom va pune imediat, dacă nu diagnosticul, dar cel puțin indicațiunea unui tratament operator imediat.

*Tratamentul* nu este altul decât chirurgical. Se face laparotomie supra ombilicală și se caută—în cazurile când cavitatea abdominală nu este inundată— a se izola peritoneul și apoi a se deschide capsula pancreasului și drena prin tuburi mari de dren cavitatea produsă prin dilacerarea glandei.

În cazurile când suculele pancreatice a inundat întreagă cavitate abdominală, atunci ne mulțumim cu rezecția epiploului în steatonecroză și drenarea pancreasului prin tuburi pe linia mediană, cum am făcut și noi în cazul nostru.

*Mayo Robson* și *Cumidge* și mai recent *Nordmann* și *Auspberger* și *H. von Huberer* cred că în pancreatita acută este de absolută nevoie cel puțin drenarea și a căilor biliare, dacă nu colecistectomia cu drenarea căilor biliare.

Statisticele lor par impresionante în ceea ce privește rezultatele comparative ale celor 2 metode de tratament. Credem însă că acele cazuri cari au permis chirurgului să poată face și o colecistectomie sau chiar numai drenajul căilor biliare erau așa de ușoare în cât s'ar fi vindecat și fără aceasta.

*Souléjoux* în darea de seamă pe 1919 a societății naționale de chirurgie spune: „Este admis de asemenea că pancreatita acută poate să se vindece chiar fără inter-

venție, dar că ea este aptă de a recidiva și pentru a preveni aceasta trebuie să se facă drenajul căilor biliare." În același articol sunt citate câteva cazuri instructive între cari acel al lui *Quénu* care a intervenit pentru crize mici pancreatice, găsim peritoneul roșu, tumefiat și îngroșat în dreptul capului pancreasului. A făcut drenajul vesiculei și recidiva nu s'a produs.

*Gosset* a găsit la un bolnav al lui în pancreas, o pangă cu chiaguri și serozitate sanghinolentă, pe care a drenat-o. După 8 zile au început din nou fenomene grave și care l'au silit să intervină și să scoată un calcul din vezică și să o dreneze. De 7 ani bolnavul nu mai are recidivă.

Similare sunt observațiile lui *Picquet de Sens*, *Leclercq*, *Mauckire*, *Lefèvre* și din toate reese necesitatea drenării căilor biliare pe lângă drenarea pungei pancreatice.

*Souligoux* mai citează încă observațiunile concludente în această chestiune ale lui *Guibé*, *Mercadé*, *Rontier*, *Bazy*, *Schwartz*, *Débbet*, *Duval*, *Tuffier*, *J. L. Faure*, publicate în timpul anului 1919.

Deși din cele expuse, s'ar părea că chirurgii sunt de acord că intervenția în pancreatitele hemoragice trebuie să se facă completată cu o drenare a căilor biliare, totuși majori chirurgilor n'au făcut decât inciziunea capsulei pancreasului și drenarea pungei prin ligamentul gastrocolic cu rezultate variabile dela autor la autor.

Așa am putea cita cele 8 cazuri ale lui *Mehlis* cu 6 morți, ale lui *Dietrich* cu 77% morți, ale lui *Rindslef*, toate mortale, ale lui *Faykiss* cu 2 vindecări din 5 cazuri, ale lui *Jenkel* cu 2 vindecări din 3, ale lui *Linder* cu 4 vindecări și 1 morți, ale lui *Nordmann* cu 5 morți din 8 etc.

Statistica lui *Leriche* și *Armand* dă 26 cazuri cu 25 vindecări.

Imensa majoritate a acestor cazuri sunt însă pancreatite acute fără inundare peritoneală și citosteatoneroză generalizată abdominală, cum era cazul nostru. Acestea sunt aproape fatal mortale, fie prin rezorbția sucului pancreatic, care pare a fi extrem de toxic, după

cum crede *Simonds*, fie și prin asocierea la această rezorbție a unei peritonite supraacute, pentru că microbii intestinali virulenți găsesc un teren de cultură minunat în dilacerarea pancreasului și în revărsarea sanghină ce caracterizează aceste pancreatite acute.

După *Pettersen*, *Tobling* și *Eckstein* cauza morții în pancreatitele acute ar fi datorită rezorbției unui product de dedublare a albuminei și nu a tripsinei.

Autorii aceștia, făcând experimental injecțiuni cu o substanță antiproteolitică, (de ex. oleatul de sodiu) pancreatită acută nu s'a mai produs.

# Privire istorică asupra spitalului oftalmologic din Braşov

(Medic-şef Dr. August Fabritiux)

DE

Dr. MIRCEA SUCIU SIBIANU

Medic secundar

Dorese să fac în acest articol o scurtă privire istorică asupra spitalului de ochi din Braşov, spre a se aduce la cunoştinţa publicului medical românesc rolul, pe care l'a jucat în trecut şi pe care l'va avea acest spital de specialitate în viitor.

Până la mijlocul secolului trecut, statul se îngrijea de bolnavii de ochi ai Ardealului în aşa mod că un medic oculist funcţionar de Stat era obligat să călătorească în regiunile unde se aflau astfel de bolnavi să-i trateze şi să-i opereze. E uşor de înţeles la ce se putea reduce tratamentul în fuga unei călătorii şi cum se putea opera în astfel de condiţiuni. A fost un mare progres, când guvernul anului 1854 a ordonat administraţiilor oraşelor Cluj, Sibiu, Târgul-Murăş şi Braşov să înfiinţeze în aceste oraşe spitale de ochi. După doi ani dela acest ordin ministerial, în 15 Iunie 1856, ia fiinţă spitalul de ochi din Braşov (Landesspital) într'o casă privată din suburbiul Schei-Braşov cu 12 paturi dezvoltând chiar în acel an, până în 30 Septembrie, o activitate binefăcătoare. În anii următori acest spital a funcţionat câte 5 luni pe an şi anume din 1 Mai până la sfârşitul lui Septembrie, ducând în fiecare vară o existenţă nomadă. În anul 1865 oraşul pune la dispoziţia spitalului de ochi, camerele din pod ale azilului de nebuni unde se instalaseră şi rămâne 24 de ani mărindu-şi numărul paturilor dela 12

la 24. Cu toate condițiunile primitive în cari acest spital era silit să funcționeze, se adunau totuși bolnavii la el nu numai din județul Brașov ci și din județele învecinate: Cicul, Trei-Scaune, Odorheiul, Făgărașul. Din această cauză s'a simțit necesitatea de a fi ținut deschis în 1887 timp de 6 luni în 1888 opt luni. Anul 1889 însemnează un punct luminos în istoria acestui spital, căci guvernul a admis bugetar ca spitalul să poată rămâne deschis anul întreg. De asemenea a admis ca spitalul să închirieze o casă proprie și să-și mărească numărul paturi or de la 21 la 37. Astfel, în timp ce în decursul anilor celelalte spitale cari luaseră ființă prin aceeași dispoziție ministerială (Tg.-Murăș și Sibiu) au dispărut (și cel din Cluj s'a transformat în clinica de ochi de azi), spitalul din Brașov grație conducătorilor a continuat să se desvolte mai departe.

La anul 1913 grație insistențelor asidue a medicilor brașoveni și a administrației judefene pe lângă guvern s'a admis a se zidi un edificiu nou de spital și fu trimis la Brașov ca comisar guvernamental profesorul oculist d-r Emil de Grosz din Budapesta — spre a studia chestiunea. La propunerea lui ministrul președinte al anului 1904 și-a dat consimțământul de a se zidi un edificiu nou pentru spitalul de ochi, cu condiția ca orașul să cedeze gratuit terenul necesar. În 1906 a început zidirea după planurile nu prea fericite ale inginerului Iendrassek, iar în Decembrie 1907, s'a deschis spitalul de ochi de astăzi cu 84 paturi cari apoi au fost ridicate la 100, rămânând cu mici variațiuni la același număr până azi.

În decursul războiului a suferit și spitalul de ochi însemnate pagube dispariția multora din efectele spitalicești a microscopului și a instrumentelor optice, frontul însăși al spitalului a fost mutilat de o granată germană. Iar activitatea medicală s'a întrerupt de asemenea pentru aproape un an. La 1 Noembrie 1919 se ia în primire de către Consil. dirigent acest spital, prin administratorul Ambrosin Pop, care cu o muncă plină de sârguință a romanizat și ordonat administrația părăsită a acestui spital.

Munca ce s'a depus în acest spital dela înființarea

lui o putem vedea într'un mod plastic din micile statistice ce urmează și anume:

Dela 1856--1863, spitalul având ca director pe Iernacz Meyr, fost asistent la prof. Rosas în Viena, a avut un total de 702 bolnavi cu 152 operațiuni, dintre cari 25 de cataractă.

Dela 1865--1871 a urmat ca director Eduard Mijsz fost operator la prof. Schuh în Viena și a avut un total de 519 bolnavi, cu 312 operațiuni dintre cari 113 catar.

Dela 1872--1888 a urmat ca director d-r Josef Fabritius, fost operator la prof. Schuh în Viena care a avut un total de 1845 bolnavi cu 691 operațiuni dintre cari 346 de cataracte.

În fine dela 1889--1920 funcționează ca director d-r August Fabritius fost operator al prof. Bilbroth în Viena, fost asistent la Czerny în Heidelberg, fost practicant al clinicii de ochi a prof. Fuchs în Viena.

În acest din urmă interval de 30 ani au fost ospitalizați 25,504 bolnavi și s'au făcut 5169 de operațiuni între cari 2211 de cataractă. În această statistică nu sunt cuprinși și bolnavii îngrijiți la consultațiile zilnice, deoarece nu s'a ținut pentru ei un registru special.

CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

Director: Prof. Dr. D. Michail

**Asupra naturii anafilactice tuberculoase a ulcerului rodens  
al corneei (Mooren)**

DE

**Dr. VIRGIL POPOVICI**

Preparator al Clinicii oftalmologice

Ulcus rodens al corneei a fost descris prima dată și numit astfel de Mooren la 1867. Doufour crede numirea de „ulcer subepitelial” mai potrivită. Afecțiunea este rară. Este mai deasă la bărbați și mai obișnuit bilaterală. Merusul boalei este de cele mai multe ori cronic și mult mai rar acut. Vederea ce rămâne bolnavilor după vindecare se reduce mai mult la o vedere cantitativă. Literatura medicală cunoaște vre-o 90—100 de cazuri. Personal am văzut două cazuri de ulcus rodens cornean: unul la Iași în faza de cicatrizare opacă a ambelor cornee, iar al doilea este cazul din lucrarea de față pe care l-am prezentat la „Soc. Științelor Medicale” din Cluj. Literatura medicală română cunoaște până acum 3 cazuri: unul publicat de prof. dr. D. Manolescu-junior citat în teza d-rului K. G. Ionescu și alte două publicate de maior dr. Vasile Popovici. După o comunicare a lui Uhthoff să știe, că această afecțiune ar fi mai răspândită în Japonia.

Asupra naturii sale oculiștii nu sunt încă fixați. În mod schematic se pot grupa astfel părerile emise de diferiții autori asupra acestei afecțiuni:

1. *Teoria nervoasă* (Ahlstrom, Schmidt-Rimpler, Hillemann) consideră leziunea, ca fiind de ordin trofic;

de oarece este însoțită de tulburări ale sensibilității corneene.

2. *Teoria tulburărilor constituționale a organizmului* (Chesneau, Asayama, Kiribuchi, Mayon) consideră leziunea ca o necroză superficială de ordin constituțional.

3. *Teoria neoplazică* (Rochat) consideră leziunea ca fiind un cancer pornit din epiteliul cornean bazal.

4. *Teoria infecțioasă* (Berardinis, Randolf, Hayashi, Ichikawa, Epalza, Koeppe) admite originea infecțioasă locală a leziunii. Părerile autorilor sunt însă variate asupra naturii agentului patogen.

Iată acum în rezumat foaia de observație a bolnavei, ce am prezentat-o Societății Științelor Medicale din Cluj la 24. IV. 1920.

**Observație:** Bolnava B. Florița, 15 ani, intră în clinica oftalmologică din Cluj la 5, I, 1920.

*Antecedente:* De 2 săptămâni i-a apărut o erupție crustoasă la narină. De 8 zile ochii au început să i se inflameze. De 4 zile nu mai vede cu ochiul stâng.

*Examenul general:* Exema nazală, cicatrice scrufuloase la gât și carie osoasă a labei piciorului stâng. Temperatura subfebrilă. Reacția Wassermann negativă.

*Examenul ocular:* Fotofobie, lăcrămare, secreție purulentă abondantă la ambii ochi. Pleoapele edemate roșii. Conjunctivele intens iperemiate.

*Cornea dreaptă:* De jur împrejurul limbului infiltrată și ușor ulcerată, iar în rest a rămas transparentă. Pupila dreaptă reacționează. Acuitate vizuală O. D. =  $\frac{1}{10}$ .

*Cornea stângă:* infiltrată în totalitatea sa, ulcerată mai ales în partea superioară, unde prezintă și un prolaps irian. Marginea ulcerului subminată. Acuitatea vizuală O. S. = 0. Percepția luminoasă este însă păstrată. Examenul bacteriologic repetat al secreției conjunctivale și a ulcerului au rămas mereu negative. Tratamentul medicamentos general și local administrat bolnavei nu a fost capabil să oprească procesul invadant destructiv-rapid al corneei. Infiltrarea și ulcerarea corneei drepte a progresat rapid sub ochii noștri cu toată terapia medicamentoasă aplicată (precipitat galben de mercur, nitrat de argint, calomel, permanganat de potas, injecții intramusculare cu biciodură de mercur, atropină, dionină, etc.) În a cincea zi dela intrarea în clinică ulcerul coprinse întreaga întindere și a corneei drepte. În decursul boalei s'a produs perforația ambelor corneei cu prolapsuri iriene cu deosebire în jumătatea superioară a corneelor. În Martie apare o „flictenă” tipică pe con



jonctiva bulbură stângă. Tot în Martie din cauza leucomului total aderent întins dela O. D. apare un glaucom, care fistulizează rapid corneea și accidentele glaucomotoase încetează. În Aprilie se clarifică cadranul infero-nazal al corneei stângi și începe a se reface în mică parte camera ant. a acestui ochi. La 15/IV/1920 se face o iridectomie optică, inf-nazală la O. S. care îi dă bolnavei posibilitatea să numere degetele la 1 m. 20 cm. în ziua (8/V/1920) părăsirii clinice. Curba termică a rămas tot timpul subfebrilă.

Rezumând această observație (în să atrag atența asupra următoarelor puncte esențiale din istoria sa clinică:

1. Cicatricile scrofuloase ale gâtului și caria osoasă a piciorului.
2. Continua stare subfebrilă a bolnavei.
3. Examenul bacteriologic al secreției: repetat negativ.
4. Reacția Wassermann: repetat negativă; trat. mercurial cu rezultat negativ.
5. Invadarea concentrică a corneelor sub formă de accese.
6. Apariția unei „flictene” tipice conjunctivale după desăvârșirea leziunilor corneene.

Bolnava păstrându-și ochii cicatrizați nu am putut face cercetări anatomopatologice și experimentale. Dacă însă studiem comparativ cazul nostru cu celelalte din literatura acestei chestiuni găsim, că prezintă o mare asemănare anamnestică cu cazul lui Hayashi (1908) a cărui pacient suferea din tinerețe de scrofuloză, debilitate și avea accese repetate de conjunctivită flictenulară, cât și ca cazul Prof. d-r D. Manolescu-junior (1910), care în istoria clinică a bolnavului notează, înainte de apariția afecțiunii oculare, ivirea de emoptizii și artralгии. Cercetând studiile anatomo-patologice făcute de autorii, cari au avut posibilitatea să facă aceste examene, găsim că toți descriu ca o leziune caracteristică a straturilor superficiale corneene ceea ce apropie istologiceste ulcerul rodens cornean de „flictena” oculară și lichenul scrofulos cutanat. De asemenea toți au notat absența bacilului Koch în aceste leziuni, care constituie iarăși o caracteristică comună cu „flictena” oculară și lichenul scrofulos.

Koeppe (1917) e singurul care publică în fine vindecare a două ulcere rodens corneane cu ajutorul tratamentului cu tuberculină, fără însă a stabili vre-o legătură între ulcerul rodens cornean și tuberculoză.

Aceste fapte clinice și anatomo-patologice mă fac să cred, că: *trebuie să existe cu oarecare probabilitate o legătură etiologică între tuberculoză și ulcerul rodens cornean* și că acest ulcer rodens cornean trebuie să fie — după cum crede și prof. dr D. Michail — rezultatul unui *fenomen de anafilixie locală oculară*, ca și cherato-conjunctivita flictenulară, oftalmo-reacțiunea, ca și conjunctivita blenoragică metastatică.

Acest mod de a vedea chestiunea ulcerului rodens cornean deschide deci un nou punct de privire asupra tuberculozei oculare și completează cercetările ce se urmăresc asupra acestui capitol la clinica oftalmologică din Cluj.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

### Bibliografie:

- Axenfeld*: Lehrbüch der Augenheilkunde 1915 pag. 345—348 și 310.  
*Beauvieux*: „Tuberculine et tuberculose oculaire“ Archives d'ophtalmologie 1912, pag. 549.  
*Dufour*: „Sur l'ulcère rougeant de la cornée“ La Clinique ophthalmologique. 1897 pag. 109.  
*Epalsa*: „Ein Beitrag zur Klinik u. pathologischen Anatomie des Ulcus corneae rodens“ Klin. Monatsbl. f. Augenhk, 1915 pag. 266.  
*Hayashi*: „Ueber das Ulcus rodens corneae“ Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1908, pag. 497.  
*Ichikawa*: „Ein Beitrag zur Pathologie des Ulcus corneae rodens“ Klin. Monatsbl. f. Augenhk. L. I. Vol. II. pag. 84.  
*G. K. Ionescu*: „Ulcerul rodens al corneei“. Teză de București 1910.  
*Koeppe*: „Ueber Heilung zweier Fälle von Ulcus rodens corneae durch Tuberkulin—injektionen nebst Bemerkungen über die mikroskopischen anatomische Untersuchung eines dritten Falles“ Zeitschrift f. Augenhk. 1917. pag. 301.  
*Manolescu și Băltăceanu* Ulcerul rodens al corneei (Revista Științelor Medicale).  
*Michail*: „Cercetări asupra fenomenelor de anafilarie conjunchivală obținute cu serul de cal“ Teză de București 1909. pag. 24—34.  
*Michail*: „Sur la nature anaphylachique de la conjonctivite blenno-

ragique endogène (métastatique)" Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Bucarest 1913. pag. 978.

*Mooren*: „Ophthalmiatische Beobachtungen“ 1868. pag. 109.

*Morat*: „L'ulcus rodens de la cornée et son traitement“. Archives d'ophtalmologie 1913, pag. 438.

*Stănculeanu și Michail*: „L'anatomie-pathologique de l'ophtalmoreaction“. Journal de Physiologie et de Pathologie générale“ Paris 1910. No. 1.

*Stargardt*: „Zür Acthiologie der phlyctenulaeren Augeneutzündung“ Bericht über 40. Ophth. Gesellschaft Heidelberg 1916. pag. 462.

*Uthoff*: „Ein Fall von typischen Ulcus corneae rodens (Mooren) auf beiden Augen.“ Klin, Monatsbl. f. Augenhk. 1914. pag. 229.

# REFERATE DE CHIRURGIE OCULARĂ

(DIN ANII 1917—1918)

DE

Dr. VIRGIL POPOVICI

Practicant la Clinica oftalmologică din Cluj

## Cataracta

*Colin* (Ann. d'Oculistique 1917) caută a ne convinge de avantajele suturei corneene, aplicată deja de Kalt și Chevallereau, la extracția simplă a cataractei. Avantaje ar fi: 1. Inchiderea sigură a plăgei; 2. Evitarea prolapsului irian; 3. Raritatea pierderii de vitros; 4. Posibilitatea aplicării unui pansament monocular dela prima zi. Însă autorul ne comunică și numeroasele complicații ce se pot ivi.

*Meller* (Zentralbl. f. prakt. Augenheilkunde 41, Jahrg) este absolut contra metodei Krückmann, de a ridica (după discizia în formă de cruce) cristalinul în camera ant, scufundând chistotomul în substanța cristaliniană până la partea post., — de oarece se poate leza cristaloida post și astfel facilitează tumescența cristalinului înspre vitros cu iritație inflamatoare și urcarea tenziunii. Detestă inciziile mici repetate, de oarece epitetul cristalinian reacționează la orice rupere de continuitate cu formarea de cicatrice capsulară, a cărui rezultat final este o cataractă secundară mai denză. Critică discizia făcută fără plan, de oarece pupila nu se curăță bine și durabil de capsulă, deși substanța cristaliniană poate fi fărâmițată.

*Fischer* (British Journal of Ophthalmology 1917) înainte de a face secțiunea lamboului cornean instilează atropină, — având ca rezultat: 1. Pupilele rămân câteva

zile dilatate; 2. Camera ant. se reface repede și 3. Nu poate fi teamă de sinechii.

*Tzytowski* (Ann. d'Oculistique 1917) comparând rezultatele postoperatorice constată: 1. Extracția cataractei în capsulă dă foarte des pierdere de vitros; 2. Extracția cu discizia capsulei are drept complicații: irita, iridociclita, cataractă secundară.

*Barraquer și Anduyned* (La Clinique Ophthalmologique 1917) descriu și laudă o metodă „d'e treme doneur” pentru extracția „in toto” a cataractei sub numirea „facoerisis” sau „facodyalisis.” După corneotomia obicinuată se aplică un aspirator pe partea anterioară a cristalinului, pe care-l scoate fără trudă evitând pericolele celorlalte metode. neuzând în acelaș timp nici de curetă, nici de zonulotom.

## Glaucom

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Meller* (Zeutralbl. f. prakt. Augenheilk, 41, Jahrg,) dă istoricul clinic precis al unui bolnav prezentat Societății medicale din Insbruck și la care după 4 ani dela trepanația Elliot executată fără reproș, o infecție i-a distrus ochiul în câteva zile. Concluziile autorului: indicația trepanației Elliot trebuie pusă numai atunci, când iridectomia lui Graefe ar fi periculoasă pentru ochi, când alte intervențiuni sunt fără rezultat durabil, ce de altfel a accentuat deja și Axenfeld. Nu este indicată trepanația Elliot la persoane tinere, în special nu la idroftalm.

*Clegg* (The British Journal of Ophthalmology 1917) face trepanația cu trepan de 2 mm. Cel mai bun trepan ar fi a lui Harrison Butlers, care ne permite a observa rana în timpul sfredelerei. Autorul însă aplică o gaură pe trepan prin care umorul apos se scurge, ce imediat se poate observa. Câmpul vizual în majoritatea cazurilor a rămas acelaș. Ce privește acuitatea vizuală:

- a) *ameliorări*: gl. acut: 70%.
- gl. subacut: 47%.
- gl. cronic simplu: 32%.

- b) *staționări*: gl. acut: 25%  
 gl. subacut: 42%  
 gl. cron. simplu: 48%
- c) *agrarări*: gl. acut: 5%  
 gl. subacut: 11%  
 gl. cron. simplu: 20%

## Plastica

*Walker* (The ophthalmic record 1917), criticând literatura transplantărilor corneene ajunge la concluzia, că transplantarea de corp strein și hetero-plastica nu au nici un viitor, iar homo și autoplastica sunt cam de aceeaș valoare.

Totul depinde de tehnică. Experimentând pe 12 câini în 9 cazuri nu are rezultat satisfăcător din cauză că a neglijat emostaza absolută înainte de acoperire cu lambou conjunctival. În 3 cazuri rezultatele erau atât de bune, în cât după 4 luni nu se mai vedea nici o urmă de operație. De notat, lamboul corneean transplantat să fie mai subțire decât defectul.

Autorul a operat și 3 leucome la om după aceste principii având rezultate satisfăcătoare.

*Teulières și Ourgand* (Arch. d'Ophthalmologie 1917) comunică un caz de grefă corneeană pediculată, acoperită cu plastică conjunctivală, care s'a vindecat, dând deja după șase săptămâni acuitate vizuală: 1/25.

*Duverger* (Arch. d'Ophthalmologie 1917) recomandă procedeul următor: Potrivit pentru refacerea exactă a bordului liber palpebral: Potrivit colobomului palpebral se extinde din pielea învecinată o bucată fără conjunctivă și apoi la fel o bucată de conjunctivă. Așezate una pe alta sutura începe din partea conjunctivei.

Chiar și operații de ectropion se pot astfel executa, dar trebuie întâi făcut colobom artificial în partea mijlocie a pleoapei inferioare.

*Arenfeld* (Deutsche Med. Wochenschrift 1917) reconstruește pleoapa inferioară cu o bucată din cartilajul urechei, a cărei concavitate să fie către bulb.

*Illig* (Arch. f. Augenheilk. 1917) întrebuințează scoica

de sticlă („Glasschale”) pentru apărarea și tratamentul simblefaronului. Este un mijloc auxiliar tehnic de operație la răniile palpebrale și bulbare. Scoica subțire, în centru cu o gaură mai mare decât corneea, se aplică între bulb și pleoape și este suportată bine. Excelente rezultate dă contra contracturilor cicatriciale după arsuri, la sprijinirea pleoapelor refăcute cu procedeele plastice.

*Esser* (Zentralblatt f. Chirurgie 1917) recomandă o plastică musculară contra ptozei (recomandată de altfel deja de Darier): Incizia pe local sprincenelor rase este urmată de subminarea pielei frontale până ce se poate prepara din frontal un fascicol puternic, pe care-l fixează apoi de marginea palpebrală.

Încă lui Darier i se făcuse obiecția: și în cazul dacă ar rămâne activ acest fascicol, — menținându-și inerția frontală nu poate reacționa ca ridicător al pleoapei.

*Magitot* (The American Journal of Ophthalmology 1917) în două cazuri de rănire prin armă de foc, a creiat un bont mobil cu ajutorul sădinei de cartilaj. Acesta nefiind accesibil infecției microbiene să poată face mobil fixând de el mușchii laterali. Metoda aceasta (de altfel recomandată deja de Sattler jun.) este potrivită pentru cazurile vechi.

*Franke* (Zeitschr. f. Angenheilk. Bd. XXV), întrebuințează după enuclearea globului pentru bont capetele metatarsiene sau metarcapiene proaspete ba chiar din sol. Ringer, — face numai trei suturi conjunctivale, nu suturează mușchii, de oarece aceștia ar căsca buzele plăgei.

*Duverger* (Arch. d'Ophthalmologie 1917) crede de cel mai bun tratament de urgență în traumatizmele de războiu ale ochiului rezecția polului aut., înlocuind enucleația sau exenterația, dar să se ezece în primele 48 ore. Rămâne bont bun pentru proteză.

### Corpi streini

*Pooley* (The British Journ. of Ophth. 1917) extrage prin camera anterioară numai dacă este și cataractă trau-

matică, de altfel face o secțiune meridională pe sclerotică iar dacă corpul strein nu apare în plagă, - adaugă una transversală. Desavantaj numai inclavarea coroidei, retinei, sau vitrosului în plaga sclerotice. Avantajele față de metoda clasică a lui Haab:

1. Probabilitatea mai mare de a păstra ochiul.
2. Acuitatea vizuală definitivă mai bună.
3. Vindecarea plăgei mai rapidă.

*Koster Ned. Tijdschr. v. Gen. 1917* ne dă următoarele sfaturi pentru a evita complicațiile, ce se pot ivi la extracția corpurilor străini din camera ant.:

1. Să nu facem incizia cu lanceta, ci să incizăm radiar (cel puțin 6 mm) cu bisturiul Graefe pe unghiul irido-cornean.

2. Să ne ferim a face plagă mică, dacă este vorba de corp străin nemagnetic.

3. Să ne ferim de pensa cârligată, de oarece dă ușor emoragii iriene, ci să întrebuițăm pensa anatomică.

*Dergmann Medizinsche Klinik 1917* crede mai practică röntgenoscopia decât metoda stereoscopică, pentru localizarea corpului străin din ochi. Moment ajutător: capul rămânând fix, ochiul să se miște în timpul fotografierei, producând astfel o umbră difuză a corpului străin.

Sideroscopul cade tot mai mult în desuetudine.

## Sistemul nervos

*Parker The ophthalmic record 1917*) comunică societății oftalmologice americane un caz de tumoră ipofizară (cu amauroza totală a unui ochi și parțială a celui-lalt) — vindecat pe cale operativă. Tulburarea vizuală datase deja de un an.

În legătură cu această comunicare *Clark* afirmă, că în caz analog a putut observa conturile tumorii pe placa de Röntgen. *Greenwood*: atrage atenția asupra stazei papilare, care poate apare chiar a doua zi și arată necesitatea intervenției. Iar după *Schweinitz*: în cazuri de tumoră ipofizară nu putem pune prognoza fără speranță, găsind paliditatea specială a n. optic sau amauroza com-



pletă, de oarece prin intervenție se poate ajunge la bună acuitate vizuală.

*Kahler* (Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. die Krankheiten der Luftwege 1917) bazându-se pe observațiile sale ajunge la următoarele concluzii ce privește operația tumoralelor ipofizare:

1. Să se execute de rinolog.
2. Metoda paranazală (Chiari) este de preferat față de celelalte metode.
3. Să ne ferim a confunda tumora ipofiziară la diagnosticare cu hidrocefalul intern, care uneori pe lângă dilatarea tipică a șelei, poate arăta emianopsie bitemporală și afecțiuni generale ipofizare.
4. Primind propunerea lui Schüller: totdeauna după trepanația selară să facem întâi o puncție și numai în caz de tumoră se va despică dura.

*Koennecke* (Deutsche Zeitscher. f. Chirurgie 1917) într'un caz de nevralgie a nervului mandibular a dat o injecție alcoolică (metoda Haertel) în ganglionul Gasser conform prescripției în gaura ovală (la 6 cm. adâncime), dar după 24 ore apar dureri puternice în ochiul corespunzător, apoi tulburări de motilitate, imposibilitatea deschiderii pleoapelor, ușor exoftalm, — bulbul devine moale, foarte sensibil, corneea se tulbură, pupila se dilată, la urmă exsudat cenușiu în camera anterioară, — amauroză perzistentă.

Autorul crede că iniecția cu alcool ar fi produs o tromboză locală în sinus cavernos, ce apoi s'a întins retrograd în vena oftalmică sup. și vena centrală a retinei.

*Martin* (La clinique ophthalmologique 1917) din observațiile personale concludă, că puncția lombară poate da mari foloase în tratamentul stazei papilare postmeningitice,

*Müller* (Münch. med. Wochenschrift 1917) descrie 4 cazuri de stază papilară vindecată cu *trepanația nervului optic* reducându-se mult și simptomele tenziunii intracraniene (amețeală, cefalalgic).

Trepanația: excizia unei bucăți patrute din teaca nervului optic, după ce anterior sa rezecat părțile temporal și orbital orbitei.

Diagnozele puse de interniști ca tumore cerebrale s'au dovedit adesea greșite.

*Golovine* (Westnik ophthalm. 1917) arătând pericolul ligaturei carotidei comune pledează pentru ligatura venei oftalmice sup în cazuri de exoftalm pulzabil. Uneori crede necesar combinația acestor două intervenții. Autorul dă indicațiile precise ale diferitelor intervenții operatorice în caz de anevrizmă orbitară, iar în concluziile sale accentuează, că operația trebuie executată:

1. Pentru că mai puțin periculoasă, decât ligatura carotidei comune.

2. Mai ales în caz combinat: exoftalm pulzabil cu venectazii faciale.

3. În caz de simptome grave cerebrale după ligatura carotidei comune.

4. Dacă ligatura carotidei comune fără efect suficient mai bine ligatura venei oftalmice sup. decât a carotidei cealaltă.

5. În cazuri de exoftalm pulzabil bilateral.

6. Eventual în caz de bănuială unei tumore anevrizmatice în orbită, rezecând anterior păretele temporal.

*Cousin* (Arch. d'Ophthalmologie 1917) recomandă pentru mulajul orbitei în loc de parafină o massă: „Pasteline,” ce se întrebuințează de sculptori, fiindcă ușor se moaic la căldura palmei putând-o aplica în orbita anterior cocainizată; după îndepărtare își reia consistența originală în câteva ore.

---

### ERATĂ:

În numărul 6 al „Clujului Medical” procesele verbale ale ședințelor Soc. Șt. Med, din 20 Martie și 24 Aprilie trebuie semnate de Dr. Gh. Popovici.

---

## CONCURS

---

La spitalul județean din Lugoj cu 1 Iulie a. c. va deveni vacant postul de medic primar la despărțământul de interne care e retribuit cu salarizare de clasa VIII-a.

Doritorii de a ocupa acest post să trimită rugarea subsemnatului, cel mult până la 30 Iunie, la care să fie alăturate: 1. Diploma în copie legalizată. 2. Extras de botez și de cetățenie română. 3. Atestat medical că fișicul și psihicul e pe deplin sănătos și 4. Documente despre specializare în ale internelor.

---

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj