

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

CERCETĂRI EXPERIMENTALE ASUPRA EXTIRPĂRII PLEXURILOR CHOROIDE

de:

Prof. Dr. VICTOR PAPILIAN

și

Dr. IOAN GABRIEL RUSSU

Extirparea plexurilor choroide în scop de a se demonstra rolul lor în secrețiunea lichidului cefalo-rachidian a fost făcută de către *Dandy* și *Blakfan* și repetată de *Cusning* (citată după *J. Hagenau**). Acești autori au scos plexurile choroide dintr-o parte, au astupat găurile lui *Monro* de ambele părți și au obținut o secare a primului ventricul lateral și o destindere a celui de al doilea. Pentru autorii susmenționați plexurile choroide secretă lichidul cefalo-rachidian.

În favoarea acestei teorii ar pleda și faptele anatomice cunoscute pentru explicarea hidrocefaliei: absența congenitală a găurii lui *Monro*, compresiunea prin tumori, aderențe inflamatorii (*Lecène, Proust, Tixier***).

În experiențele de față am scos, la câini, plexurile choroide, din ambii ventriculi laterali.

Operațiunea comportă următorii timpi: 1. secțiunea pe linia mediană a părților moi până la protuberanța occipitală externă; 2. depărtarea mușchilor și evidențierea calotei craniene; 3. trepanarea regiunii parietale până la linia occipitală; 4. inciziunea durei-mater de cele două părți ale coasei cerebrale; 5. incizie frontală în lobul parietal de fiecare parte și deschiderea răsântiei ventriculare și 6. scoaterea plexului de partea respectivă.

Cercetările noastre au fost efectuate pe 12 câini. În general se poate spune că animalele suportă bine operația și înafară de faptul că orbesc (întreruperea fasciculelor optice) și de fenomene locale (hemoragii, infecția plăgii, uneori hernia creierului), ele nu prezintă nici o tulburare apreciabilă.

Sacrificarea animalelor s'a făcut la un răstimp de 24 ore până la 15 zile.

Examenul macroscopic al pieselor ne-a permis să constatăm în mod constant următoarele:

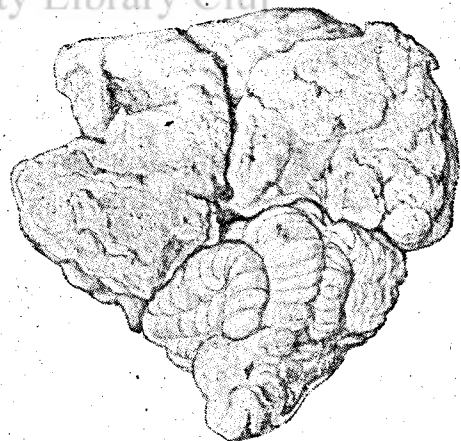
1. Dilatarea ventriculilor laterali și a ventriculului al IV-lea.

2. Dilatarea canalului endimmar, din care se poate exprima lichid.

3. Prezența de lichid cefalo-rachidian în ventriculi, lateral și în special în ventriculul al IV-lea, unde lichidul e în cantitate foarte mare.

Interpretarea acestor trei fapte de observație constantă este destul de grea. Faptul că ventriculii laterali, din care se scoteau plexurile nu erau uscați, ar pleda pentru acea ipoteză, potrivit căreia lichidul cefalo-rachidian s'ar produce și înafara plexurilor choroide (din sânge, endimmar).

Și mai grea este explicarea marelui cantități de lichid cefalo-rachidian în ventriculul al IV-lea. Ea ar putea fi datorită fie unei insuficiențe în rezorbția lichidului (dacă se admite că plexurile choroide ar avea rol în rezorbția lichidului cefalo-rachidian), fie printr-o acțiune de suplinire a plexurilor choroide din ventriculul al IV-lea.



*) Roger. Traité de Physiologie Normale et Pathologique.

**) Précis de Pathologie Chirurgicale.

Și prin aceste interpretări ne întoarcem iar la problema de căpetenie: Ce funcțiune au plexurile cho- roide, de rezorbție sau de secrețiune?

O serie de noi experiențe ne-au permis să pă- trundem mai adânc în interpretarea fenomenelor. La animalele cu plexurile choroide scoase, injectam sub- cutanat sau intravânos o soluție de albastru de metilen 1%, într'una sau mai multe zile consecutiv. Se știe că animalele tolerează foarte bine aceste injecții. Or, la animalele operate, chiar după prima injecție intravâ- noasă (sau după două-trei subcutanate), apăreau fe- nomene caracteristice. Animalul era abătut, intra în somnolență, cădea în comă și într'un interval de două până la trei zile murea.

Auiopsia ne-a arătat zone de ramoliție într'unul sau ambele hemisfere cerebrale, putând merge până la ramoliția creierului în întregime (vezi figura). Aceste experiențe au fost repetate pe șapte animale și fe- nomenul a fost în mod constant provocat.

Prin urmare soluția de albastru de metilen, care în mod normal este absolut nevătămătoare, injectată subcutanat sau intravânos, în cazurile de absență a plexurilor choroide, produce o ramoliție cerebrală.

Concluziunea se impune: plexurile choroide fi- xează albastrul de metilen sau îl transformă în produs nevătămător. În lipsa lor, substanța rămâne în creier, unde produce leziunile menționate.

Aceste experiențe ar pleda pentru rolul de ba- rieră, dar de *barieră activă*, al plexurilor choroide; iar până la un punct și pentru rolul lor secretor.

Rezumat: Extirparea plexurilor choroide este compatibilă cu viața.

După extirparea lor, la autopsie se găsește:

- a) O dilatare a ventriculilor laterali,
- b) O dilatare a canalului ependimar,
- c) O mare cantitate de lichid în ventriculul al patrulea.

Injecția subcutanată sau intravânoasă de solu- țiune 1% de albastru de metilen, la animalele cu ple- xurile choroide extirpate, produce o ramoliție a cre- erului.

Concluzia autorilor: plexurile choroide au rol de barieră activă și rol secretor.

Institutul de Igienă și Sănătate Publică Cluj.
Director: Prof. Dr. IULIU MOLDOVAN

ORGANIZAREA CONTROLULUI SANITAR AL STABILIMENTELOR INDUSTRIALE ȘI COMERCIALE ȘI A SALUBRITĂȚII

de Dr. LEON PRODAN

Starea igienică din industriei, din localurile publice precum și diferitele stări de insalubritate au o influență directă asupra sănătății publice într'o măsură mult mai mare, decât se presupune.

Influențele dăunătoare din stabilimentele indus- triale sunt mult mai evidente și se manifestă prin morbiditatea și mortalitatea mai urcată a persoanelor ocupate în ele. În ce privește starea igienică din loca- lurile publice și din diferitele condițiuni de insalubri- tate ele se repercutează asupra marelui public. Efectele vor fi adeseori mai puțin evidente deși aproape întot- deauna ușor de indentificat.

Controlul sanitar actual al acestor condițiuni este absolut insuficient și necorespunzător. Se impune deci ca și această ramură a sănătății publice să fie orga- nizatată adecvat cerințelor de azi.

În două articole precedente*) am făcut propuneri referitoare la creierea unui organ central în Ministerul Sănătății pentru igiena industrială, deasemenea și pen- tru organizarea pe teren a controlului sanitar din sta- bilimentele industriale și comerciale. În legătură cu cea de a doua problemă, susțineam că atribuțiunile medici- lor din municipii și orașele mai mari, trebuie neapărat să se împartă pe specialități și nu pe circumscripții sau teritorii, iar pentru controlul industriilor, al loca- lurilor publice și al salubrității propuneam un medic igienist specializat în igiena industrială.

În conformitate cu aceste principii, la serviciul sani- tar din Cluj s'a creiat un birou pentru controlul sanitar al industriilor, localurilor publice și al salubrității**). În cele ce urmează voi descrie atribuțiile, felul de organizare și funcționare a acestui birou.

Atribuții. Dacă schițăm mai amănunțit atribuțiu- nile acestui birou vedem că în sarcina lui cade con- trolul sanitar al:

1. Fabricilor.
2. Atelierelor de orice natură.
3. Stabilimentelor comerciale de orice natură.

*) Vezi Bulet. Eugenic și Biopolitic vol. V. 1934 Nr. 8-10 p. 200 și vol. VI. 1935 Nr. 1-3 p. 72.

***) Țin să-mi exprim cele mai călduroase mulțumiri dlui Dr. P. Vlad, medicul șef al Mun. Cluj, pt. felul cum a înțeles să sprijine această activitate și pt. sfaturile practice date în cursul organizării acestui birou.

4. Localurilor pentru prepararea, vânzarea și consumarea alimentelor.

5. Hotelurilor, pensioanelor și camerelor mobilate.

6. Locuințelor insalubre, atelierelor și locuințelor insalubre din subsoluri, asanarea lor sau evacuarea lor.

7. Piețelor publice, felul de vânzare a diferitelor alimente, vânzătorii ambulanți de alimente și transportul alimentelor.

8. Fântânilor și closetelor insalubre din cartierele lipsite de apeduct și canal.

9. Grajdurilor, cotețelor, gropilor de gunoier și altor cauze de insalubritate.

Acestea sunt principalele preocupări care pot fi completate cu altele care au fost omise momentan. Traducerea în fapte a acestui program are patru aspecte principale :

1. Personalul,
2. Fișele pentru inspecții,
3. Procedura de lucru.
4. Înregistrarea fișelor și aranjarea lor în fișier.

Să vedem pe rând importanța fiecărui punct de mai sus.

Personalul. Pentru realizarea programului enunțat mai sus este evident, că într'un municipiu cum este Clujul, o persoană singură nu este suficientă. În prezent acest birou este condus de un medic igienist specializat în igiena industrială (autorul acestui articol), având subordonați trei agenți sanitari. Medicul igienist se ocupă în primul rând cu controlul sanitar al industriilor și este îndrumătorul, promovatorul și controlorul tuturor celorlalte activități la care iau parte activă și agenții sanitari. Fiindcă agenții sanitari nu aveau pregătirea necesară, pentru a corespunde acestei însărcinări, a trebuit să fie instruiți în acest sens. Astfel s'au ținut cu ei câteva ședințe teoretice, despre rostul și felul de execuție rațională a controlului sanitar, deasemenea mai multe demonstrații practice pe teren. La instrucția teoretică ne-am servit de legile, regulamentele și ordonanțele sanitare în vigoare. În special ordonanța cu privire la reglementarea igienică a localurilor publice*), este de mare folos pentru activitatea zilnică pe teren a agenților sanitari. Chiar și după această instrucție, toată activitatea lor este îndrumată și controlată zi de zi. Tot pentru completarea cunoștințelor agenților sanitari, se țin cu ei în fiecare Sâmbătă dimineața ședințe de inițiere. La aceste ședințe se discută diferite chestiuni întâlnite în decursul săptămânii și se pun în discuție probleme noi și necunoscute de ei, ca astfel să-și lărgescă orizontul și

posibilitățile de judecare adecvată a situațiilor întâlnite pe teren.

Cu toate aceste corective și cu toate că agenții sanitari au dovedit o acomodare satisfăcătoare la noile cerințe, totuși considerăm utilizarea lor pentru acest scop provizorie, până când vom avea oficanți sanitari cu pregătirea mult mai adecvată acestui scop. Randalmentul cu siguranță va fi superior celui de azi, iar medicul igienist mai degajat, atât în ce privește controlul cât mai ales în ce privește îndrumarea tehnică.

Fișele. În felul cum s'a făcut controlul sanitar până în prezent nu exista nici o evidență a faptelor, doar se înregistra numărul localurilor văzute fără a avea nici cea mai mică indicație despre ele. Pe lângă faptul că inspecția sanitară se făcea în mod insuficient ea se făcea și la voia întâmplării, fără nici un program bine stabilit. Pentru a înlătura toate neajunsurile acestui sistem de control sanitar s'au întocmit diferite fișe de control sanitar. Sistemul de lucru cu fișe, are avantajii multiple, incontestabile :

1. Asigură o inspecție absolut completă. Persoana care face inspecția nu poate omite nimic important, fiindcă fișa îi indică tot ce trebuie văzut și observat.

2. Prin ele se păstrează date care servesc de comparație în decursul timpului.

3. Asigură o muncă uniformă.

4. Asigură fiecărui local un control sanitar la intervale potrivite.

5. Servesc pentru evidență și statistică permanentă.

Datorită faptului, că problemele de ținut în evidență și control sunt multiple, e nevoie de fișe separate pentru fiecare problemă. Astfel s'au întocmit până în prezent următoarele fișe de control sanitar : 1. pentru fabrici, 2. ateliere, 3. restaurante, cârciumi, bodegi, cofetării, lăptării și orice alt local unde se consumă alimente 4. pentru băcării, prăvălii de coloniale, prăvălii de vândut alimente, 5. pentru măcelării, mezelării și ateliere anexe, 6. pentru atelierele și locuințele din subsol.

La întocmirea fișelor s'a urmărit ca ele să conțină toate informațiunile, să fie indicate pe ele toate lucrurile de controlat, să fie ușor de completat și ușor de manipulat în fișier. Fișele destinate controlului sanitar al stabilimentelor industriale și comerciale au două părți distincte. Partea primă este rezervată pentru date care rămân aceleași atâta timp cât localul nu-și schimbă destinația, iar partea doua este rezervată pentru zece inspecții. În partea rezervată inspecțiilor sunt notate lucrurile care trebuie văzute îndeosebi. De sine se înțelege, că la fața locului pot fi întâlnite condițiuni care n'au fost prevăzute în fișe. În aceste cazuri ele se vor nota la »observații«. Pentru notarea condițiilor igienice sau neigienice se folosesc

*) Vezi Buletinul Sanitar al municipiului Cluj No. 7, 8, 9 din 1936.

semne convenționale. Anume, pentru condițiunile bune se înscrie în fișe semnul +, pentru condițiuni necorespunzătoare semnul —, iar pentru a nota lucruri cari nu ne interesează în legătură cu stabilimentul respectiv, semnul 0. Dacă există mai multe încăperi semnele respective se scriu de atâtea ori, câte încăperi sunt. Acest lucru însă numai în dreptul lucrurilor, cari se referă la ele.

Avantajul mare ce-l prezintă notarea condițiunilor prin semne convenționale, față de textul scris este evident. În special este foarte adecvat acest fel de notare, când e vorba de a nota, dacă ceva există sau nu, în atare cazuri, evident răspunsul nu poate fi altul decât un + sau un —. Însă e mai dificil când e vorba de aprecieri ce depind de persoana care completează fișa. În privința aceasta s'ar putea face o scală întregă de stări intermediare. Însă trebuie dela început să admitem, că și în cazul unei notări a acestor condițiuni cu mai multe semne decât cele actuale, se poate cădea în greșală, fiind vorba de aprecieri subiective. Totuși pentru viitor atunci când vom avea un personal de control sanitar cu pregătirea superioară celui de azi — oficiantul sanitar — se va introduce un sistem de notare mai complet. Intențiunea este să se introducă notarea cu cifre, a căror totalizare ne va da clasificarea localului.

Chiar în împrejurările actuale există corective pentru aceste posibilități de a greși. Anume, agenții sanitari sunt controlați în activitatea lor pe teren și atunci li-se pun în vedere greșelile făcute. De altă parte ei au instrucțiuni în sensul de a fi mai pretențioși decât indulgenți, adică mai degrabă să califice ceva de murdar decât să-l califice de curat în toate cazurile unde condițiunile sunt intermediare. Experiența de până acum ne arată că un local murdar, calificativ subiectiv, de obicei are și lipsuri la constatarea cărora nu intervine aprecierea subiectivă.

Procedura de lucru. Pentru delimitarea terenului de activitate a agenților sanitari, teritoriul orașului a fost împărțit în trei zone de activitate. Agenții sanitari în mod obișnuit, completează fișele pentru toate localurile dintr'o stradă, deci nu se limitează numai la un fel de localuri. În felul acesta se face economie de timp. Cu ocazia inspecțiilor se explică patronului scopul vizitei și se procedează la completarea fișei. În timpul acesta pe măsură ce se constată diferite lipsuri se dau explicații și îndrumările necesare pentru îndeplinirea lor.

Condițiunile necorespunzătoare sunt consemnate în condica de control sanitar, pe care trebuie s'o aibă fiecare local și se dă un termen rezonabil pentru executarea lor. Semnalarea lipsurilor în condică servește

de somație, deși în anumite cazuri e nevoie de somație specială care se trimite din partea medicului igienist. Condica de control sanitar este absolut necesară și servește unui dublu scop, pe deoparte la controlul ce-l face medicul igienist, — proprietarul nu poate nega, că nimeni nu i-a pus în vedere completarea lipsurilor, — iar pe de altă parte ea servește și la controlul activității agenților sanitari.

Felul de a trata cu patronii este în termeni absolut reverențioși. Se încearcă în toate cazurile a-i convinge despre necesitatea lucrurilor prin argumente bine întemeiate. Se urmărește câștigarea lor pentru o colaborare benevolă de a cărui beneficiu să fie și ei convinși. Se înțelege că aceora, care prin aceste metode nu au înțeles să se conformeze cerințelor igienice, li se face proces verbal de contravenție din partea medicului igienist și sunt amendați. Prin urmare activitatea desfășurată în acest scop, are un rol educativ bine definit. Proprietarii devin conștienți de utilitatea măsurilor igienice și le aplică cu mai multă plăcere și interes. Avem destule cazuri când patronii sunt recunoscători pentru recomandările de ordin igienic fiindcă în aplicarea lor află un mijloc foarte bun de reclamă.

Inregistrarea și păstrarea fișelor. Fiecare fișă completată de agenții sanitari este văzută de medicul igienist. Dacă fișa prezintă chestiuni care nu rees destul de clar din felul cum a fost completată, se cer lămuriri agentului sanitar, sau în caz de nevoie, se verifică situația corespunzătoare la fața locului. Astfel de neajunsuri au existat la început, însă acum se întâlnesc numai în cazuri excepționale.

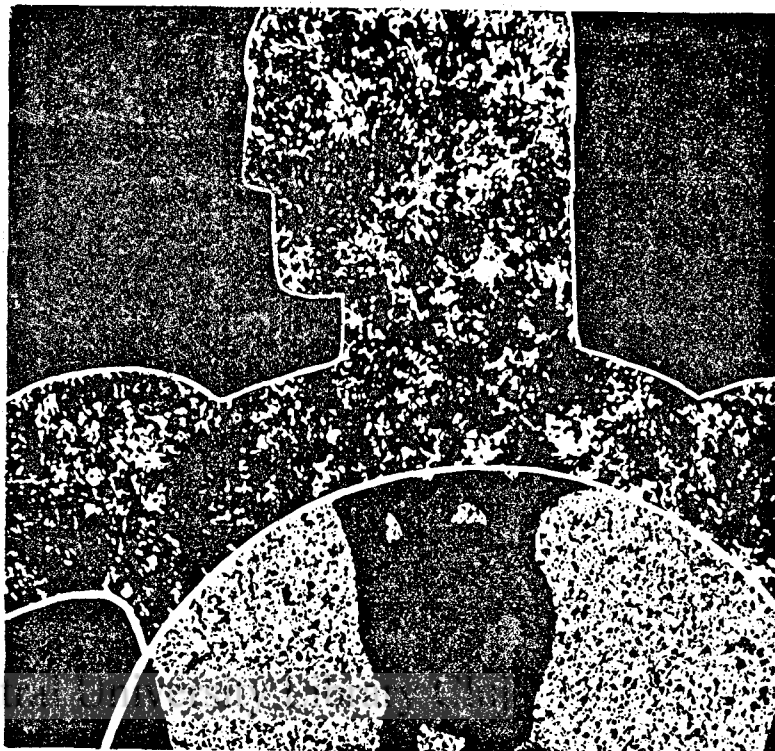
Fișele astfel controlate, înainte de a fi puse în fișier sunt înregistrate. Registrul nu este altceva decât un caet cu pereți tari de mărimea 25x20 cm. cu 80 pagini având fiecare pagină 25 linii numerotate. Astfel în acest caet se pot înregistra 2000 fișe. Fișele se înregistrează în ordinea numerică. În registru se notează următoarele date: data completării fișei, felul localului, numele proprietarului, strada, numărul și circumscripția în care e situată strada. Deci acest registru servește, pentru a da număr fișei, pentru a putea identifica localul în caz că s'ar pierde fișa, și pentru scopuri statistice.

După ce fișa a fost înregistrată se pune într'un plic și apoi în fișier. Aranjarea fișelor în fișier, se face pe străzi, și nu în ordinea alfabetică a proprietarilor. Acest lucru, din motivul că pentru controlul sanitar ne interesează în primul rând localul și abia în al doilea rând numele proprietarului. Mai departe un local de obicei nu-și schimbă destinația, pe când proprietarii se schimbă mult mai des. Dar chiar dacă localul respectiv își schimbă destinația, i-se face din nou fișa

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii

la edeme cu geneză
cardiacă și renală,
la afecțiunile miocardului,
la curele de slăbire
cu



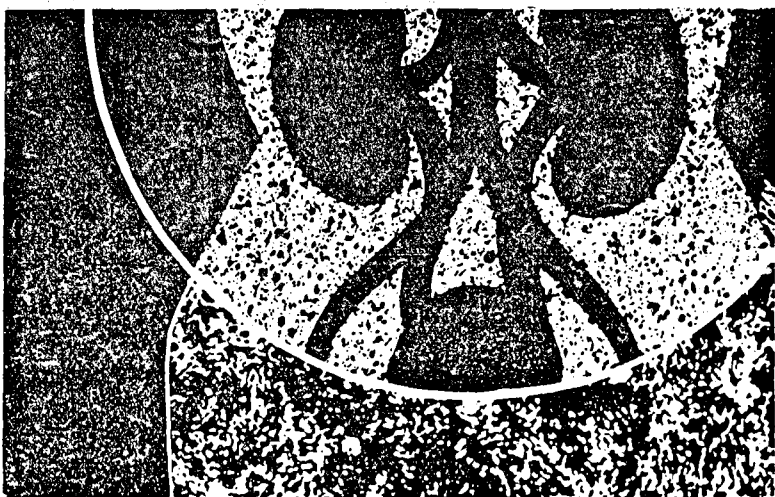
BCU Cluj / Cen

Iod-Calcium-Diuretină



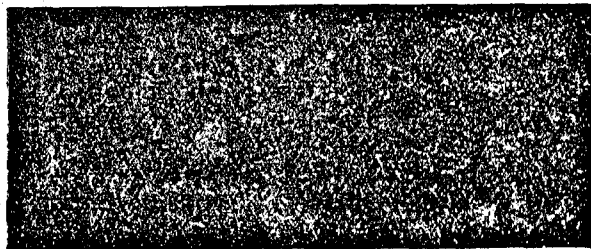
KNOLL A.-G.
Ludwigshafen/Rin.

Eșantioane și literatură prin:
«KNOLL» S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.



Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi câte 1-2 tablete. Se vor lua topite
în puțină apă.



corespunzătoare, însă se păstrează în plic și cea veche având astfel toate antecedentele localului.

Datorită faptului, că fișele nu sunt puse în ordine de înregistrare, ci pe străzi, e nevoie de un inventar la fiecare stradă. Pentru acest scop pe cartoul care poartă numele străzii s'au făcut niște pătrățele în care se înscriu numerele fișelor. Deci orice fișă nouă când se pune la strada unde aparține i-se înscrie numărul și pe acest carton. În caz de pierdere a unei fișe se află pe carton numărul fișei respective iar în registru avem celelalte date și în felul acesta identificăm localul a cărui fișă lipsește.

Acestea ar fi faptele cele mai importante în legătură cu acest sistem de control sanitar din această ramură a sănătății publice. După cum reese din cele de mai sus, s'a urmărit sistematizarea și raționalizarea întregii activități din acest domeniu. Felul acesta de a lucra nu înseamnă nici biurocrațizare și nici cheltuieli inutile, ci înseamnă un început pe calea reală a unei activități foarte neglijate până în prezent. Este un sistem foarte puțin costisitor și ușor de înfăptuit cu mijloace modeste și poate fi aplicat cu mici modificări și în mediul rural.

Patru din fișele utilizate în legătură cu acest control sunt inserate la finea acestui număr a revistei din cauze tehnice. Mărimea naturală a fișelor este de 20×15.5 cm., care au fost culese în dimensiuni mai mari tot din cauze tehnice.

Clinica Chirurgicală din Cluj
Director: Prof. Dr. AL. POP

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA HERNIILOR PSEUDO-STRANGULATE DE ORIGINE APENDICULARĂ ÎN LEGĂTURĂ CU UN CAZ CLINIC

De:
Dr. RADU PUȘCARIU și Dr. EUGEN ADAM

Termenul de pseudoîncarcerare a devenit astăzi aproape clasic mai ales în literatura germană. El traduce un sindrom clinic care imită întocmai, sau cu foarte mici deosebiri o încarcerare adevărată, la un purtător de hernie veche, simptomele clinice însă pe cari le prezintă bolnavul, nu sunt date de prezența unui organ strangulat în sacul herniar ci de coexistența unei afecțiuni care se petrece în cavitatea abdominală.

Streubel și Broca au atras pentru prima oară atenția asupra acestui fenomen. Au mai descris cazuri asemănătoare *Schmidt, Hohenegg* și alții. Cel care a pus însă această afecțiune definitiv la punct dându-i și denumirea de pseudostrangulare (*Scheineinklemmung*)

a fost *Clairmont* (1906). El deosebește drept cauză eficientă a acestei simptomatologii două mari grupuri: 1. ileusul mecanic și 2. ileusul dinamic. În prima grupă cauzele cari declanșează sindromul sunt: strangularea ansei aferente sau eferente a porțiunii cuprinse în sac, încarcerarea unei a doua hernii externe sau interne concomitente, compresiunea unei anse prin curdura sau bridă, valvulus, invaginație, ocluziune prin corpi străini, stenoză benignă sau malignă. În grupul ileusului dinamic el încadrează peritonita aseptică și septică (hemoragia internă, pancreatita acută, apendicita etc.). Din aceste două grupuri, cel care ne interesează pe noi în legătură cu cazul pe care-l vom cita mai jos, va fi grupul ileusului dinamic și anume: sub-grupul pseudostrangulărilor provocate de peritonita acută purulentă consecutivă unei apendicite acute perforate. Înainte de a trage concluziunile în legătură cu acest sindrom clinic și cu cazul nostru vom trece la descrierea lui.

Cazul. G. C. de 58 ani, căsătorit. În antecedentele heredocolaterale nimic deosebit, nimeni n'a suferit de hernie. În antecedentele personale deasemenea nimic important. Din 1924 bolnavul spune că i-a apărut în regiunea crurală dreaptă o tumoră (hernie) de mărimea unei alune, care creștea mereu în volum, fără însă să-l jeneze în vre-un fel. Până la debutul boalei actuale, această hernie ajunsese la dimensiunile unui ou de găină, era ușor reductibilă în decubit dorsal. Această reducere era acompaniată de giorăituri. Boala actuală a debutat în dimineața zilei de 17 Noembrie a. c. când ridicând bolnavul o greutate, a fost cuprins în plină sănătate de o durere brutală la nivelul herniei, obligându-l să întrerupă imediat lucrul. Bolnavul avea senzația că a fost împuns cu un cuțit la acest nivel, în plus, durerea iradia în scrot și deasupra pubelui. Durerile erau la început continue, iradind și în fosa iliacă dreaptă. La începutul apariției lor, a eșit la iveală și hernia, însă de data aceasta ea părea mai puțin sub tensiune, era lăjită după spusele bolnavului, în schimb nu mai era de loc reductibilă, păstrându-și aceste caractere până la intervenție. În plus, prezenta și o sensibilitate obiectivă la cea mai mică atingere. În cealaltă zi consultă un medic, care îi prescrie niște prafuri și îi îndrumă la clinica chirurgicală. După ingerarea prafulilor, durerile abdominale au cedat complet persistând numai cele dela nivelul herniei. Bolnavul n'a avut scaun, nici vânturi dela începutul boalei. De asemenea nu a avut vărsături și sughituri. A acuzat greață. Mișcările erau normale și nedureroase. Cu aceste fenomene se prezintă în seara zilei de 18 Noembrie a. c. la Clinica Chirurgicală. La examenul clinic obiectiv general constatăm următoarele: starea generală ușor alterată, temperatură 37°, pulsul 86. La examenul general clinic nimic deosebit. La inspecția abdomenului, de asemeni nu constatăm nimic deosebit. La palparea abdomenului, se constată o sensibilitate difuză a jumătății drepte a lui, care se accentuează pe măsură ce ne scoborâm spre arcada crurală, spre a-și ajunge maximul de intensitate în regiunea crurală dreaptă, la nivelul herniei. Se constată deasemenea la acest nivel o defensă musculară nu prea pronunțată, care devine mai accentuată în jos, spre arcadă, Jumătatea stângă a abdomenului este mai puțin contractată și sensibilă.

La examenul local, se constată în regiunea crurală dreaptă pe triunghiul lui Scarpa, și anume la nivelul infundibulului crural, o tumoretă de mărimea unei nucii. Tegumentele pe tumoră sunt de aspect normal. La palpate, se constată o sensibilitate obiectivă foarte pronunțată care iradiază în sus, până deasupra fosei iliace omolaterale. Senzația pe care o avem la palpate, este cea a unui consistențe dure, ușor elastice și care nu se poate de loc modifica nici reduce la presiune. La examenul urinei pentru albumină puroi și zahăr găsim un rezultat negativ. Leucocitoza ne dă 18 mii.

În fața istoricului boalei și al examenului clinic punem diagnosticul nostru preoperator de: hernie crurală dreaptă strangulată, și intervenim de urgență.

Operația. Având în vedere starea generală destul de alterată și mai ales vârsta bolnavului, ne decidem pentru anestezia locală cu novocaină.

Intervenim pe cale inghinală, făcând o incizie paralelă cu arcada crurală dreaptă, se deschide canalul inghinal și se explorează coletul sacului. Ne aflăm în fața unei hernii crurale. Ne apropiem de fundul sacului, care are mărimea unei nucii, este dur-elastic la palpate, și acoperit de un strat considerabil de grăsime. Sacul pare gol, totuși este net ireductibil. Se pătrunde progresiv prin acest strat, cu scopul de a ajunge la peritoneu și de a deschide sacul. Se constată cu această ocazie o edemajere a straturilor, cu o ușoară hiperemie a lor, fără însă a avea caracterile nete ale unui sac herniar strangulat. La un moment dat se ajunge la un strat destul de dens, gros, dur la palpate, care se clivează ușor de grăsimea pro-peritoneală prin care am pătruns. Bolnavul semnaleză în acest moment junghiuri la nivelul vezicii urinare cu senzația de tenesm vezical. Cu toate că bolnavul n'a acuzat înainte de operație nici un fenomen urinar, deasemeni examenul urinei a fost negativ, totuși în fața acestor semne subiective pe de o parte, pe de altă parte din cauza consistenței neobișnuite a sacului, ne gândim la un colț de vezică. Pentru a nu maltrata sacul și pentru a verifica presupunerea noastră ne decidem pentru o laparotomie deschizând în sus canalul inghinal până la splina iliacă antero-superioară. În momentul deschiderii peritoneului, observăm în cavitate un lichid turbure, ansele intestinale ușor meteorizate. Se introduc două degete prin această breșă în cavitate, spre a ajunge la sac. În loc de a găsi însă un organ sau un colț de organ angajat în sac, constatăm că degetul intră cu oarecare dificultate în sacul gol, având coletul destul de strâmt, în partea internă a lui palpând un colț de vezică, care însă nu este deloc strangulat, degetul având totuși loc să intre pe alături în sac. În urma acestei explorări ne-am convins că nu poate fi vorba de o hernie strangulată. După extragerea degetului din cavitate explorăm fosa iliacă și găsim o apendicită gangrenoasă, retrocecală, perforată, blocată, în parte de anse și epiploon. Acoperim breșea din peritoneu cu o compresă sterilă, repunem sacul herniar fără a-l deschide refacem peretele suturând arcada crurală și tendonul conjunct la ligamentul lui Cooper. Trecem apoi și facem apendicectomia, pe care suntem obligați să o executăm retrograd, găsim un apendice perforat la vârf. Drenăm local și în Douglas, refacem păriletele strat cu strat și mai drenăm cu o meșe spațiu subcutanat.

Pansament. Mersul post operator: După câteva zile de subfebrilitate bolnavul devine afebril. Se suprimă treptat drenajul, mersul post operator bun, bolnavul părăsește clinica în 16 Decembrie vindecată.

Trecând la comentarea cazului vom încerca a-l încadra într-un sindrom clinic și a trage apoi conclu-

ziunile în privința diagnosticului diferențial și al tratamentului. Trebuie să se înțeleagă precis un lucru: a fost o apendicită perforată cu peritonită, afecțiune situată pe primul plan. Toate fenomenele clinice au fost date de această afecțiune. Faptul că a coexistat o altă afecțiune, hernia crurală, a dat naștere sindromului de pseudo-încarcerare. Vom încerca deci să dăm în același timp și explicarea patogenică a fiecărui simptom în parte pentru a ajunge la concluziunile cele mai plausible în ceea ce privește legătura dintre cauză (peritonita apendiculară) și efect (sindromul de pseudo-strangulare).

În primul rând trebuie să amintim la cazul nostru un factor în plus care a contribuit să mascheze și mai bine afecțiunea cauzală. Este vorba de vârsta bolnavului. Din cercetările autorilor se poate susține că apendicita la bătrâni (trecuți de 50 ani) dă un tablou cu o simptomatologie mai frustă și se caracterizează prin lipsa unor fenomene clasice pe de o parte, pe de alta parte prin prezența unor fenomene, cari în cazurile obicinuie lipsesc. Astfel se citează (*Mondor*) a) eroarea de a nu crede în apendicită din cauza vârstei înaintate, b) durerea situată înalt sau la nivele diferite decât zona corespunzătoare fosei iliace drepte, c) temperatura și pulsul deseori nemodificate la începutul formelor celor mai grave, d) balonarea și timpanismul precoce, e) contractura musculară rară. În cazul nostru am avut de a face cu un bolnav de 58 ani a cărui apendicită perforată a evoluat cu toate aceste fenomene citate mai sus. Pe de altă parte dacă analizăm aceste semne, observăm că ele prezintă tabloul simptomatic al unui ileus mecanic, deci și a unei hernii strangulate. Tot așa și leucocitoza mărită se găsește deseori în hernii strangulate cu un început de gangrenă a ansei. În ceea ce privește semnele locale dela nivelul herniei, și ele își găsesc deasemeni o explicație patogenică în cadrul acestui sindrom. Durerea la nivelul sacului, fără a recurge la atipia localizării dureroase citate mai sus, se explică foarte bine prin faptul că peritonita din cavitatea liberă s'a întins și pe seroasa sacului herniar și această peritonită a sacului poate sta într-un tot la baza fenomenelor dureroase subiective și obiective dela acest nivel.

Ireductibilitatea herniei: mai toți autorii (*Clairmont, Reichel, Sprengel*) explică acest fenomen prin angajarea unui organ intra-abdominal (ansa intestinală) într-un sac herniar vechi, în urma parezei intestinale acompaniate de meteorism, ca o consecință a unei peritonite sau a unei ocluziuni intestinale. În cazul nostru, dupăcum am spus la descrierea operației, sacul era gol. Ireductibilitatea, căci a existat net o ireductibilitate, având în vedere că hernia era înainte de de-

butul boalei de mărimea unui ou și complect reductibilă, o explicăm tot prin inflamația seroasei parietale. Intr'adevăr *Zachary Cope* explică contractura abdominală în cazurile de peritonită, ca datorită unui reflex parieto-motor pornit dela seroasa inflamată; și în cazul nostru în urma peritonitei cavității și a sacului s'a produs o contractură a mușchilor, care s'a extins și asupra aponevrozelor cari delimitează inelul crural. Aceasta a fost suficient să producă la nivelul coletului o strangulare, nu completă, suficientă însă pentru a produce această ireductibilitate a colțului vezical. Pe de altă parte, inflamația seroasei și staza consecutivă strangulației explică edemul sacului, al doilea factor care a contribuit la impresia de ireductibilitate.

În rezumat vedem că este vorba de o apendicită perforată cu peritonită a cărei simptomatologie însă se concentrează la nivelul unei hernii vechi dând aproape exclusiv tabloul simptomatic al unei hernii strangulate. Așa cum se prezintă, cazul nostru face parte din grupul pseudo-strangulărilor, sindrom descris de *Clairmont* ca entitate morbidă reală. În acest grup el citează 5 cazuri dintre cari 4 hernii inghinale și 1 crurală la dreapta. Toate aceste 5 cazuri au drept caracteristică comună faptul că la un moment dat hernia devine dureroasă și ireductibilă, simulând împreună cu celelalte simptome clinice o încarcerare. La toți acești bolnavi după deschiderea sacului s'a găsit în interiorul acestuia o znsă intestinală edematiată roșie-vioacee, acoperită mai des de false membrane fibrinoase, iar în sac un exsudat mai mult sau mai puțin abundent și fetid. Este de notat faptul că în toate aceste cazuri, bolnavii au fost văzuți tardiv, până când bolnavul nostru s'a prezentat într'o fază incipientă, când meteorismul nu a fost destul de pronunțat pentru a forța coletul sacului, la rândul lui strangulat din cauza contracturii musculare. În cazurile în cari operatorul credea (în mod eronat) că există numai o hernie strangulată și s'a mulțumit cu repunerea ansei și cura radicală, s'a constatat la autopsie o peritonită difuză purulentă, consecutivă unei apendicite perforate. În cazurile când operația a fost complectată printr'o laparotomie (așa cum am procedat și noi) s'a putut pune în evidență afecțiunea cauzală și s'a recurs la apendicectomie.

Mai nou, doi autori italieni, *Giordano* și *Gironcoli* (1924) amintesc, primul despre o contractură a pereților abdominali în apendicita acută, care în cazul unei hernii concomitente vor ține conținutul acesteia fixat (eingezwängt) producându-se tabloul unei hernii strangulate. Al doilea vorbește de »Pseudo-einklemmung» produs de eșirea intestinelor și exudatului purulent în sacul herniar. Amintește o mortalitate de 45% și de greutatea de diagnostic preoperator și în situ.

Atât în cazul nostru cât și din cazurile descrise de alți autori se vede clar, că diagnosticul precis este greu de pus. Cu toate că unii autori dau anumite indicațiuni spre a putea face un diagnostic mai mult sau mai puțin precis, se știe că aceste precepte, foarte bune și utile în anumite cazuri, sunt inaplicabile în altele. Astfel *Graser* susține că în cazul unei strangulări adevărate, maximum de durere este la nivelul colului, pe când în pseudo-strangulare, durerea e uniformă pe tot sacul. *Sprengel* dă ca semne distinctive de diagnostic pentru apendicită prezența exudatului și deci a unei matități în cavitatea abdominală, care nu poate fi de origină herniară, decât dacă se face o repoziție »en bloc» a herniei. Alt semn ar fi, în caz de apendicită, reponibilitatea herniei, sau în caz de nereponibilitate, faptul că sacul nu este sub tensiune.

În concluzie putem spune 1. există o entitate morbidă numită după *Clairmont* »pseudo-strangulare». Această pseudo-strangulare presupune întotdeauna o cauză străină de hernie, care însă imprimă herniei simptomele unei strangulări. 2. După *Clairmont* afecțiunea cauzală este un ileus mecanic sau dinamic. Acestor două cauze, li se poate adăuga — după părerea noastră — și a treia cauză, care este *peritonita sacului*. Din cauza acestei peritonite a sacului sau a marelui cavități, se poate declanșa un reflex parieto-motor care prin contractura mușchilor abdominali, contribuie la strângerea inelului herniar, ceea ce accentuează edemul și ireductibilitatea. 3. Prin însuș faptul că această afecțiune este dată ca o entitate morbidă distinctă, se subînțelege că diagnosticul diferențial e dificil, cu toate preceptele date de unii autori, cari însă sunt foarte rar aplicabile cu succes. 4. Diagnosticul precis va fi în majoritatea cazurilor un diagnostic »în situ», în cursul operației. 5. Tratamentul va fi în consecință herniolaparotomia, grație căreia se va rezolva atât hernia cât și afecțiunea cauzală.

Bibliografie.

BROCA P.: De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent le simuler, Paris 1867. — CLAIRMONT P.: Die Scheineinklemmung von Brüchen. Arch. f. Kl. Chir. Vol. 88. p. 631 1909. — EGGERS H.: Die Lehre von den äusseren Hernien in Kirschner Nordmann Die Chirurgie Vol. V. 927. — GIORDANO DAVIDE: Gli erniosi appendicitici. Ann. ital. di Chir. Jan. 1924. — de GIRONCOLI: Sullo strozzamento erniario simulato dall'appendicite purulenta. Arch. ital. di Chir. Vol. IX p. 31 1924. — GRASER E. HERNIEN in GARRI-KÜTTNER-LEXER: Handbuch der praktischen Chirurgie Vol. III. 1929. — HOCHENEGG J.: Über eine neue typische Form des akuten Darmverschlusses (Combinationsileus) Wiener Kl. W. p. 1117 etc. 1897—98. ORATOR V.: Spezielle Chirurgie I. ed. III. Leipzig 1936. — PIKE: Abscess due to appendicitis simulating strangulated inguinal hernia. Lancet Febr. 1901. — PINDRAY: Contribution à l'étude des difficultés du

diagn. de l'append. dans le cas de hernie droite concomitante These de Paris 1898. — SCHMIDT B.: Die Unterleibsbrüche. Deutsche Chir. Vol. 47 Stuttgart 1896. — SPENGLER O.: Appendicitis. Deutsche Chir. Vol. 46 Stuttgart 1906. — STRENBEL: Über die Scheinreduction bei Hernien und vid insbesondere bei cinge Kläniniten Hernien Leipzig 1864. — VIOLATO A.: Empiema di un sacco creurale da append. acuta senza accesso appendicolare. Chin. Chir. Nr. 5 p. 1724—1929.

Clinica chirurgicală din Cluj
Director: Prof. Dr. AL. POP

MALADIA LUI LANNELONGUE—OSGOOD—SCHLATTER

de:
Dr. ION PRĂGOIU
Asistent

Maladia lui *Lannelongue-Osgood-Schlatter* sau apofizita tibială anterioară face parte din grupul turburărilor de dezvoltare survenite la nivelul câtorva puncte de osificare, cari dau naștere la sindrome clinice și radiologice bine diferențiate.

Apofizita tibială anterioară este cunoscută încă din anul 1878 când *Lannelongue* face o comunicare amplă asupra acestei maladii la Societatea de Chirurgie din Paris. O punere la punct a maladii este făcută de elevul său *Jegu* în teza sa inaugurală. Cunoscând aceste date, este foarte natural ca boala să poarte și numele lui *Lannelongue*, deoarece este știut faptul că *Schlatter* și *Osgood* abia în anul 1903 — independent unul de altul descriu această maladie cu ajutorul examenului radiografic.

După expunerea cazului nostru, o să facem un studiu de sinteză asupra acestei maladii.

B. A. elev în vârstă de 15 ani, se prezintă la consultațiunile Clinicii Chirurgicale în ziua de 15. IV. 1937 cu dureri în genunchiul stg. După afirmațiile bolnavului, înainte cu 2 ani, în cursul unor exerciții de gimnastică a căzut pe genunchiul stâng. După traumatism a continuat exercițiile gimnastice fără să simță durere în regiunea traumatizată. La 3 luni după traumatism apar în mod spontan durerile în genunchiul stg. mai accentuate la mișcările de flexiune, tumefierea regiunii subrotulienne stângi și cu tegumentele la acest nivel de aspect eritematos. Fără să consulte medic este reținut de părinți în pat și tratat cu comprese cu Burow. După două săptămâni fenomenele cedează și bolnavul poate să-și urmeze cursurile. Dela această dată tumefierea dela nivelul apofizei tibiale anterioare stângi nu a cedat complet, iar când făcea eforturi mari, simțea dureri sub formă de înțepături sub rotula stângă.

În ziua de 14. IV. 1937 cade iarăși pe acest genunchiu și a doua zi apar durerile cu tumefierea pronunțată a regiunii subrotulienne stângi. Cu aceste fenomene se prezintă la consultațiile clinice noastre.

La examenul general nu se constată nimic deosebit. Bolnavul este bine dezvoltat pentru vârsta ce o are. La inspecția genunchiului stâng se constată tumefierea regiunii subrotulienne stângi mai ales la nivelul apofizei tibiale anterioare. Tegumentele prezintă un caracter eritematos, cu temperatura locală ridicată. La palpare regiunea este foarte dureroasă. Se procedează la examenul radiografic comparativ al genunchilor din profil: pe filmul radiografic (fig. No. 1) se



Fig. 1.

constată prezența imaginii de aspect normal a apofizei tibiale anterioare din partea dreaptă. În partea stângă (fig. No. 2) se constată modificarea netă a formei apofizei tibiale, în sensul unei hipertrofii moderate, cu conturul neregulat și estompat. Structura trabeculară osoasă la acest nivel prezintă mici zone de condensări osoase.

Bazați: pe istoricul boalei, pe sindromul clinic și radiografic am stabilit diagnosticul de apofizită tibială anterioară stângă pe cale de reparație, cu puseu

acut (recidivă). Am aplicat un tratament de repaos absolut cu pansamente locale calde (revulsive) de An-



Fig. 2.

tiphlogistină, alternând cu comprese cu Burow. La 10 zile fenomenele au cedat și bolnavul și-a reluat îndetnicirile zilnice.

Controlat după 2 luni, din punct de vedere clinic am găsit o persistență a tumefierei corespunzător regiunii apofizei tibiale anterioare stângi, într'un grad mai moderat, fără dureri locale și fără fenomene inflamatorii. Radiologic același aspect.

La cazul descris este de reținut faptul că s'a prezentat la consultațiile noastre după 2 ani dela debutul boalei și era deci logic ca și din punct de vedere radiologic să nu găsim acel aspect clasic de fragmentare a nucleilor de osificare apofizari cu aspect neomogen, și să avem un tablou radiologic corespunzător unei faze de reparație osoasă în felul descris de noi.

Etiologia și patogenia acestei maladii se bucură de un număr destul de mare de ipoteze bazate pe diferitele cercetări ale autorilor: *Schlatter și Osgood* atribue această maladie unei cauze traumatice în sensul unei fracturi incomplete. *Jensen, Sarfel, Browser,*

Homann, Rieder, Altschul, Haglund, Usland admit existența unei fracturi parțiale a tuberozității, localizată mai ales la vârful apofizei.

Engelman crede că patogenia acestei maladii s'ar putea explica prin o sumă de micile traumatisme dela nivelul apofizei tibiale anterioare. De aceeași părere sunt și autorii japonezi ca *Tameyoshi, Asada, Leichico, Kato*, cari au observat această maladie pe o scară foarte întinsă la populația lor, cari îngenuchiază foarte mult.

Bergoman încă combate posibilitatea unei fracturi parțiale și presupune o alterare traumatică a cartilajului de creștere în urma unor contuzii repetate, ce ar duce uneori la o oprire în creștere a apofizei, iar alteori chiar la o hipertrofie a ei.

Jacobstahl presupune că pe lângă factorul traumatic mai intervin și alte momente predispozante, ca teren rachitic și eventual o infecție latentă.

Goldman și Ebbinhausen bazați pe cercetări clinice, histologice și radiologice cred că ar fi inițial o decolare epifizară parțială, iar secundar s'ar produce un progres inflamator.

Fromme, Hinrichs, Schlee, Müller și Fels cred că ar fi vorba de un rachitism tardiv.

Froelich, Mauclatre, emit ipoteza infecțioasă în sensul, că în această maladie ar fi vorba de o osteomieliță atenuată (benignă) de creștere.

Agrifoglio este de părerea că vasele dela nivelul apofizei tibiale fiind terminale, favorizează infecția și astfel încadrează această maladie în grupul necrozilor epifizare.

Winslow și Lenz cred că e vorba de un proces inflamator care se manifestă printr'o osteită rarefiantă.

Lick și Anardi cred că ar fi urmarea unei insuficiențe de secreție internă. De aceeași părere sunt și *Pavlucci și Maselli*. Această ipoteză este combătută de *Solieri și Anzilotti*.

Fleischner, Hackenbrock și Johansen, sunt de părerea că e un proces de osteocondrită juvenilă.

Burghardt consideră apofizita tibială anterioară, similară cu boala lui Calvé-Legg-Pethes și cu boala lui Köhler I și II și propune numirea de »Epifizita deformată«.

Stankiewicz face două categorii în maladia lui Lannelongue-Schlatter și Osgood și anume: o categorie cu etiologie traumatică și alta cu tulburări în procesul de osificare apofizar pe care o numește »Osteocondropatia juvenilis parosteogenetica tuberositatis tibiae«.

Halsberg, Kirschner, Matsuoka și Bergmann deasemenea cred că este vorba de o apofizita de creștere.

După părerea lui *Ombredanne* apofizita tibială

In flatulență, dispepsii fermentative, cataruri intestinale, afecțiuni cronice ale pancreasului. Pentru diminuarea gazelor înainte de radiografii

Festal

Preparatul concentrat și nealterabil, conținând fermenți pentru digerarea albuminelor, grăsimilor, hidraților de carbon și a celulozelor.



» *Bayer* «

LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:

Flacoane cu 20 și 50 drageuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In hiperaciditate gastrică, pyrosis, gastrică și ulcer gastric

Hydronal

Hydroxid de aluminiu, care produce o gelatinizare puternică, neutralizând pe cale coloido-chimică acidul clorhidric în exces.

Digestia rămâne neturburată, nu se produce o hiperaciditate ulterioară ca în tratamentul cu săruri alcaline.



» *Bayer* «

LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJ ORIGINAL:

Cutie de 30 tablete de 0,5 gr.

anterioară trebuie considerată ca o discondroplazie, caracterizată printr-o deviere a procesului normal de osificare condroconjugală. Nefiind deci un proces inflamator propriu-zis, *Ombrédanne* consideră termenul de apofizită ca impropriu și propune numirea de »discondriostoză tibială anterioară«. În același timp acest sindrom dureros trebuie să fie separat de fracturile și fisurile traumatice propriu-zise ale tuberozității, cari de altfel sunt foarte rare, deoarece este foarte greu de a concepe fractura unui nucleu osos înglobat într-o masă cartilaginoasă abondentă. După *Ombrédanne* această distrofie osoasă poate fi esențială osteogenetică, sau poate să fie secundară datorită unor microtraumatisme asupra unei zone de creștere, influențate și de eventuale leziuni latente ca osteomielita latentă, heredosifilisul, disendocrinismul hipofizar, sau un rachitism tardiv.

Lance este tot de părerea că este o apofiză de creștere, iar *Mouchet* în spiritul acestei idei face un studiu amplu asupra acestei maladii în anii 1932/33.

Havelocque pe baza unor studii ample anatomo-radiologice ajunge la concluzia că tuberozitatea anterioară a tibiei se dezvoltă din doi nucleu de osificare situați într-o lamă cartilaginoasă, de formă triunghiulară așezată înaintea cartilagiului de creștere interdiafiză epifizar superior. Între 7—11 ani apare primul nucleu de osificare numit »nucleul apofizar«. Între 10—13 ani nucleul epifizar superior al tibiei emite o prelungire anterioară deasupra nucleului apofizar. Osificarea completă a acestor nucleu cu restul tibiei se face între 16—20 ani. Etapele de osificare sunt foarte variabile dela un individ la altul și chiar dela o parte la alta. S'au semnalat perzențe a cartilagiilor de creștere (*Mauclair*, *Moucnet*) iar în alte cazuri o aplazie a acestei tuberozități (*Köhler*).

Perrot pe baza examenului radiografic a 40 de cazuri între 7—15 ani ajunge la concluzia că de multe ori nucleul propriu apofizar construște în întregime apofiza și progresează spre epifiză și diafiză spre a se uni. În alte cazuri prelungirea epifizară contribuie în cea mai mare parte la procesul de osificare al apofizei.

Anatomo-patologic pe piesele operate de *Ombrédanne* s'a găsit de către *Perrot* »o masă îngroșată de țesut fibrocondral în mijloc cu un nucleu osos lipsit de corticală«. Acest țesut constituia tumefacția anormală a tuberozității tibiale. Alteori s'au găsit numeroase puncte de formațiuni osteocartilaginoase situate într-o stromă celulară extrem de vasculară, uneori angiomatoasă.

Fibroza apofizară cu punct de plecare din regiunea corticală cu invazia întregii tuberozități, cu frag-

mentarea masei tuberozitare, face pe *Ombrédanne* să creadă că are de a face cu un proces de »discondroplazie osteogenetică asemănătoare procesului ce se petrece în coxaplană«.

Kienböck a găsit în țesuturile recoltate bacili Koch.

Winslow a găsit la examenul microscopic un țesut granular inflamator.

Din punct de vedere clinic, maladia lui *Lannelongue-Schlatter* și *Osgood* o găsim între 12—17 ani cu predilecție la băieți, cari sunt mai expuși traumatismului. Ca localizare s'a observat că este mai frecventă în partea dreaptă. Abstrăgând dela cazurile unde debutul în urma unui traumatism este net, restul cazurilor prezintă un debut spontan manifestându-se prin mărirea de volum a tuberozității tibiale anterioare și cu dureri la eforturi și presiune la acest nivel. Leziunea este în marea majoritate a cazurilor unilaterală și foarte rar bilaterală. Durerea la debut este vagă și localizată sub regiunea rotuliană corespunzătoare ceace însă nu împiedică mersul. Durerile devin tot mai intense și concomitent se produce o îngroșare a tuberozității tibiale. Tegumentele uneori sunt intacte, însă de cele mai multeori sunt edematoase, cu caracter eritematos și cu o temperatură locală ridicată.

Hiperflexiunea și poziția în genuchi este foarte dureroasă. În cazuri de recidive multiple, tuberozitatea tibiei poate să ajungă până la mărirea unui ou de porumbel, iar după perioada de osificare apare ca un osteom sub-rotulian dezvoltat în grosimea ligamentului rotulian (*Dujarier*).

Examenul radiologic este indispensabil pentru precizarea diagnosticului. Profilul este poziția optimă în care tuberozitatea tibiei ne este bine evidențiată, fără suprapuneri. La examenul radiografic în faza de debut a apofizei tibiale, observăm un aspect anormal al nucleilor de osificare cari sunt cu dimensiunile reduse, de formă atipică, neomogeni, cu conturul neregulat, cu mici dințături și de cele mai multeori fragmentați. În perioada de vindecare, adică de regenerare osoasă, la examenul radiologic apofiza tibială ne apare hipertrofiată, diformată, cu conturul neregulat, iar în grosimea ei se remarcă multiple zone mici de condensări osoase.

Evoluția acestei maladii este foarte variabilă. Ea poate să dureze dela câteva luni, până la 4—5 ani, deci în toată perioada de creștere. Fenomenele clinice cedează în repaos și se accentuează prin marș sau alte eforturi. Cazul nostru confirmă durata lungă a acestei maladii, cu posibilitatea de recidive.

După *F. Munde* apofizita tibială anterioară poate să fie asociată și cu alte manifestații dureroase epi-

fizare ca: talalgia, osteocondrita șoldului și epifizita vertebrală.

Starea generală rămâne nealterată, uneori se pot observa mici ascensiuni febrile cari cedează la simplul repaos.

Ca diagnostic diferențial această maladie trebuie să o diferențiem de fracturile și decolările propriu zise apofizare unde să găsim o impotență funcțională cu imposibilitate de a extinde complet gamba, echimoze în regiunea apofizei tibiale și uneori hemartroze. La decolările apofizare trebuie să fim foarte prudenți în fixarea diagnosticului deoarece lărgirea cartilagiului de creștere interdiafizo-apofizar (linia lui *Iacobstahl*) poate da impresia unei decolări traumatice apofizare.

Fractura sau smulgerea poate fi precedată de o fază de apofizită (*Alexandri, Bader*). Bursita pretibială deasemenea poate fi rezultatul apofizitei tibiale (*Kienböck*). Au fost semnalate adevărate procese de osteomielite și osteite tuberculoase, verificate prin găsirea bacilului *Koch*. Apofizita tibială deasemenea trebuie să o diferențiem de osteitele specifice sifilitice dela acest nivel descrise de *Trinci și Graur*.

În ce privește tratamentul trebuie să precizăm dela început, că datorită faptului că afecțiunea este de o benignitate absolută, uneori este suficient repaosul cu aplicarea de revulsive locală. La punerea în repaos a segmentului respectiv trebuie să avem grija ca gamba să fie alungită și piciorul ridicat pentru a obține o relaxare cât mai ideală a cvadricepsului. Dintre revulsive o să aplicăm tinctura de iod sub formă de badijonări, puncte de foc cu electrocauterul și pansamente umede calde, sau pansamente aplicate în mod special cu Antiphlogistină care și în cazul nostru a dat rezultate foarte bune.

Fiind vorba de copii, ca tratament general o să administrăm calciu iradiat și untură de pește sub diferite forme. În cazuri de apofizite sifilitice și turburări endocrinene o să aplicăm tratamentul specific antisifilitic și extracte poliglandulare. În cazuri rebele unde durerea și tumefierea nu cedează la tratamentul indicat, se va face imobilizarea segmentului respectiv într'un aparat gipsat care se va menține până la cedarea completă a fenomenelor. După vindecare o să avem deosebita grije ca bolnavul să-și reia activitatea în mod progresiv și să evite pentru un timp anumit sporturile și eforturile mari, altfel este expus recidivelor cari pot să fie foarte neplăcute.

În cazurile cu recidive multiple s'a aplicat cu un deosebit succes tratamentul chirurgical care are și deosebitul avantaj de produce o vindecare anatomică definitivă.

Până în prezent s'au aplicat trei procedee operatorie și anume: 1. perforarea tuberozității tibiale cu

ajutorul unui perforator (burghiu). 2. ținuirea apofizei tibiale cu un cui osos luat din tibia și 3. operația radicală de exereză a apofizei tibiale.

1. Perforarea apofizei tibiale cu ajutorul unui perforator sau burghiu aplicând una sau două orificii de perforare, a fost executată de *Boszan și Th. I. O'Kane* dela New-York pe 6 cazuri cu rezultate foarte bune. Perforarea acționează prin decongestia ușoară locală și prin remanierea osificării vicioase.

2. Ținuirea apofizei tibiale anterioare a fost executată de către *Soulé (1916) Solieri, Delitala și Amand* cu ajutorul unui cui osos luat din creasta tibiei. Se perforază în prealabil apofiza tibiei cu ajutorul unui burghiu și în acest orificiu se aplică cuiul osos care are de scop să fixeze cât mai bine apofiza tibiei și în felul acesta să obținem o cât mai bună regenerare osoasă.

3. Exereza apofizei tibiale anterioară a fost practică de către *Matsuoka, Altschul, Rieder, Agrifoglio, Mouchet, Lance* și pe scară mai întinsă de către *Ombredanne*. Ablația apofizei se practică pe cale subperiostală pentru a respecta continuitatea ligamentului rotulian. În acest scop se face o incizie în U care să încadreze întreaga apofiză tibială, se cade pe ligamentul rotulian care se incizează vertical și se decolează de o parte și alta de apofiza tibială. Se îndepărtează cele două lambouri tendino-periostice și se procedează la extirparea cât mai largă (*Ombredanne*) a apofizei tibiale pentru a evita recidivele.

Bibliografie

- ALTSCHUL: Zur Aetiologie der Schlatterschen Erkrankung. Deut. Med. Woch. Bd. 115. — VON BRANDÉS: Ztsch f. ortop. Chir. T. XLVIII. fasc. 2. 22. IV. 1931. — BAAN PAUL: Das Röntgenogram der osteocondritis deformans juvenilis. — CHAUMET: Traite de Radiodiagnostic. — GRAUR ST. E.: Maladia lui Schlatter-Osgood în legătură cu sifilisul hereditar. Rev. Șt. Med. 1929. — GRAUR ST. E.: Maladia lui Schlatter-Osgood, Rev. Spitalul 1930. — KIENBÖCK: Über osteocondritis an der tuberositas tibiae. Fort. d. Röntgen. Bd. 15. — KÖHLER; Grenzen des normalen und Anfangen des Pathologischen im Röntgenbilde. — LANCE: La maladie de Schlatter I. d. Rad. V. 3. — LEDOUX-LEBARD: Manuel de Radiodiagnostic clinique. — MOUCHET: La Presse Medicale. 24 Juin. 1933. — OMBREDANNE: Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile. 1933. — PERROT: Rev. d'Orthop. Septembre 1933. p. 497. — ROCHER H. L.: Traité de Chirurgie Orthopédique. Tome V. 1937. SCHINZ: Lehrbuch der Röntgendiagnostik 1932. — STANKIEWICZ: Osgood-Schlattersche Krankheit. F. d. R. 38.

Azilul de Copii din Arad
Director: Dr. C. OLARIU

TUBERCULOTOXICOZĂ A INTESTINULUI LA COPII

de:

Director Medic Primar Dr. C. OLARIU

Despre o nouă terapie cu mari orizonturi în dispepsia tuberculotoxică la sugari, este scopul acestor rânduri.

Fiecare medic de copii se gândește cu groază la acele pustiitoare cazuri la sugari și la copiii mici, cari încep cu diaree și vărsături, și trec într'un marasm cu progresiuni rapide cari conduc aproape întotdeauna la un sfârșit tragic, mai înainte ca copilul să împlinească primul an al vieții sale. Tragicul acestor dispepsii secundare, provocate de toxinele tbc. constă în aceea, că defidă orice tratament dietetic, medicamentos, etc... Nu vorbesc aci despre tuberculoza de alimentare căci aceasta este primordială și nici de enterita tuberculoasă prin înghițirea tuberculelor, ci este vorba în cazurile noastre de o chestiune pur secundară unde nu suntem nici măcar în situația de a stabili cu absolută siguranță focarul principal.

Realitatea terapiei încercată de mine pentru prima oară constă în aceea că tocmai eu am adoptat Sanocrysine, care — întocmai ca oricare preparat de aur — pe baza literaturilor ce le am în fața mea, este considerată de mai toți autorii ca fiind contraindicată pentru orice afecțiune a intestinului. Numai *Leon Bernard* în Franța a considerat unele forme de tuberculoză intestinală ca ne fiind contraindicate. Am adunat cu Sanocrysine la pulmoni — și în deosebi în tuberculoza ganglionară a copiilor foarte bune rezultate și de aceea voiam să calmez persistentele vărsături și diaree prin aceea că eu consider că focarul primar se află în hil și astfel să împiedic însămânțarea toxinelor. Cum însă fiziologii văd o contraindicație tocmai în enterite și dispepsii pentru tratamentul cu aur, a trebuit — de bine de rău — să accept că Sanocrysine posedă o deosebită influență dăunătoare asupra intestinului, cel puțin așa se crede absolut până acum, că această influență nu trebuie să fie întotdeauna vătămătoare, ci că poate să acționeze chiar favorabil, voi dovedi mai târziu. O oarecare analogie găsesc eu în terapia recomandată de *Sahli* în tifosul stomacal cu injecțiuni de bismut, pe care el o consideră ca o terapie sensibilizantă cu un metal greu. Departe de a considera Sanocrysine ca o valoare specifică asupra tbc. o consider totuși ca un ajutor valoros în terapia tuberculozei. Dacă valoarea Sanocrysinei constă numai în provocarea, respectiv în activarea sistemului reti-

culo-endotelial sau în sensul adevărat chemo-terapeutic acționează asupra tuberculelor, sau că are o influență athreptică prin alterarea terenului de cultură, sau că în oricare mod acționează bactericid, catalitic prin înfrânare sau prin excitare, las acestea să le hotărască Farmacologia și Fiziologia experimentală. Eu mă aflu în fața unui fapt, că Sanocrysine este în stare să aducă servicii reale în combaterea tbc. și de sigur că mobilizează rezervele de apărare proprii ale organismului. Când aceste rezerve nu mai există — după cum dovedesc cazurile cașectice — este și Sanocrysine fără efect. În cele două cazuri — luate fără alegere din cinci prezentate — și descrise mai de aproape a dominat tabloul afecțiunii intestinale cronice, în timp ce focarul hilar primar nu părea periculos, cel puțin nu arăta simptome obiective clinice. Diareile erau sigur enterogene, frecvențele vărsături pot avea o indicație ca o însămânțare a toxinelor în menige sau în peritoneu sau ca un reflex al intestinului asupra peritoneului. În contra unei însămânțări de tubercule în creier vorbește faptul, că copiii trăiesc încă, deci o meningită tuberculoasă se poate exclude cu siguranță practică. Dacă urcarea febrei după primele injecții de Sanocrysine pot fi atribuite ca o reacțiune a corpului asupra eliberării endotoxinelor sau că prin Sanocrysine a fost provocată ca un corp stimulant, nu se discută aci.

Pe scurt cele două faze ale maladiei:

1. Copilul N. I. este adus în azil de către mama sa. Copil nelegitim în vârstă de 4 luni. Mama suferă de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă, stabilită fiziologic și radiologic. Copilul cântărește 4000 grame. Țesutul subcutanat gras rău dezvoltat, ușor turgescenț, hipertrofică pronunțată pe spate și ceafă. Micropoliadenie. Ectazie venoasă. Semnele lui Tourban, pozitiv. Wasserman negativ. Chvostek slab +. Pirquet și Mantoux tare +. Ficatul și splina normale. Pulmonul: ușoară răsuflare bronchială în regiunea infrascapulară. Prescurtarea sunețului parasternal. Radiologic hilul drept umbrit. Temp. 37,3. Anorexie. Sputa și scaunul Koch negativ.

Pe baza acestor constatări s'a dispus imediată separație de mamă. (NB. Aceasta a sucombat după trei luni din cauza ftiziei). Alimentație corespunzătoare vârstei și greutateii, cu lapte diluat și mucilago, apoi lapte normal cu lapte diluat, mai târziu $\frac{3}{4}$ lapte cu mucilago. La începutul lunii a 6-a se adaogă lapte nesmântuit cu 3% griș. La începutul lunii a 7-a supă de carne cu piure de cartofi. La vârsta de șapte luni jumătate a fost cu totul înlocuit și $\frac{3}{4}$ de lapte. Cu toată alimentația regulată și administrată în mici porțiuni frecvente, copilul varsă zilnic de patru până la cinci ori și are 3—6 scaune patologice. Cu tot tratamentul întreprins, starea sugarului sporește foarte încet și atinge, la vârsta de un an, 7700 grame. Acum devine starea critică: vărsăturile continuă (4—5) și scaunele au devenit mai dese și mai urâte. Pierdere constantă din greutatea cu toate diversele diete și medicamente. S'a încercat jumătate lapte, apoi lapte albuminat după Finkelstein, zer după Schiff și multe altele. Nici o ameliorare ci o continuă pierdere din greutate. Starea sângelui vezi Tabela I. În această stare, având numai 4900

greutate ajunge copilul la vârsta de 17 luni când, — ca un ultim refugiu — s'a început cu Sanocry sine. Am administrat Sanocry sine intramuscular începând cu 1 ctgr (0,01), 3 zile mai târziu 0,025, apoi odată pe săptămână 0,05, corespunzător la 1 ctgr. de kilogram de greutate. Total în 14 injecțiuni 0,653 gr. Încă dela a doua injecție au încetat vărsăturile și cele patru scaune pe zi au devenit mai consistente. În același timp s'a ameliorat starea generală: din copilul veșnic plângător cu o înfățișare bolnăvicioasă, și care își ascundea fața la fiecare privire, a devenit un copil liniștit, uneori chiar vioi cu o privire deschisă care acum adeseori râde și câștigă în greutate zilnic câte 20—30 grame, deși capătă aceeași alimentație cu zer, căruia i se adăoga acum numai 3% zahăr Soxlet. În acest timp a biruit copilul ușor o gripă cu forme pulmonare și varicele. După a 6-a injecție scaunele au devenit normale, nu mai varsă. La 19 luni are din nou 7 kgr. și de aci înainte cu o creștere progresivă ajunge la 27 luni cu 9400 gr.

TABLOU SANGHIN I. (N. I.)

	Vârsta		
	17 luni	19 luni	20 luni
Hemoglobină	75%	80%	45 %
Leucocite	15,000	9,500	6,600
Limfocite	18%	22%	28%
Neutro. Segment	62%	51%	40%
" "	11%	8%	6%
" "	4%	2%	1%
Monocite	5%	14%	21%
Bazofile polinucleare	0%	1%	2%
Eozinofile	0%	2%	2%
Celule endoteliale	0%	0%	4%

Din starea sângelui se vede starea mizerabilă înainte de tratamentul cu Sanocry sine, faza de biruință monocitară și faza de vindecare limfocitară. Interesantă este ivirea eosinofililor și către sfârșitul tratamentului apariția celulelor endoteliale.

Cazul II. Fetifa M. I. este primită în azil în vârstă de 9 zile împreună cu mama sa. Greutate 3100 gr. Anemică, ușor turgescență, hipertricoză pronunțată pe spate. Zilnic 4—5 vărsături. Anorexie. Ușorât tuse. Fără expectorație. Scaunul Koch negativ. R. W. negativ. Pirquet și Mantoux forte pozitiv. Respirație bronchială. În dreapta în față lângă stern, matitate. Temp. 36,8. Radiologic umbră intensivă, glandele hilare mărite în dreapta. Mama suferă de tuberculoză osoasă, este însă afebrilă, cu o stare generală bună. Își hrănește singură copilul, care însă sugă defectos, fără poftă și aproape după fiecare hrană, varsă. Scaunele sunt la început câteva timp bune, însă nu durabil. Orice terapie și cu toată nutriția cu laptele mamei, fără succes. Luând în considerație tuberculoza osoasă a mamei și reacția pozitivă Pirquet—Mantoux, precum și radioscopia, am început în a zecea săptămână cu tratamentul de Sanocrysin. Chiar dela a 2-a injecție am întrerupt tratamentul — după cum știu acum — prea de vreme, întrucât a intervenit o ameliorare generală. M'am îndoit chiar de exactitatea diagnozei mele. Totuși s'a întâmplat altfel: după patru luni s'a repetat vechiul cântec și a luat forme foarte îngrijorătoare. Această stare a mai durat alte 2 luni și a fost neinfluențată nici de dietă, nici de igienă, nici de medicamente, în mod absolut. Copilul cântărea la vârsta de 8 luni și jumătate 5100 gr. când m'am hotărât din nou să intervin cu Sanocrysin. Până la a treia injecție, continuă pierderea de greutate. Tratamentul ca în cazul I. Dela a treia injecție starea se ameliorează vizibil cu toate

că momentan persistă febra. Scaunele au devenit bune și mai puțin numeroase. Vărsătura a încetat complectamente. După a șasea injecție copilul a devenit afebril. Câștigarea zilnică în greutate era constatată. Am îndrăznit acum, ceiaze mai înainte nu mi-a reușit, să înjarc copilul. După 2 luni dela încheerea curei, 7200 gr. Mama chiar în timpul înjarcării foarte slăbită, astfel că a trebuit să o trimitem în spital, unde după ce a făcut o peritonită tuberculoasă, a sucombat.

Copilul ajunge la 7600 gr. când începe din nou să aibă scaune mai multe, după 2 luni mai târziu are din când în când și vărsături. Acum nu s'a mai încercat intervenția cu dietă și altele, ci de îndată s'a instituit un tratament cu Sanocry sine. Sistarea de îndată a scaunelor patologice și a vărsăturilor și de aci înainte sporirea regulată în greutate. Copilul, acum orfan de ambii părinți, se găsește încă în azil, este vioi și sănătos, a rezistat la o pneumonie gripală, varicelă etc.

TABLOU SANGHIN II. (M. I.)

	Vârsta		
	8,5 luni	11 luni	14 luni
Hemoglobină	55%	70%	85%
Leucocite	14,000%	9,500%	7,500
Limfocite	21%	28%	34%
Neutro. Segment	66%	57%	50%
" "	7%	4%	2%
" "	2%	1%	—
Monocite	4%	9%	12%
Bazofile, polinucleare	—	—	—
Eosinofile	—	1%	2%

Recapitulare.

Din cele două cazuri descrise aci, luate din 5 cazuri de dispepsii tuberculotoxice sau de tuberculotoxică intestinală, nu se pot trage încă valabile concluziuni asupra tratamentului lor cu Sanocry sine: pe baza anamnezei, a datelor radiologice și clinice și a absolutei refractării la orice terapie obișnuită în tbc., a rapidei influențe a Sanocry sinei ca terapie cauzală a glandelor bronchiale tbc., cred că pot să rețin diagnoza de tuberculotoxică. Vărsăturile pot să fie provocate de o însămânțare de toxine în meninge sau în mod reflex asupra peritoneului (deci central sau enterogen), și se menține ca și frecvențele scaune patologice atât timp, până ce inocularea toxinelor în focarul primar este oprită sau capacitatea de inoculare înlăturată, Sanocry sine a acționat cauzal la focarul primar al maladii și a evitat prin aceasta în mod indirect simptomele secundare amenințătoare: vărsături și diaree. Sanocry sine nu are întotdeauna, după cum au crezut fiziologii, o acțiune dăunătoare asupra intestinului ci poate prin influența sa terapeutică asupra focarului terapeutic și asupra fenomenelor dispeptice și emetice, să acționeze cu succes. Farmacodinamica Sanocry sinei nu este lămurită prin aceste cazuri. Eu cred într'o activare a sistemului reticulo-endotelial (aparitia unor asemenea celule în tabloul sanguin la sfârșitul curei, indică aceasta) care mobilizează din nou pute-

rile de apărare proprii ale organismului, astfel că el devine stăpân asupra tuberculelor. (Febra după prima injecție cu Sanocry sine se pronunță foarte mult pentru o eliberare de endotoxine și nu pentru o reacțiune aurică). Dozarea am luat-o în mod analog ca și la fenomenele dispeptice ale sifilisului latent la sugari. Doza maximă a fost 0,01 pe kilogram de greutate corporală, odată pe săptămână. Sanocry sine nu a avut fenomene secundare neplăcute. Albuminurie, dermatoze, etc. nu au fost observate, deși starea micilor mei pacienți era deprimată.

Pe baza constatărilor de mai sus recomand mai cu seamă în Clinici și Spitale de Copii cu un material de bolnavi mai mare, tratamentul prin Sanocry sine în tuberculotoxicoză intestinală, pentru a se face cercetări complimentare. În serviciul meu se continuă întrebuințarea Sanocry sinei ca și până acum la cazurile de mai sus, dar chiar și la artritele tuberculotoxice, ganglioni și tuberculoză pulmonară. Cu regret trebuie să spun că autoritățile sanitare competente nu ne pun la dispoziție acest medicament, astfel că din cauze materiale nu putem face o întrebuințare îmbelșugată, pe care o merită Sanocry sine în interesul combaterii mortalității infantile. O modificare în acest sens ar fi o problemă folositoare a Ministerului Sănătății.

TRATAMENTUL ABORTIV AL UNUI CAZ DE ICTER INFECȚIOS ACUT PRIN INJEȚIUNI CU PRONTOSIL

de:

Dr. QUITTER FELIX medic stagiar militar
com Mingr (jud. Cahul)
Basarabia

Posibilitățile de vindecări abortive ale unor afecțiuni, constituie pentru medicul practician din mediul rural un factor foarte important, datorită împrejurărilor grele în care el este nevoit să lucreze. Pentru noi — acei 100 medici stagieri militari, trimiși pentru prima dată în Basarabia, în regiuni unde asistența medicală era nulă și unde se întâmpină de cele mai dese ori greutăți din cele mai mari, medicul fiind primit cu adversitate, — asemenea cazuri de vindecări abortive constituie un succes incomparabil, pentru că pe lângă satisfacția morală, ele ne procură încrederea populației, factor foarte prețios în practica rurală. Și este cu atât mai important acest factor, cu cât medicul dela sate este de cele mai multe ori lipsit de ajutoarele prețioase de care dispune medicul dela oraș: Laborator,

Radiologie, instrumente, spital precum și farmacii bine asortate cu medicamente.

În asemenea condițiuni, singurul mijloc de activitate al medicului izolat îl constituie medicamentul, care este cu atât mai util cu cât are o acțiune terapeutică mai sigură și mai promptă. Asemenea medicamente ridică prestigiul medicului și îi procură încredere populației prin asistența reală care i se dă.

Este vorba, în speță, despre excelentul chimioterapeutic al firmei »Bayer» Leverkusen, anume Prontosil, și care nu constituie prima surpriză terapeutică a acestei case. Medicamentul are un câmp de indicațiune foarte extins în afecțiunile streptococice și stafilococice, în special în angine, scarlatină, erizipel, febră puerperală, cistite, pielite etc.

Cazul de mai jos dovedește pe de o parte indicațiunea vastă și pe de altă parte eficacitatea medicamentului.

N. U. femeie de 39 ani se prezintă la vizită în ziua de 5 Aprilie a. c. Spune că înainte cu 3 zile (2. IV) a fost cuprinsă de o stare generală rea, dureri în epigastru, vomismente și e lipsită complet de poftă de mâncare, numai gândul la vre'un aliment îi produce greață. A avut frisoane repetate și suferă de o cefalee foarte intensă.

La examenul clinic starea generală foarte rea, adinamie, limba saburală, temperatura 38,9°C, pulsul 64 pe minut. La palpate prezintă dureri vii în regiunea epigastrică precum și în punctul cistic.

Bolnava prezintă o urticarie foarte pruriginoasă, ceea ce constituie un simptom valoros pentru diagnosticul icterului. Analiza urinei nu am putut face din cauze tehnice. Bazat pe colorațiunea icterică a conjunctivelor și paliditatea feței, pe de altă parte constatând în antecedente o angină în urmă cu 10 zile, am pus diagnosticul de icter infecțios acut.

I-am administrat sulfat de sodiu în doză purgativă apoi în doză laxativă și câte 1.50 gr. urotropină pe zi. Scăderea temperaturii am obținut-o abia după 2 injecții de câte 5 cmc. Prontosil solubil.

6. IV. Injecția nu a produs nici un fel de durere. Bolnava a fost impresionată de colorația intensă a urinelor, fapt oarecum desavantajos din cauza că împiedică examenul vizual al urinelor. Starea generală se ameliorează după 24 ore dela injecție, temperatura 37,2° pulsul 76 pe minut. Pofta de mâncare a revenit. Scaunele sunt de colorate. Se repetă injecția de Prontosil în cantitate de 5 cmc.

7. IV. Starea generală se menține bună. Se repetă injecția cu 5 cmc. de Prontosil.

9. IV. Bolnava a reluat lucrul în casă, mănâncă și se simte foarte bine. Temperatura 36,8. Conjunctivele

Combinatiune ideală de cărbune
medicinal cu extract de sena

CARBOLAX tablete

laxativ ușor cu efect sigur

**Neplăcerile verii: diareea, intoxicațiunile
alimentare, disenteria, enteritele acute,**

LE COMBATETI CU SUCCES PRIN:

TANNOCARBON

Cărbune medical --- Tannin albuminat
Antiseptic --- Astringent **tablete**

In enteritele acute, disenterie, co-
lita muco-membranoasă, prescriți:

MAGNOCARBON

**Magnozón, Cărbune medi-
cinal, Extract de Belladona.** **tablete**
Ușor laxativ, antiseptic și antispasmodic

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

Gedeon Richter

BUCUREȘTI. STRADA PLANTELOR 21, BUCUREȘTI

normale. Scaunele mai sunt decolorate. După o nouă injecție de Prontosil, bolnava nu se mai prezintă la consultațiuni; în ziua de 14,4 trecând ocazional pe la locuința bolnavei am aflat că e plecată la munca câmpului, ceea ce ilustrează vindecarea ei completă.

Având în vedere alura gravă de la început a icterului, trebuie să admitem că el ar fi evoluat în cel puțin 7—8 zile. Regimul, purgativul și urotropina nefiind niciodată în stare să avorteze un icter care începe cu simptome așa de alarmante, suntem îndreptățiți a admite că această vindecare bruscă, după 24 ore, se datorește acțiunii terapeutice excelente a Prontosil-ului.

COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 8—1937.

Prof. Dr. V. PAPILIAN et Dr. I. G. RUSSU: **Recherches expérimentales sur l'extirpation du plexus choroïde.**

L'auteur arrive à la conclusion que ce plexus veineux constitue une barrière et joue simultanément un rôle de sécrétion.

Dr. PRODAN LEON: **L'organisation du contrôle sanitaire des établissements industriels et de la salubrité.**

L'auteur décrit un système d'organisation d'un contrôle sanitaire systématique des industries, des ateliers, des établissements commerciaux, des places publiques, etc. C'est le médecin hygiéniste spécialisé dans l'hygiène industrielle qui s'occupe de cette organisation, aidé par les officiants sanitaires sous ses ordres.

Dr. R. PUȘCARIU et Dr. E. ADAM: **Considérations sur les hernies pseudo-étranglées d'origine appendiculaire, en rapport à un cas clinique.**

Il s'agit d'un malade âgé de 58 ans, qui présentait les symptômes d'un faux étranglement d'une ancienne hernie crurale. La cause de ce pseudo-étranglement a été une péritonite appendiculaire découverte au cours de l'opération. Le malade est guéri.

Les conclusions à la suite de ce cas sont:

1. Il existe une entité morbide dénommée d'après Clairmont »pseudo-étranglement« et qui survient chez des porteurs d'une hernie à la suite d'un ileus mécanique, dynamique, et même d'une péritonite du sac.

2. Le mécanisme de production s'explique d'une part par le refoulement de l'intestin dans le sac à cause de son distension, d'autre part dans les péritonites à

la suite de la contracture des muscles abdominaux, l'anneau herniaire se reserre et accentue ainsi les phénomènes locaux de pseudo-étranglement (douleur, œdème du sac, irréductibilité, etc.)

3. Le diagnostic, malgré les quelques signes donnés par les auteurs reste très difficile. Pratiquement c'est un diagnostic »in situ« au cours de l'intervention.

4. Le traitement consistera en une hernio-laparomie qui permettra de résoudre la hernie ainsi que l'affection causale-l'appendicite.

Dr. ION PRĂGOIU: **La maladie de Lannelongue—Osgood—Schlatter.**

L'auteur décrit un cas de maladie d'Osgood—Schlatter et insiste pour l'introduction du nom de Lannelongue comme le fit Ombredanne lui-même, et ceci basé sur le fait que Lannelongue a décrit le premier cette affection déjà en 1878 (Communication à la Société de Chirurgie de Paris). La particularité de ce fait réside dans le fait que, l'auteur l'a surpris dans une période de poussée aiguë.

Dr. C. OLARIU: **Sur la tuberculo-toxicose des intestins chez les enfants.**

L'auteur rapporte des résultats favorables dans le traitement de la dyspepsie tuberculo-toxique en employant Sanocrysin. Il décrit deux cas personnels traités par cette spécialité.

Dr. F. QUITTER: **Traitement abortif dans un cas de maladie de Weil à l'aide des injections de Prontosil.**

L'auteur communique un cas de jaunisse infectieuse guérie en 24 heures par les injections de Prontosil.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

No. 8—1937.

Prof. Dr. V. PAPILIAN und Dr. I. G. RUSSU: **Experimentelle Versuche bezüglich Extirpation des Plexus chorioideus.**

Die Autoren gelangen zu dem Schlusse, dass diese venösen Geflechte eine Barriere darstellen und gleichzeitig auch eine sekretorische Rolle spielen.

Dr. LEON PRODAN: **Organisierung der Gesundheitskontrolle in den Industrie und Handelsunternehmungen.**

Der Verfasser beschreibt das Organisationsystem

einer systematischen Sanitätskontrolle in der Industrie und Handelsunternehmungen, Werkstätten, Lokalen usw. Die Führung dieser Tätigkeit obliegt einem in der Gewerbehygiene spezialisierten Arzt. Ihm untergeordnet sind Sanitätshilfsorgane. Dem Artikel folgen vier zu diesem Zwecke verwendete Formulare.

Dr. R. PUȘCARIU und Dr. E. ADAM: Über die Scheineinklemmung der äusseren Herniern, von appendizitischer Herkunft, im Zusammenhange mit einem klinischen Falle.

Die Verfasser berichten über einen 58 jährigen Kranken welcher die Symptome einer Scheineinklemmung eines alten Schenkelbruches zeigte. Die Ursache dieser Scheineinklemmung war eine appendikuläre eitrige Peritonitis, welche im Laufe des Eingriffes entdeckt wurde. Der Kranke genas nach der Operation.

Die Schlüsse die nach diesem Falle gezogen werden konnten waren folgende:

1. Es existiert eine krankhafte Entität, nach Clairmont Scheineinklemmung benannt, welche bei Individuen mit alten Brüchen infolge eines mechanischen oder dynamischen Ileus, oder einer Bruchsackperitonitis vorkommen kann.

2. Der Mechanismus dieses Bildes erklärt sich einerseits durch die Einzwängung von Darmschlingen, infolge ihrer Blähung in den Sack, andererseits wird durch die Peritonitis und durch die folgende Kontraktur der Bauchmuskeln die Bruchpforte zusammengezogen wodurch die Scheineinklemmungsphänomene hervorgerufen werden (Oedem des Sackes, Irreduktibilität, u. s. w.)

3. Die Diagnose bleibt trotz einiger Angaben verschiedener Autoren eine recht schwere. Praktisch ist es eine Diagnose »in situ« der Operation.

4. Die Behandlung ist die Hernio-laparotomie, wodurch der Bruch und auch die kausale Ursache, — in unserem Falle die Appendizitis, — gelöst wird.

Dr. I. PRĂGOIU: Die Lannelongue-Osgood-Schlatter'sche Krankheit.

Die Lannelongue-Osgood-Schlatter'sche Krankheit oder Apophysitis tibialis anterior gehört zur Gruppe der Dyscondroplasien, welche durch eine Veränderung des normalen Verknöcherungsprozesses charakterisiert sind. Die Aethiologie scheint traumatischer Natur zu sein und wird durch eventuelle latente Läsionen wie latente Osteomyelitis, Heredosyphilis, endokrine Störungen von Seiten der Hypophysis, oder tardive Rachitis beeinflusst. Die Evolution ist von langer Dauer (bis zu 5 Jahren) und ist benign. Die Behandlung besteht in Ruhe und Revulsiven. Man kann auch chirurgische Interventionen wie Perforation der Apophyse, Fixierung durch einen

knöchernen Nagel, oder Resection mit gutem Resultate anwenden.

Dr. C. OLARIU: Tuberculotoxicose des Darmes bei Kindern.

Der Autor berichtet über günstige Erfahrungen, welche er bei tuberculotoxischen Dyspepsien der Säuglinge mit Sanocrysin erzielte, berichtet über 2 persönliche Fälle und empfiehlt diese Behandlung wärmstens.

Dr. F. QUITTER: Abortivbehandlung eines Falles von Weil'scher Krankheit mit Injektionen von Prontosil.

Der Autor berichtet über einen Fall von von infektiöser Gelbsucht, welchen er mit Prontosil in 24 Stunden heilte.

NOTE TERAPEUTICE

In terapia nefritelor, dieta joacă un rol principal și în acest caz fructele, feculentele și în genere substanțele bogate în hidrați de carbon produc la mulți nefretici turburări sub formă de presiuni asupra inimii, palpitații, dispnee, împingerea în sus a diafragmei, în plus cu o desvoltare de gaze cari torturează pe acești pacienți.

Un tratament cu Luizym va ușura mult cursul maladiei, administrându-se în termen mijlociu după mesele principale câte o tabletă, avându-se în vedere că Luizym conține celuloze și hemiceluloze cari ajută enzimelor fiziologice (amilaze, proteaze, etc) ce se găsesc în organism, prin proprietatea ce o au de a desface învelișul celular rezistent și prin aceasta asigură degradarea materiilor ingerate fără desvoltare de gaze.

Complexul de enzime din Luizym normalizează flora intestinală și face posibilă o dietă modernă în nefrite, înlăturând colita ca primă complicație.

Dr. I. WEINSTEIN

SOCIETĂȚI MEDICALE

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ

Sedința din 24 Aprilie 1937.

Prezidează: Prof. Dr. E. JEPOȘU președinte

Doc. Dr. I. GAVRILĂ: **Un caz de rușeolă complicat cu o nefrită acută hemoragică. Vindecare cu vitamina C. (Cantan).**

Autorul relatează următoarea observație clinică:

B. I. fată de 20 ani, se îmbolnăvește în 20 Apr. 1937 de o rugeolă clasică, unde perioada catarală se manifestă cu simptomele clasice, temperatură 38,5—39,5°, conjunctivită intensă, coriză exprimată, tuse rebelă semnul lui Koplick, pozitiv. Perioada catarală durează 3 zile, apoi urmează perioada eruptivă, cu un exantem clasic ca aspect și localizare, temperatura încă persistă în timpul erupției, 2 zile 39—39,5°, apoi dispăre erupția progresiv. În a 2-a zi a perioadei eruptive bolnava prezintă dureri în regiunea lombară, elimină o urină macroscopic deja hemoragică, cantitatea de urină eliminată scade la 300 în 24 ore, prezintă ușoare edeme la pleoape și la față. Temperatura între 37,5—38°. Urina conține albumină intens pozitivă, la microscop se constată o masă de globule roșii și câțiva cilindri granuloși. Cloruremia este 8 gr. ‰ azotemia 0,40 gr. ‰. Se instituie un regim lactatidric, lichide zaharate din abundență. Se administrează apoi câte 1 injecție de vitamină C. (Cantan) pe zi (25 mg. acid ascorbic), timp de 5 zile. În acest timp cantitatea de urină a crescut la normal, 1500 cc. în 24 ore, edemele au dispărut, la fel edemele lombare, temperatura a scăzut la normal. Urina s'a clarificat, dispărând hematuria macroscopică. Mai persistă încă albumină ușor pozitivă în urină și în sedimentul microscopic se mai constată câteva hematii. Însă în curs de o săptămână după aceea toate aceste simptome urinare au dispărut complet, urina complet clarificată, nu mai conține albumină, în sediment nimic patologic, bolnava este vindecată și părăsește patul, ne mai având nici o turburare.

În rezumat, în cazul de față este vorba de o rugeolă la o fată de 20 ani, care se complică în perioada eruptivă a boalei cu o nefrită acută hemoragică, cu oligurie, ușoare edeme, retenție de cloruri în sânge și care se vindecă în 12 zile complet, concomitent cu un tratament cu vitamina C. (Cantan).

Cazul este important întâi prin raritatea complicației renale înregistrată în cursul rugeolei, deoarece nefrita este excepțională în această boală; apoi în al doilea rând este important prin rezultatul bun obținut cu tratamentul cu vitamina C.

Docent Dr. AXENTE IANCU și Dr. MAN: Vaccinul ca mijloc pentru profilaxia gripei în colectivitățile de sugari.

Vaccinarea antigripală experimentată și practică prima dată în decursul epidemiei din 1918—19 și abandonată în decursul ultimilor 10 ani, a început din nou a fi întrebuințată în anul din urmă, în concertul celorlalte mijloace de profilaxie. Autorii au întrebuințat vaccinul antigripal Cantacuzino, la 62 de sugari cu succes; dintre aceștia nu s'au îmbolnăvit de gripă decât 6 înși în decurs de 3 luni după vaccinare, unul cu bronchopneumonie cu decurs favorabil. Dintre 8 cazuri de diatesă exsudativă 4 s'au vindecat sau ameliorat prompt, datorit efectului nespecific al vaccinului.

Vaccinul a fost ușor suportat de sugari cu toate că s'au administrat doze ca pentru adulți. Nu s'a putut evidenția dacă vaccinarea a diminuat mortalitatea sau nu, din motivul că deceduri nu s'au întâmplat nici între cei vaccinați și nici între cei nevaccinați.

Dr. L. POP, Dr. BULBUCA și Dr. SASU. Un caz de cancer uterin tratat prin Röntgen—Radium.

Dr. I. POPESCU și Dr. SECĂREA. Un caz de lobită azygos bacilară.

Dr. NICULAE ZOLOG: Cancer ocular (Un caz de epitelom epibulbar).

După statisticile clinicii oftalmologice din Cluj, se pare că în ultimul timp, localizările tumorale la nivelul aparatului vizual sunt tot mai numeroase (între 1920-1927 1,44%, iar între 1932-1937 2,22%, din totalul bolnavilor internați au fost canceroși oculari).

O formă ceva mai rară este epitelomul epibulbar. Deoarece se poate ușor confunda cu alte afecțiuni oculare benigne autorul a crezut nimerit a prezenta un atare caz.

Bolnava M. S. în etate de 58 ani intră în serviciul clinicii oftalmologice din Cluj în ziua de 17 IV. 1937. Afirmă că înainte cu 3 luni s'ar fi lovit la OS cu un paiu. Jena oculară avută după traumatism a dispărut fără tratament în câteva zile, dar după 2 săptămâni i a apărut la nivelul limbului sclero-corneean în porțiunea temporală o formație nodulară cărnoasă de mărimea unei semințe de cânepă, care a crescut mereu fără să fie dureroasă. În ultimele două săptămâni tumora a crescut mai mult și o jena pe bolnavă.

La examenul extern al ochiului stâng constatăm: o congestie a conjunctivei bulbare. În dreptul deschiderii palpebrale și în segmentul temporal al conjunctivei bulbare se observă o tumoretă ușor proeminentă, rotundă, cu diametru de aproximativ 1 cm. care acopere și treimea temporală a corneei. Culoarea ei este roză-violacee, consistența dură, nedureroasă nici spontan nici la presiune. Aderă intim la țesuturile subjacente neputând fi mobilizată deasupra scleroticeii. Suprafața ei este ușor neregulată prezentând mici proeminențe și depresiuni. Ganglionii regionali normali. Examenul funcțional al ochiului nu arată nimic anormal afară de un astigmatism neregulat.

În această fază de expansiune diagnosticul diferențial se face cu un nodul mare de sclerită. Confuzia cu un chist dermoid conjunctival e greu de făcut. Papilomul cu care s'ar putea confunda formează de cele mai multe ori o tumoră vegetantă, proeminentă pediculată și ușor sângerândă.

La început tumora fiind foarte redusă ca dimensiuni nu produce nici o jenă și se aseamănă cu o flictenă, dar lipsesc fotofobia și lăcrămarea.

Verificarea diagnosticului se va face prin examenul istologic care a arătat că majoritatea covârșitoare a tumorilor maligne epibulbare sunt epitelome.

Punctul de plecare al tumorii, mult discutat de diverși autori se pare că este limbul sclero-corneean care prezintă o individualitate proprie atât din punct de vedere morfologic cât și funcțional. Trecerea de la epiteliul corneean la cel conjunctival constituie o zonă propice pentru dezvoltarea atipică a celulelor.

Un fapt important care favorizează dezvoltarea tumorilor în această regiune este frecvența traumatismelor deschiderii palpebrale mai ales în porțiunea temporală.

Epiteliomele epibulbare au tendința de a se propaga în suprafață pentru a încerca întreaga cornee. Invasia lor intraoculară nu e prea deasă.

Prof. Michail a arătat că mecanismul penetrației intraoculare a acestor epitelome este condiționat de dispoziția vascularizației regiunii. Invasia după această concepție se produce aproape numai dealungul canalelor sclerale ale vaselor ciliare și uneori chiar dealungul canalelor sclerale ale venelor vorticoase, iar vasele panusului care se produce de obicei în aceste cazuri orientează propagarea tumorii la cornee.

Recidivele sunt destul de dese. Mersul bolii este lent, se citează un caz al lui Panas care a evoluat 36 ani. Metastazele sunt rare și ganglionii regionali foarte rar prinși

Tratamentul constă în exerciția cât mai completă a tumorii

OPOTHERAPIE ASSOCIÉE

ADRÉPATINE

SUPPOSITOIRES
POMMADE

HÉMORROÏDES

DE 1 A 3 SUPPOSITOIRES
OU APPLICATION DE POMMADE
PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51 RUE NICOLO – (PARIS 16-e)

Reprezentant pentru România:
PAUL ILUTZA, BUCUREȘTI IV. STRADA OLARI 23.

urmată de roentgen sau radiumterapie. Mawas a obținut bune rezultate prin diatermocoagulare. În caz de penetrație a globului ocular, enucleația se impune.

Profesor Dr. E. TEPOSU, Dr. I. DANICICO și Dr. PETRE BRUDA: Calculoză bilaterală multip'lă a rinichilor Un caz operat și vindecat.

Bolnava E. C., în vârstă de 23 ani, o vedem întâi la stațiunea Călimănești în vara anului 1936, prezentând urini turburi. Pentru precizarea diagnosticului o sfătuim să vină la Cluj. Se prezintă la Clinică abia în 19 Februarie 1937, după ce timp de 4 luni trece peste mai multe crize dureroase localizate la nivelul lojii renale drepte. La examen clinic sumar constatăm că ne aflăm în fața unei bolnave de constituție robustă. Inafară de organele urogenitale nu prezintă nici o leziune organică. Ambii rinichi palpabili, în special cel din dreapta depășind rebordul costal cu 2-3 laturi de deget; lojile sensibile.

Urinile turburi, reacția acidă. Albumină pozitiv (+ +); puroi pozitiv (+ +); zahăr negativ. În sediment numeroase leucocite, celule descvamative, hematii, urați și fosfați amoniacomagnezieni. În urina recoltată steril numeroși bacili coli.

La examenul cromocistoscopic găsim următoarele: urina turbure. Capacitatea normală. Incrustații de săruri pe mucoasă. Indigocarmînul (inj. i. v.) se elimină în dreapta după 15 minute; în stânga nu se observă eliminare.

Radiografia lojiilor renale ne dă următorul rezultat: Imaginile renale mărite de ambele părți. Umbre de calculi multipli în ambii rinichi: la nivelul rinichiului din dreapta un calcul bazinetal formă de con trunchiat mulat fiind după forma și capacitatea unui bazinet în formă de pălnie și alți nouă calculi mici de mărimea unor boabe de mazăre situați la nivelul polului inferior al rinichiului corespunzând calicelor inferioare; la nivelul rinichiului stâng calcul coraliform umplând cavitatea calculo-bazinetală al rinichiului și la nivelul polului inferior, corespunzând uneia din ramificațiile calicelui inferior, 5 calculi de mărimea unor boabe de mazăre.

Ureia din sânge 0,44‰. Constanta ureosecretorie 0,066.

* * *

Ne aflăm deci în fața unei calculoze bilaterale multiple a rinichilor, fiind supra infectată cu bacili coli și având rinichiul stâng blocat, iar cel drept deficitar. Totuși funcțiunea globală se prezintă încă satisfăcătoare.

Dați fiind că e vorba de o bolnavă tină și rezistentă ne decidem să intervenim. Pentru a evita un șoc prea puternic, rămănem pe lângă principiul segmentării operației: intervenim în 2 timpi. În primul timp abordăm rinichiul stâng, ca cel mai blocat, iar în al doilea timp pe cel drept ca unul care e capabil să asigure și singur depurația.

Operația I. (1. III, 1937). Anestezie rachidiană. Lombotomie stângă cu rezecția ultimei coaste. Rinichiul mărit la de două ori volumul său normal. La nivelul polului inferior, fața lui anterioară, constatăm prezența unei dilatații chistice în care se palpează mai mulți calculi mici. Bazinetul fiind mic, dela început ne decidem și executăm o pielotomie prelungită având grija să asigurăm în prealabil hemostaza arterei bazinetale posterioare. Extragem întâi un calcul coraliform, friabil; apoi pe același orificiu de pielotomie extragem 5 calculi mici din cavitatea chistică dela nivelul polului inferior. Sutura parțială a bazinetului, drenăm loja cu 2 tuburi și meși, închidem plaga în rest.

Mersul postoperator fără accidente.

Operația II. 6 IV 1937. Anestezie cu protoxid. Lombotomie dreaptă, cu rezecția ultimei coaste. Rinichiul mărit la de două ori volumul său normal, e lobulat, formând pungi de retenție. Prin pielotomie posterioară se extirpă un calcul în forma unui con trunchiat reprezentând mulajul cavității bazinetale. După extirparea calculului din bazinet se scurge urină turbure. Prin două nefrostomii insulare se extirpă și calculi mici, 9 în total, situați în calicele inferioare dilatate hidronefrotic. Ne folosim de orificiile de nefrostomie ca să drenăm cavitatea bazinetală. Drenăm loja cu 2 tuburi și meși. Închidem plaga în rest.

Mersul postoperator și de astă dată fără accidente; astăzi, după aproape 20 zile, bolnava e fără drenaj, plaga așteptând doar cicatrizarea.

* * *

Cazul nostru de calculoză bilaterală intră în grupul cazurilor în cari un accident oarecare — dureri în crize și infecția în parte, în cazul nostru — impune intervenția și aceasta cu atât mai mult cu cât crizele interesau tocmai rinichiul, care singur asigura depurația organismului, cel drept în speță, cel stâng fiind blocat. În aceste împrejurări noi am căutat întâi să deblocăm rinichiul stg; pentru ca acesta apoi, la rândul său, să asigure funcțiunea depurativă în timpul cât cel drept va sta sub acțiunea inhibitoare a traumatismului operator din cea de a doua ședință operatorie.

Mersul postoperator — fără accidente, — ca și rezultatul final, ne justifică, credem, îndeajuns conduita.

Cât privește tehnica, numai asupra unui detaliu vrem să atragem atențiunea și anume aceea al nefrostomiei temporare; aceasta o executăm ori de câte ori e necesar să se dreneze bazinetul în mod eficace; utilitatea drenajului temporar prin nefrostomie s'a dovedit în special pe rinichiul drept care a fost puternic infectat.

Fără a considera bolnava noastră vindecată — starea rinichiului ei, infecția și mai ales gravela, necesită măsuri dietetice și chiar urologice serioase — credem totuși că prin operația segmentată (în doi timpi) am reușit să salvăm doi rinichi sortiți unei distrucțiuni supurative iremediabile.

Medic Maior Dr. OD. APOSTOL: (conferință) Influența aeronavigației asupra ochilor.

În lucrarea mea „Aeronavigația și medicina“ (1) am pomenit doar în treacăt, despre influența aeronavigației asupra ochilor.

Pe vremea aceea nu începusem mai aprofundat să studiez problema aceasta.

Acum, alăturând datele culese de mine, asupra mea, în timpul sborului, cu cele rezultate din anchetele mele făcute printre piloții militari din Cluj, am întocmit acest mic studiu, pe care-l cred interesant și important.

Studiul nostru modest l'am întocmit mai de mult, am ales însă un prilej de a-l expune.

În aeronavigație nu-i permis să neglijez apărarea ochilor. Purtarea ochelarilor este obligatorie.

Viteza avionului, care e formidabilă (peste 700 km. pe oră), acțiunea frigului, acțiunea curenților de aer, diferitele insecte întâlnite în cale, praful sau nisipul din carlingă, ploaia, uleiul, pot produce:

Blefarospasme, hiperemii mari conjunctivale, conjunctivite, blefaro-conjunctivite, dacriocistite, lăcrămare abundentă, oboseala acomodăției, greșeli în aprecierea distanțelor, a culoarei mai ales roșu, verde, apoi galben și albastru (nu știu să explic

încă acest fenomen), greșeli în aprecierea topografiei terestre, persistența unui țic exprimat prin a te uita cu ochii aproape închiși ca miopii.

Nu este o indicație precisă că sborul fără ochelari poate produce o irită. Dar în asemenea situațiune ar fi posibilă o inflamațiune exogenă a irisului prin următorul mecanism:

a) Agenții infecțioși sunt introduși prin traumatismul perforant al globului ocular direct în țesutul irian sau vecinătatea sa, urmând ca afecțiunea să evolueze ca și o irită endogenă.

Gravitatea acestor afecțiuni exogene este că procesul inflamator nu rămâne localizat la iris ca de cele mai multe ori, ci se extinde la corpul ciliar, coroidă, retină și n. optic.

b) Curentul puternic de aer rezultat din mișcările elicei și a avionului în viteză, frigul, starea higrometrică a atmosferei, pot neîndoios să declanșeze la reumaticii irite endogene: irita reumatismală. (2).

Alegerea ochelarilor*) pentru piloți se face de ei, fantezist, după modă, laitație, etc., în majoritatea cazurilor. Nu se face după un criteriu științific care să îndrume alegerea având în vedere:

Calitatea lentilei, sticlei;

Culoarea sticlei;

Forma;

Rama care trebuie să se aplice perfect pe regiunea periculoasă, în așa fel ca să apere globii oculari și să nu producă apăsarea rădăcinii nasului și cefalee frontală consecutivă cum am simțit și noi în 2 rânduri.

Mijloacele de fixație ale ochelarilor (de multe ori pierd piloții din cauza curenților ochilarilor în timpul sborului) și în fine posibilitatea de a-și smulge repede ochelarii, în cursul accidentelor de aviație, evitând leziunile periculoase ale ochilor prin bucățile de sticlă sfărâmate. Din cauza acestei frici mulți piloți uzează ochelari de celuloid.

Câmpul vizual, mai ales în afară și în jos, nu trebuie stingerit.

Să fie ferit — acest câmp vizual — de razele laterale.

Sticlele să nu aibe diametru mai mic de 52 mm.

Cadrul să aibe sistem de ventilație.

Materiialul cadrului să fie asigurat contra încălzirii și răcirii.

Ochilul să fie ferit de sudoarea frunței și feței.

Sticlele să fie incolore, omogene de calitate bună, fără bule de aer.

Am studiat amănunțit această chestiune la toți ochelarii găsiți la piloții aviatori din Cluj.

Nu am găsit decât 2 perechi, de origine și fabricație italiană, care să corespundă acestor cerinți fiziobiologice.

Credem că e necesară o reglementare.

* * *

Cu ocazia sborurilor cu ochelari, vara pe o luminozitate mare, mai ales pe malul mării, am observat că ochii obolesc repede. De aceia piloții caută să observe totdeauna având soarele în stânga sau înapoia lor.

La fel se întâmplă când soarele se reflectă pe o masă de nori.

Aceste observații de altfel le-a publicat și Cruchet și Moulinier. Acești doi autori cred că turburările vederii sunt mai ales de ordin psihic. Lucrul acesta e de necrezut pentru noi.

Aprecierea distanței la care se află un avion în zbor, viteza cu care zboară acel avion, în timp ce tu zbori, e greu

*) La conferință am prezentat o colecție de ochelari recoltați de la piloții din Cluj.

de făcut, fără a face exerciții în acest sens, mai ales dacă sborul ambelor avioane se face în linie orizontală sau în urcare.

Am sburat și iarna, pe zăpadă.

Luminozitatea, uniformitatea cromatică și topografică a regiunii obosește repede vederea, mai repede ca vara.

Cu ocazia sborurilor de înălțime până la 6200 m., am observat că eu, care sunt miop (4 D.), vedeam începând de la 2000 m., altitudine, perfect la verticală, fără ochelari corectori.

Probabil că straturile de aer ar juca rolul lentilelor. Nu pot explica însă acest fenomen controlat de mine, de mai multe ori, pentru a fi cât mai obiectiv. Probabil că tot astfel se explică și vederea minunată a păsărilor răpitoare, care de la înălțime mare se aruncă în picaj vertical, asupra pradei de pe pământ, exact la punct fix.

Cu ocazia studiilor ce le-am făcut împreună cu prietenul și camaradul meu Dr. Cristescu asupra sborului fără vizibilitate, adică izolat fiind de reperatele exterioare terestre și de vizibilitatea orizontului, sbor greu obositor, sbor de raționament bazat pe reflexele speciale condiționale, am notat în legătură cu vederea următoarele observațiuni. În sborul fără vizibilitate din cauza că pilotul trebuie să fie foarte atent și neîntrerupt, mai ales dacă are și pasager, la complexul de aparate pe bord: Altimetru, vitezometru, clinometru, cronometru, indicatorul de benzină, ulei, de alarmă, de foc, etc., etc., obosește repede, mai ales dacă tablă cadranul cu aparatele de bord sunt prea la distanță, fondul aparatelor nu-i negru, cifrele sau indicațiile nu sunt clare, verzui-albe sau roșii.

La început, fiindcă mă interesa mai mult clinometrul, de teama de a nu da aparatului o înclinare greșită, atenția mea excesivă într'atâta mi-a oboșit vederea, că nu distingeam indicațiile celorlalte aparate.

Pentru desăvârșirea studiului meu de medicină aeronautică m'am ocupat și de chestiunea aeronavigației pe timpul nopții. (5, 6, 7, 8).

Adaptarea la întunec nu-i numai o funcție a ochiului, ci și o contribuție a creierului. Asupra adaptării la întunec pentru aeronavigația nocturnă are o deosebită influență.

1. Oboseala. 2. Surmenajul. 3. Stricnina. 4. Santonina. 5. Sifilisul netratat. 6. Alcoolismul. 7. Toxicomania. 8. Influența luminii incolore de pe bordul aeronavei (aparatele de bord trebuie luminate roșu).

Izvorul de lumină artificială din camera aeronavigațiilor înainte de a trece pe aerodrom pentru sborul de noapte, trebuie să fie uniform, fără contraste și sclipiri, firele lămpilor, ale becurilor, nu trebuie să fie nici un moment în câmpul vizual al aeronavigațiilor. Toate luminile trebuie camuflate. Lumina să fie egală cu 15—30 lumânări.

Înainte de plecare în acest fel de sbor, ochii se vor acomoda circa 15 min.

Aterizarea pe aerodromele prevăzute cu lumină speciale, se face numai după ce pilotul s'a adaptat acelei luminozități. E suficient pentru aceasta 10 minute.

Ochelarii aeronaviganților trebuie să fie numai incolori, dar să aibă și dispozitivul cu filtre. În caz de trecerea avionului în fasciculele proiectoarelor sau a rachetelor, luminoase indicatoare, se vor acoperi ochelarii cu filtre speciale.

Tirlin și Wişnewsky, (9) autori ruși, au studiat sborul de noapte. Se pare că ei sunt primii cari au arătat influența înălțimii de sbor asupra adaptării vederii la treceri prin diferite stadii de luminozitate.

Experiențele lor făcute în sbor și în barocameră, unde au instalat adaptometrul lui Hagel, cu ajutorul căruia au făcut

aprecieri de luminozitate minimă la întunec absolut și la presiuni atmosferice corespunzătoare diferitelor înălțimi (până la 8000 m.).

Datele le-a înscris în graficele pe care le-am publicat în lucrarea mea: „Criterii biofizice asupra aeronavigației de noapte” (Aeronautica 1933).

Anoxhemia scade puterea de vizibilitate.

Noi ne întrebăm, nu cumva și scăderea presiunii atmosferice?

Alimentarea cu oxigen a pilotului, arată că nu mai e nevoie de mărirea luminozității de pe pământ. Deci în zbor de înălțime, de la 3500 m., înainte, e nevoie ca pilotul să se alimenteze cu oxigen. Experiențele mele la 6000 m., ale aviatorului as Romeo Popescu, Antoniev Boris și alții anchetați de mine, arată că e exagerată această obligațiune.

Dispozitivele de luminarea aparatelor de bord trebuie să fie astfel construite ca să permită mărirea puterii de luminozitate în timpul zborului la înălțimi de peste 6000 m. Deoarece noaptea adaptarea vederii se face mai încet, picajele nu se recomandă.

Progresul neîncetat și minunat al aviației impune studiul special al acțiunii vitezei avionului asupra aeronavigantului și studiul general al limitelor activității psihofiziologice umane în aeronavigație. Piloții au ajuns „Oameni bolizi”. În Aprilie 1933 italianul Angello a realizat viteza de 705 klm. pe oră, adică 196 m. pe sec., atribuindu-și recordul absolut de viteză al lumii.

Problema vitezei suntem nevoiți a o rezolva matematic.

Viteza lineară nu are nici o influență asupra ochilor protejați de ochelari. Probă sunt studiile interesante făcute de parașutiști ruși. Ei se aruncă în spațiu dela peste 3000 m., cu parașuta nedeschisă, abia la 1000 m., deasupra solului o deschid. Anchetă noastră făcută cu ocazia aruncării cu parașuta a unei femei și 3 piloți militari dovedesc aceasta. Indată însă ce aeronavigantul trece de la o viteză lineară la una unghiulară sau de centrifugă, se schimbă situația. (10).

Matematic se arată că atunci când gama tinde spre zero aeronavigantul e aruncat de pe scaun. Coeficientul maxim de securitate fiziologică este după unii $\gamma = 4 \text{ g} = 39,2$, pentru americani 8 g (enorm) când $\gamma = 12 \text{ g}$ avem fracturi osoase, leziuni mari viscerale. Un aviator american, a atins în timpul unei acrobații $\gamma = 10,5 \text{ g}$ (extraordinar) și nu a suferit turburări prea mari. Anul trecut, tot la această onorată societate, am avut ocazia să expun ce am simțit eu la o vrie și la o re-sursă, picaj dela 4500 m., cu o viteză de 3000 klm. pe oră, raza 150 m., $\gamma = 4 \text{ g}$ și anume:

Negru înaintea ochilor, fără pierderea conștiinței, cecitate pasageră.

Mai mulți piloți de vânătoare, mai ales când fac acrobații de înaltă școală, mi-au declarat același lucru, chiar acum mai recent.

Piloții francezi zic că au „Vision noire” și anume în looping, viraje strânse, resurse.

Din bibliografia consultată de noi, se pare că în 1924, prima oară, s'a studiat această chestiune de Cookfield din America.

În Europa, de englezul Waghorn care a câștigat cupa Schneider.

În Germania a studiat fenomenul acesta Dr. Von Diringshoffen. La noi: Dr. V. Anastasiu și cu mine l-am semnalat în literatura noastră medicală.

Acum de curând, la Paris, la societatea de neurologie, au făcut o comunicare asupra anopsiei aviatorilor, doi autori francezi: Behague și Mothon, (11).

Anchetele asupra anopsiei făcute de noi și alții în mediul aviatorilor arată că:

1. Acest simptom, acest fenomen nu poate fi prevăzut.
2. Că durează maximum 2 sec.
3. Că nu-i însoțit de pierderea conștiinței sau de sincopă.
4. Că produce momentan o anxietate fără a avea vre-o influență asupra reflexelor și capacității de conducere a avionului.

5. În looping invers, un aviator francez descrie: „vol de papillons devant les yeux, impressions de flocons neigeux tombant sur un fond clair”.

6. Odată cu anopsia eu am simțit capul congestionat, impresia că ochii mi sunt scâlțați în sânge, căldură mare și senzația că-mi umblă ceva prin părul capului, cu nevoia imperioasă de a mă scărpinga repede. Apăsare pe cap, ceafă și umeri.

7. Un essayeur de avioane francez a simțit concomitent că pomești îi vibrează, că sunt trași în jos, că maxilarul inferior se lasă în jos, apoi subit vede turbure, impresia că ochii sunt deviați.

8. Alții au simțit o constricție toracică.

9. Unii declară că după ce au obosit sau au fumat mult au înregistrat acest fenomen.

10. Unii cred că și vârsta are o influență.

11. Un pilot francez a observat că dacă înclină repede, cu forță capul înainte, scapă instantaneu de acest fenomen.

Noi am încercat să găsim o explicație a anopsiei aviatorilor, consecutivă accelerațiilor centrifuge, care iau naștere la viraje, mai ales strânse, la picaje și looping.

Noi credem că e vorba de o isemie consecutivă unui spasm vascular al vaselor retiniene, spasm poate provocat și de apneea momentană, consecutivă acțiunii vitezei.

Se prea poate să influențeze și insuficiența CO_2 .

Brower crede că ar fi vorba de o diminuare a tensiunii sanghine în vasele cervicocefalice și de o creștere a tensiunii sanghine în vasele retiniene prin masa cerebrală. Acest dezechilibru nu se poate să n'aibe vre-o influență asupra vederii.

Nu am avut ocazie să studiez ce se întâmplă în caz de vrie pe spate sau zbor pe spate.

Mi-a declarat însă un pilot militar, că a văzut roșu, nu negru, fără pierderea conștiinței și cu cecitate instantanee. În cazul acesta, forța centrifugă acționează de la piciora la cap.

Explicația ar putea-o da pletora retiniană prin mărirea tensiunii sanghine normale.

Subiectul evident nu-i epuizat.

Cercetările ce le facem vor complecta expunerea noastră, pe măsură ce ele vor fi cristalizate științificește.

Paralel cu cele expuse până acum, am studiat și efectul benzinei etilate (benzină care conține tetraetil de Pb.) asupra ochilor piloților, mecanicilor și hangariștilor aviației. Spre surprinderea noastră, a mea și a subalternului meu, camaradul Cpt. Dr. Diaciov, am ajuns să dovedim că între cauzele favorizante ale conj. folliculare benigne: defectele de refracție, luminozitate defectuasă, cauze criptogene, se poate adăuga și acest fel de benzină. 90% din cei care mănuesc această benzină etilată suferă de conj. folic.

Rămâne de verificat acest lucru.*)

*) Mulțumesc și pe această cale Drului Diaciov M. oftalmolog al flot. av de gardă (medic cap.) pentru concursul ce mi l-a dat în alcătuirea acestui studiu, deasemenea Dlul Comandant al flotilei av. de gardă, Cdor av. Celăreanu C. și tuturor camarazilor piloți.



In fiole de 10cc. și 20cc.
INJEȚII
INDOLORE
 10 cc. la 30cc. zilnic

TOATE
NEVRALGIILE
REBELE

NAÏODINE

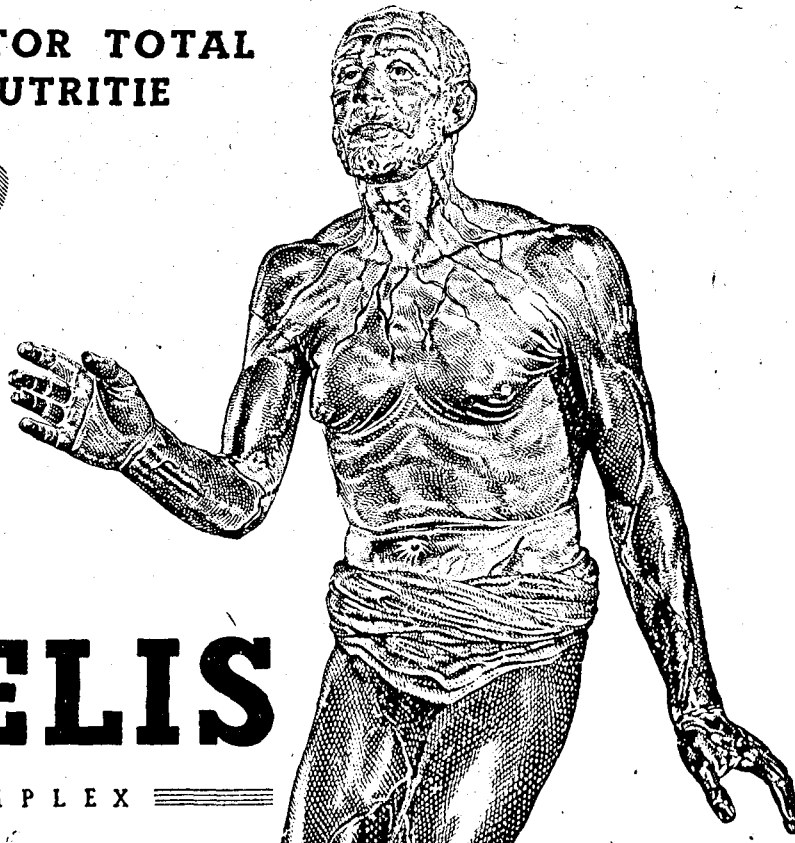
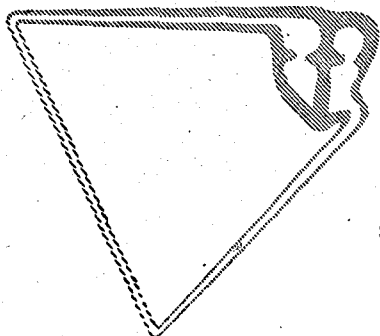
NAÏODINE B
 în soluție concentrată la 5%
SPECIALĂ PENTRU INJEȚII INTRAVENOASE
 CURA ATOXICĂ A DIVERSELOR
 NEVRAXITE ȘI ALGII REBELE

LABORATOIRES JACQUES LOGEIS — 71, Avenue de Clamart à ISSY-les MOULINEAUX près PARIS

Exclusivitatea generală pentru România : „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. Str. Sft. Ionică 8, București I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MODIFICATOR CIRCULATOR TOTAL
MODIFICATOR DE NUTRIȚIE



IODAMELIS

==== IODOTANIN COMPLEX ====

LABORATOIRES JACQUES LOGEIS — 71, Avenue de Clamart à ISSY-les MOULINEAUX près PARIS

Exclusivitatea generală pentru România : „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. Str. Sft. Ionică 8, București II.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ANTROPOLOGIE CLUJ

Sedința din 3 Martie 1937.

Prezidează: Dl Prof. Dr. V. PAPILIAN

Docent Dr. AXENTE IANCU și Docent Dr. IOAN VOICU: Situția avantajată sub raportul greutatei corporale a noilor născuți din mame servitoare, în baza date- lor statistice a Clinicii Ginecologice și Obstetricale din Cluj pe șapte ani.

În cercurile medicale este bine stabilită corelația ce există între munca mamei în cursul gestației și între greutatea corporală dela naștere a noilor născuți. Credem că atunci când al 2-lea congres internațional „La mère au foyer”, iar la noi dna dr. Banciu și dl dr. G. Banu ca reprezentanți ai Comitetului național român se nîzuesc ca să adune cât mai mult material documentar pentru ilustrarea inconvenientelor multiple ce rezultă pentru familie și societate din dislocarea mamei din căminul familiar și aruncarea ei în vâltoarea ocupațiilor profesionale diverse, precum și în vederea determinării unui curent de readucere a ei iarăși în mijlocul familiei și a căminului ajuns în suferință, nu sunt poate lipsite de interes datele noastre statistice, care admit stabilirea unei corelațiuni suficiente de întime între profesiunea mamei, cari au născut în clinica obstetrică la o universitate din Cluj și greutatea dela naștere a copiilor lor, cari au văzut lumina zilei în această clinică. Statistica noastră înglobează 79 de cazuri, un număr suficient de mare care să îndreptățească tragerea anumitor concluzii destul de importante, deci materialul clinicii noastre este cu mult mai mare, restul rămânând să fie prelucrat în întregime abia în viitor. Datele noastre statistice pe anii 1912—1918 nu cuprind toate cazurile, ci abia o parte și anume numai acea fracțiune unde greutatea noilor născuți a putut fi constatată, de aceea concluziunile referitoare la acești ani — când datele au sferit o amputare involuntară prin pierderea foilor personale — sunt posibile de a nu putea ilustra situația reală întocmai, în timp ce anii 1918—1922 ne oferă date statistice complete cu concluziuni absolut veridice, rezultând din observațiuni integrale.

Deși din tabloul alăturat rezultă că mamele internate în maternitate au aparținut profesiunilor următoare: casnice, servitoare, muncitoare, funcționare, liber profesioniste, meseriașe și dela țară, în statistica noastră vom lua în considerațiune abia pe cele următoare: casnice, servitoare, muncitoare și dela țară, numărul celorlalte fiind prea mic și prin urmare impropriu de a admite tragerea unor concluziuni de o mai mare valoare.

În anul 1912 greutatea noilor născuți a fost găsită ca fiind înregistrată în 173 de cazuri dintre cari 57 (32,94%) copii au provenit dela mame cu ocupațiuni: casnice; 56 (32,36%) dela servitoare, abia 12 (6,93%) dela muncitoare și 37 (21,38%) dela mamele sosite dela țară. Din cei 57 noi născuți aparținând casnicilor 29 (50,87%) au prezentat la naștere o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr. iar 28 (49,12%) una sub 3 kgr. Din cei 56 noi născuți (32,36%) proveniți dela servitoare 29 (51,78%) au prezentat o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr. și 27 (48,21%) una de sub 3 kgr.; în timp ce din cei 37 (21,38%) a noilor născuți ai țărancilor, abia 16 (43,24%) au avut la naștere o greutate de 3 kgr. ori peste, 21 (56,75%) una sub 3 kgr.

Din datele statistice de care dispunem pe anul 1912 situația cea mai bună sub raportul greutății dela naștere o prezintă noi născuții casnicilor și servitoarelor și cele mai slabe cei de proveniență dela țară.

Pe anul 1914 posedăm date mai puține, abia 85 de cazuri în total, cifră ce atenuiază considerabil și valoarea concluziunilor pe acest an. Din cei 85 de noi născuți 30 (35,29%) au fost născuți de casnice, iar din ei 17 (56,66%) au avut o greutate de 3 kgr. ori una superioară, iar 13 (43,33%) una sub 3 kgr. Din cei 28 de noi născuți, ai căror mame au exercitat meseria de servitoare 14 (50%) au prezentat o greutate de 3 ori peste 3 kgr. și alți 14 (50%) una de sub 3 kgr. Din cei 14 noi născuți aparținând mamei venite dela țară 10 (71,43%) s'au prezentat cu o greutate de 3 ori peste 3 kgr. și numai 4 (28,57%) cu una de sub 3 kgr.

Datele anului 1914 ilustrează o situație avantajoasă în favoarea noilor născuți, proveniți dela mamele casnice, cei ai servitoarelor rămân în urmă. Noi născuții de proveniență dela țară ar conduce în acest an, numărul lor însă prea neînsemnat ne face să privim cu multă rezervă cifra de 71,43% a noilor născuți având o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr.

Pe anul 1916 observațiunile noastre interesează 165 de copii dintre cari 58 (35,21%) aparțin casnicilor cu 30 (51,72%) cazuri înregistrând o greutate de 3 ori peste 3 kgr. și cu 28 (48,27%) noi născuți având la naștere o greutate de mai puțin de 3 kgr. Din cei 39 (23,61%) noi născuți ai servitoarelor 13 (33,33%) aveau o greutate de 3 kgr. ori superioară; iar 26 (66,66%) una inferioară la 3 kgr. din 55 (33,33%) noi născuți proveniți din mediul rural 30 (54,54%) aveau greutatea fiziologică, iar 25 (45,45%) una sub limita fiziologică.

Anul 1916 dă satisfacție elementului rural și celui casnic cari conduc și cărora le urmează abia la o distanță mai mare calitatea materialului noilor născuți proveniți dela mamele servitoare.

Pe anul 1918 greutatea noilor născuți a putut fi controlată în 184 de cazuri, dintre cari 60 (32,60%) noi născuți au provenit dela mame casnice, cu 28 (46,66%) cazuri cu 3 ori peste 3 kgr. greutate la naștere și 32 cazuri (53,33%) sub 3 kgr. Servitoarele au dat naștere la 40 copii (21,73%) dintre cari 17 (42,50%) au prezentat o greutate fiziologică, iar 23 (57,56%) una sub limita fiziologică. Din cei 56 (39,43%) noi născuți venind dela țară 26 (46,42%) au avut o greutate de 3 kgr. ori superioară, iar 30 (53,57%) una inferioară la 3 kgr.

Anul 1918 ne prezintă o situație aproape identică a noilor născuți proveniți din mediul casnic al orașelor și târgurilor noastre, și din cel rural, cărora le succedează noi născuții servitoarelor. În toate cele 3 categorii însăși aci însă contingentul noi născuților cu o greutate la naștere de 3 kgr. ori peste 3 kgr., rămâne inferior celui înglobând pe noi născuții cu o greutate sub 3 kgr.

Incepând cu anul 1920 statistica noastră cuprinde întreg materialul noilor născuți din maternitatea universității. Din cei 376 de noi născuți, 182 (48,40%) aparțineau mamei cu ocupațiuni casnice, dintre aceștia din urmă 101 (55,49%) prezentau la naștere o greutate fiziologică, iar 81 (44,50%) una sub limita fiziologică de 3 kgr. Servitoarele au dat naștere la 124 (32,97%) copii din cari 69 (55,64%) au avut o greutate de 3 ori peste 3 kgr., iar 55 (44,35%) una sub 3 kgr. Muncitoarele sunt reprezentate cu 25 noi născuți (6,62%) dintre cari 7 (28%) cu o greutate de 3 ori peste 3 kgr., iar 18 (72%) cu una de sub 3 kgr. Țărancile au dat naștere la 28 noi născuți (7,44%) dintre cari 10 (35,72%) au o greutate de 3 ori peste 3 kgr. și 18 (64,28%) cu una de sub 3 kgr.

În anul 1920 noi născuții mamei având ocupațiuni casnice își păstrează situația privilegiată sub raportul superiorității procentuației reprezentând pe noi născuți cu o greutate la naștere de 3 kgr. ori peste 3 kgr., deși față de procentuația

lor de (55,49%) cei ai servitoarelor sunt din aceeași categorie sunt reprezentați prin (55,64), o diferență de abia 0,15%, totuși situația celor dintâi este considerată ca fiind superioară față de cei din urmă din cauza numărului total mai mare la primii (101) față de aceștia din urmă cu un total de numai 69. Muncitoare au prezentat o situație destul de slabă, iar elementul rural a deținut o situație intermediară între primele două (casnice și servitoare) și între muncitoare.

În anul 1921 numărul nașterilor s'a urcat la 527 dintre cari 127 (50,59%) au interesat mamele cu ocupațiuni casnice cu un contingent de noi născuți de 124 (49,40%) având o greutate la naștere de 3 kgr. ori peste 3 kgr. și de 127 (50,59%) cu o greutate sub 3 kgr. Servitoarele au dat naștere în cursul acestui an la 133 (25,23%) noi născuți dintre cari 80 (60,15%) având o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr. și 53 (39,84%) având una de sub 3 kgr. Muncitoare reprezentate cu 28 nașteri (5,31%) au dat naștere la 12 noi născuți (42,85%) înregistrând o greutate fiziologică și la 16 (57,14%) una sub limita admisă ca fiind normală. Elementul dela țară este reprezentat cu 90 cazuri (16,31%), dintre cari 42 (46,66%) cu o greutate corespunzătoare iar 48 (53,33%) cu una insuficientă.

În anul 1921 noi născuții servitoarelor conduc, lor le urmează cei ai mamelor cu ocupațiuni casnice, succedată de elementul rural, iar ultimul loc este deținut de elementul muncitoresc.

Anul 1922 este reprezentat printr'un contingent de noi născuți destul de important. S'au născut 469 copii dintre cari 199 (42,43%) aparțineau casnicilor cu 132 (66,33%) cazuri având o greutate normală și cu 67 (33,66%) cu una subnormală. Servitoarele au dat naștere unui contingent de 123 (26,22%) noi născuți, dintre cari 69 (56,09%) cu o greutate admisă fiziologică și 54 (43,91%) sub limita normală. Muncitoare sunt reprezentate cu 22 copii (4,69%) dintre cari 8 (36,36%) la naștere cu o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr., iar 14 (63,63%) cu una de sub 3 kgr. Elementul rural a fost reprezentat cu 92 copii (19,61%) dintre cari 51 noi născuți (55,43%) cu o greutate normală, iar 41 (44,56%) cu una subnormală.

Anul 1922 prezintă în mod strălucit o situație avantajoasă în favoarea noilor născuți ai mamelor cu ocupațiuni casnice, cei ai servitoarelor prezintă deasemenea o situație bună. Elementul rural își cucerește o situație onorabilă (din 92 cazuri 51 cu o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr.) pentruca elementul muncitoresc să dețină situația cea mai precară.

Luând în considerare datele statistice pe primii 4 ani ai observațiilor noastre (date parțiale numai) constatăm că mamele având ocupațiuni casnice au fost în număr de 205 cu 104 noi născuți prezentând la naștere o greutate normală, și 101 cu o greutate subnormală, servitoarele în număr de 163, cu 73 noi născuți de 3 kgr. ori peste 3 kgr. și 90 cu una sub 3 kgr., iar mamele dela țară în număr de 162 au dat naștere la 82 noi născuți având o greutate fiziologică și 80 una sub limita fiziologică. Din statistica primilor 4 ani ai observațiilor noastre rezultă că noi născuții proveniți dela mamele cu ocupațiuni casnice și din mediul nostru rural dețin poziția cea mai avantajoasă (cu 104 și 82 față de 101 și 80, deci abia ceva mai mult decât 50%) în timp ce copiii servitoarelor dețin una inferioară cu 73,90%.

Chiar și datele incomplete ale primilor 4 ani vin în sprijinul vieții familiare consolidate de noi născuții mamelor cu ocupațiuni casnice și aci ai țărancilor ocupând locul de frunte.

Comparând procentuația noilor născuți având la naștere o greutate de 3 kgr. ori peste 3 kgr. din cele patru grupe de

mame: casnice, servitoare, muncitoare și țărance, constatăm că ei sunt reprezentați în ordinea mai sus citată cu următoarele cifre: 56,32% (casnice), 57,15% (servitoare), 36,9% (muncitoare) și 47,61% țărance. Deci procentuația cea mai urcată o dau noi născuții servitoarelor, deși numărul lor total este de 380 față de cei 632 ai casnicilor, lor le urmează cei ai țărancilor și ultimul loc este deținut de noi născuții muncitoarelor.

Față de situația reprezentată în primii 4 ani observați, în următorii 3 ani noi născuții servitoarelor își eluță locul întâi pentruca să le urmeze cei ai casnicilor și cei ai mamelor dela țară. Starea de inferioritate a noilor născuți ai căror mame sunt muncitoare și deci cu o activitate în afară de căminul conjugal est evidentă.

Dacă luăm totalitatea observațiilor noastre pe cei 7 ani ajungem la următoarele constatări: Din cei 837 noi născuți ai mamelor cu ocupațiuni casnice 461 (55,07%) au prezentat o greutate normală, iar 376 (44,93%) una subnormală.

Din cei 543 ai servitoarelor 291 (53,59%) au prezentat la naștere o greutate fiziologică, iar 252 (46,41%) una sub limita normală. Noii născuți proveniți din mediul rural sunt în număr de 372, dintre care 185 (49,69%) prezentând o greutate de trei kilograme ori peste trei kgr., iar 187 (50,33%) una sub trei kgr. Din cei 117 noi născuți ai muncitoarelor 50 (42,65%) au prezentat o greutate normală în timp ce 67 (57,35%) una subnormală. Situația cea mai favorabilă sub raportul greutății corporale la naștere o prezintă noii născuți proveniți din familii unde mama desfășoară o muncă în cadrul căminului, iar cea mai rea cea născuți din mamă cu ocupațiuni în afară de domiciliul conjugal.

Situația favorabilă a noilor născuți ai servitoarelor în ultimii trei ani, poate fi explicată în două feluri: a) fie că servitoarele activând lângă familii au putut avea parte de un trai satisfăcător cu repercursiuni favorabile asupra produsului concepțiunii b) fie că servitoarele au beneficiat de o largă ocrotire în căminul pentru mame afectat maternității, unde scutite de surmenajul din ultimele luni ale gestației și sub un control medical permanent au fost plasate în condițiuni optime pentru o dezvoltare potrivită a fătului.

Dr. J. FĂCĂOARU și TILLY FĂCĂOARU: Perimetrul orizontal cefalic la români, săcul și unghiul.

Rezumat: Materialul: 301 români din Voșlobeni (Ciuc), 474 săcui din Lăzarea (Ciuc) și 516 unguri din Pănet și Săbed (Mureș). Scopul comunicării: a) dacă există deosebiri și în ce măsură, între populația de ambe sexe, în fiecare grup etnic, b) dacă există deosebire și în ce măsură, între populația celor trei neamuri.

Lipsa de spațiu ne-a obligat să publicăm comunicarea în extenso în Bul. Eug. și Biop. 1937 Nr. 1—3, p. 43—53. Aici menționăm doar concluziile.

1. Românii au cea mai mare medie a perimetrului orizontal cefalic: bărbaiți 55,8+0,084 femeile 54,8+0,083. În seria masculină, urmează săcuii cu 55,7+0,07, iar unghiul au media de 55,2+0,066. În seria feminină, maghiarele sunt cu 54,2+0,067, înaintea săciencelor cu 53,6+0,070.

2. Diferențele între populația de ambe sexe sunt semnificative pentru tustrele neamurile. Cea mai mare diferență

(după formula știută $\sqrt{\frac{M_1 - M_2}{M_1^2 - M_2^2}}$)

O găsim între săcui și săcience! cu 21,1, urmează maghiarii și maghiarele cu diferența de 9,2 și apoi românii cu 8,5.

3. Perimetrul orizontal cefalic exprimat în procente ale

staturi dă cea mai mare valoare medie în seria femeiească. În frunte stau românele cu 35,4, urmează maghiarele cu 35,1 apoi săcuencele cu 35,0. În seria masculină sunt românii cu 33,8, urmează săcuii cu 33,6, apoi unгурii cu 33,3.

4. Diferențele între cele trei neamuri sunt statistic asigurate, pentru ambele serii cu excepția bărbaților români și săcui.

Români—Unguri: 5,6; Române—Maghiare: 5,6;

Români—Săcui: 0,9; Române—Săcuence: 11,1;

Săcui—Unguri: 5,2; Săcuence—Maghiare: 50,9;

Diferența cea mai mare e între săcuence și maghiare, iar asemănarea cea mai mare e între români și săcui.

Dr. O. APOSTOL: Problema ariană (Memoriu Partea I.)

Numele de Arian este azi mult răspândit mai ales de literatura politico-socială germană.

În literatura franceză afară de recenta lucrare, extrem de interesantă, a lui Georges Poisson „Les aryens”. (Ed. Payot, Paris, 1931), lucrare larg întrebunțată de noi, alta mai importantă nu cunosc.

Pe măsura desfășurării memoriului voi consulta, în limita posibilităților și literatura engleză și germană.

În literatura noastră afară de câteva articole, bine studiate, foarte interesante și foarte prețioase în legătură cu arienii a prof. H. Sanielevici, nu cunosc în prezent altele.

Pentru că problema Arianului, problemă extrem de grea și nerezolvată științific, e o problemă de actualitate și interesantă și pentru noi, membrii soc. române de antropologie din Cluj, am cules și coordonat cât mai multe date, pe care, îmi permit să le prezint fără pretențiunea de a o fi rezolvat.

Poisson, profesor la școala de antropologie din Paris, a ținut un an întreg lecții despre Arienii (1931—2.) Rezumatul acestor lecțiuni le publică în lucrarea sa cu titlul mai sus citat.

* * *

Arienii formează un grup de popoare care vorbesc limbi înrudite și care ocupă o parte numai din Asia, dar aproape întreaga Europa.

Arienii ar mai fi grupul retras în Asia și care cuprinde pe Armenii, pe Iranieni și alte diferite popoare din India.

Aceasta e o definiție cu justificare istorică și anume:

Vestitul Darius sau Daryavus, regele Persilor care a trăit la anul 521—485 înainte de Cristos, învins la Marathon de Ellni, a pus să se scrie pe inscripția de la Bisutun (Behistun) în 3 limbi: persană, anzanită și babiloniană, inscripție copiată în 1837 și 1843 de Rawlinson H. și care a servit la descifrarea cuneiformelor, următoarele:

„Darius, Arian, de rasă Ariană”.

Pe Dumpezeul său Ahura-Mazda îl numește:

„Dumnezeul Arienilor”.

În Avesta, totalitatea textelor nazdeene sau cărțile sfinte ale Persilor, atribuite lui Zoroastru, găsim afirmația că leagănul Arienilor ar fi în „Airyanem Vaejo” (germenul Aryoșilor).

Ellnii cunoșteau în Persia un nume de popor: „Apioi” și un nume de țări „Aria”, Apiana.

În limba pehlevi, găsim cuvântul Eran. În limba persi găsim Erani; în persana modernă Erân și Irân.

În Rig-Veda găsim denumirea de Aryas dată celor care vorbesc limba în care e scrisă această carte sfântă. Ținutul ocupat de Aryași se numește „Aryāvarta” (țara Aryașilor).

În Europa extinderea noțiunii de Arian este arbitrară.

Se zice în sens obicnuit Arienii-Indoeuropeni-Indo-germani. E o denumire pur geografică.

Sinonimul Indoeuropean e mai științific, mai exact, după Poisson. Cel de al doilea sinonim e întrebunțat de autorii germani.

Poisson întrebunțează termenii Arienii pentru Indoeuropeni și Aryas pentru Indoiranieni.

La Iranieni și Indieni numele de Aryas era rezervat unor anumite clase sociale.

În Rig-Veda găsim Aryas-Brahmanii +.

Kșatryașii și Vesyașii.

În Larousse du XX-e siècle găsim: Aryens sau Aryas, nume aplicat în general aproape tuturor popoarelor albe ale Europei și Asiei; dar această clasificare nu se sprijină decât pe caractere lingvistice. Filologii au stabilit un grup indoiranian sau aryoiranian, care se întinde pe teritoriul extrem de întins, locuite de rase destul de diferite: Hinduși, Persani, Germani, Greci, Latini etc.

Din punct de vedere antropologic este imposibil — credem, consultând vasta literatură, să admitem actualmente „un grup arian”.

Fost-a oare altfel în trecut? Anumiți savanți gândesc și cred că a existat cândva o rasă sau cel puțin o națiune ariană, despre care vorbește atât Herodot cât și Ptolemeu.

Originarii din Bactriana, acești Arienii primitivi ar fi ajuns în India, unde s'ar fi suprapus peste vechii locuitori ai regiunii, fără îndoială, negri de statură mică.

O parte, ar fi emigrat apoi în Europa și lor li s'ar datorat industria pietrei șlefuite și a bronzului. E demonstrat azi că Europa era deja locuită cu multe secole înainte de alte rase, care, mai puțin civilizate, au putut foarte bine să adopte limba cutropitorilor, precum și civilizația lor. Totdeodată, acești noi veniți n'au prăpădit populațiile vechi, s'au amestecat între ele, schimbând mai mult sau mai puțin caracterele lor fizice. Astfel se explică fără a număra încrușișările care s'au făcut de atunci încolo, felurimea raselor europene și imposibilitatea de a discerne tipul arian: pentru unii ar fi Latini, pentru alții Germanii.

În enciclopedia „Minerva” (Cluj, 1929, pag. 97) găsim:

„Arienii sau Indoeuropenii se numesc toate popoarele de rasa albă din Asia și Europa. La sfârșitul sec. al XVIII-lea, cunoscându-se limbile sanscrită și zendă, s'a recunoscut o înrudire între aceste două și între aproape toate limbile vorbite din Europa (afară de limbile: bască, finică, maghiară, turcă). Toate limbile au primit atunci numele de limbi de origine indoeuropeană sau indogermanică. Înrudirea lingvistică a făcut pe unii savanți să creadă și într'una etnologică, considerând mai toate popoarele din Europa de aceeași origine”.

ION CHELCEA: Indepărtarea magică a ciumei în satele din Ardeal.

Prin satele din jurul Clujului, — din Someș — Turda, se cunoaște un mijloc, rar întâlnit de altfel, de care se folosesc locuitorii, pentru a scăpa de ciumă. Că ciuma a produs întotdeauna spaimă între locuitori, o vedem în chipul cum se reacționează la îndepărtarea ei. Că țărani răspund în chipul acesta acestei epidemii, nu e mare mirare. Mai sunt și alte mijloace, de altfel remarcate în lucrări, ca de ex. pentru Moldova, se arată că acolo, locuitorii ar pune în vârful parților dela garduri, (se înțelege: la parți din bățatură) un cap de cal morț, spre a fi ferii de holeră, cum o amintește Gr. Grigoriu Rigo în lucrarea sa: Medicina poporului Buc. 1907, p. 87. Că în părțile Bucovinei s'ar smulge pur și simplu din pământ o buruiană numită holeră. (Xanthum spinosum) pe care locuitorii o fierb cu sare și o beau — sau în cel mai rău caz, se afumă casele cu

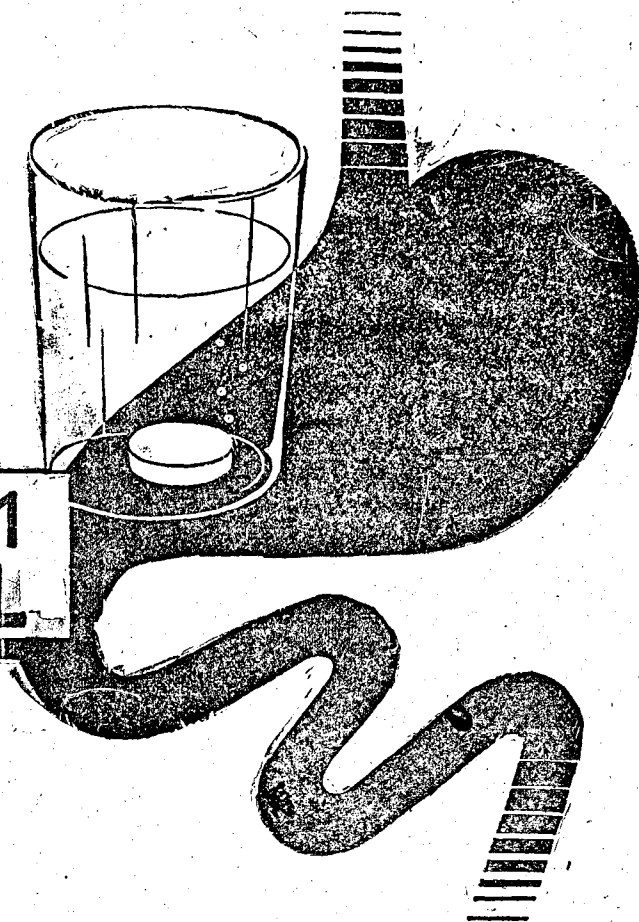
Pentru combaterea dispepsiei prin fermentațiilele teorismului și a flatulenței, hiperacidității, constipației și scaunelor leneșe, precum și în formele disepctice ale anginei pectorale

MAGNESIUM PERHYDROL

Substanță (15 și 25%) — Tablete

E. MERCK-DARMSTADT

Repr.: Dr. I. BINDER București II. Str. Luigi Cazzavillan 36



BCU Cluj / Central University Library Cluj

MEDICAȚIA INFECȚIUNILOR ACUTE GENERALE ȘI LOCALE

CARBONE THERAPLIX

cărbune animal în suspensie apoasă de 2%
Metoda Profesorului Saint-Jacques din Montreal

ANTI-INFECȚIOS
ANTIPIRETIC
ȘI SEDATIV

FIOLE INJECTABILE
DE
5 cc.

» THERAPLIX «

Société Générale d'Applications Therapeutiques
98, Rue de Sèvres-Paris (7-e)

Literatură și eșantioane prin » THERAPLIX «
Str. I. G. Duca 19 — București (3)

acest spin. Burufana, mai e numită și dracilă, ghimpe și crește pe locuri grase, pe la marginea drumurilor. Are țepi ascuțiți și n'o mănâncă nici o vietate. Ba cum bolnavul zace de boala aceasta, și vrea să scape cu viață, medicina noastră populară îi recomandă bolnavului — în unele părți ca Moldova, să se tăvălească prin burufana aceasta. Acelaș autor (op. c. p. 87).

Ciuma se mai poate înlătura, după spusa lui Tudor Pamfile: Boli și leacuri la oameni vite și păsări. Buc. 1911 p. 23 și altfel: „te ungi peste tot trupul și mănânci mult usturoi“.

Eu vreau să știu pentru moment întrucât aceste practici ar avea vre-un rezultat pozitiv asupra acestei epidemii. Vreau să arăt numai întrucât, poporul prin diferitele mijloace caută să îndepărteze ciuma. Pentru că, după cum vom vedea, mai ales fiind vorba de ciumă, mijloacele de îndepărtare a acestei boli, nu se rezumă numai la cele arătate. Romanii de ex., îndepărtau ciuma prin virtutea salutară a unui cuiu. Și fata cum: prin secolul al IV-lea a. Chr., asupra Romei se spune că s'ar fi abătut o ciumă ce ținu trei ani în șir, cu care ocazie, câțiva dintre demnarii mai mari ai Romei, au căzut pradă ciumei. Se oferă banchete zellor, se institue chiar reprezentări dramatice. Dar fără nici un rezultat practic. Ciuma continuă să facă ravagii. Numai bătrânii își mai amintesc, că după câte știu ei, s'a pus cândva capăt virulentului flagel, bătându-se un piron într'un zid. Se 'nțelege, toate celelalte măsuri eșuând, senatul însărcinează un magistrat cu îndeplinirea ritmului solemn, și ciuma luă sfârșit. Celelalte măsuri: civile și religioase, rămânând neputincioase în fața redutabilului flagel, tot în a treizecea zi a lui Septembrie — în fiecare an — se înfișea cuiul cu solemnitate: printr'o lege anume adusă la îndeplinire de cel mai înalt magistrat al Statului. (v. James Georges Frazer. Le trésor légendaire de l'humanité. Feuille détachées du Rameau d'or., par Ladj Frazer. Paris 1925, p. 217).

Ritualul era săvârșit mai întâi de consu'i, apoi chiar de dictator. Suntem în fața unei prestuni populare. Oficialitatea cedează. O credință devine codificată și trece drept lege. Să mai amintim cazuri de ciumă, când această epidemie reduce la nimic cunoștința medicală — științifică — a vremurilor? După aceea avem ciuma din timpul lui Justinian care decimează o parte din populația orașelor bizantine. Apoi ciuma neagră din timpul lui Pericle, din Atena etc. Pentru dezastrul ce-l atrage după ea, ciuma e considerată drept „calamitate publică“ (v. P. Perier. L'unité humaine. Histoire de la civilisation et de l'esprit humaine 1931 p. 384).

* * *

Astfel, cred că nu e lipsit de interes, dacă în cele ce urmează voiu stărui asupra felului în care ciuma a avut răsunet în mentalitatea poporului nostru și mai ales asupra unui mijloc de îndepărtare magică a ciumei din satele noastre din Ardeal. Gheorghe Coșbuc, are o legendă versificată: „Blăstăm de mamă“, publicată în Biblioteca Tribunei Nr. 13 în Sibiu la 1912. Legenda e culeasă din jurul Năsăudului — prin urmare, din Ardeal, unde se spune că o bătrână avea nouă feciori și o fată, Voichija și încă cu un frate al ei, „Gin Constangin copil mijlociu“. Deci în total unsprezece copii, așa cum cei mai harnici dintre români se vede a avea...

„Dumnezeu mi-ș rânduia,
ciuma că-mi venia,
pe nouă-i mânca. (Să reținem cuvântul: a „mânca“)
Nu-i mai rămânea, (decât,)
fata Voichija
cu Gin Constangin“.

Îi vin fetei pețitori — mai întâi din sat — pe urmă, cum e și firesc, s'arătără, „pețitori din altă țară“ dar bătrâna, nu avea fată de măritat, mai ales... în alte țări. Fratele fetei, stăruea de mamă-sa din toate puterile s'o dea; că în definitiv, atunci când îi va fi dor de ea, se leagă, că o va aduce el acasă. Va încălica murgul, o va aduce și-i va potoli dorul. Bine, zice mama în cele din urmă, dar de-o fi altfel, te voi blestema:

„Cu blestemul cel mai greu
ce a lăsat Dumnezeu“...

... ..

Multă vreme nu trecea,
de când Voichija pleca;
ciuma 'n sat iară intra (a se reține imaginea
multă lume prăpădea, „iară intra“)
Costangin să betejea
și grea boală că-mi bolea...
pe urmă și el murea.

Urmează acum blestemul, care prinde în așa fel, că „Gin Constangin“ e silit să iasă din mormânt, și ca altădată, să încălice calul — și trece nouă hotare la sora lui și aici, îi cere bărbatului ei voe s'o aducă înapoi să-și vadă mama înainte de a se prăpădi... Acesta-i dă voie cu o singură condiție: să nu zăbovească... Și se întoarce cu sora sa până în dreptul mormântului de unde a eșit și apoi dispăre. Destul că de aici, el își reia starea de mort și-și lasă sora singură să se ducă acasă. Se 'nțelege, odată ajunsă acasă, nimic mai firesc, decât să bată la ușă, cu toată nerăbdarea să-și vadă mama... Dar aceasta, închisă 'n casă de frica ciumei, n'o recunoaște dela început, și o ia drept ciuma. N'avea batrâna de unde să-și dea cu ideea că Gin Constangin ar putea să-i aducă acasă fata. Și astfel o respinge în termenii următorii;

„Du-te ciumă rea
dela casa mea
că tu nu ești Volca mea,
ci ești moartea crâncenă;
căci câți copii am avut,
toți de tine or murit
numa cu-atâta am ugit;
numa cu ușa 'ncuiată
și cu mășisoru 'n vatră“.

Acesta este tabloul deprimant când venea ciuma în sat. Urmează explicațiunii din partea fetei, că ea e, și că a venit ajutată de „Gin“ și că el ar fi rămas „din sus de izlaz“. Dar ea răspunde cu aceiaș spaimă:

„Vai! mâncați mi-s de rele,
nu cred cuvintele tale
că acuma văd eu bine,
ce vrei tu să faci cu mine.
Du-te, du-te ciumă rea,
du-te dela casa mea“...

Personificarea ciumei cu o ființă ca oricare alta, apare de aici cu evidență — iar cât privește o anume stare de spirit — caracteristică — din acest punct de vedere, iarăși reese din aceste versuri cu prisosință.

* * *

Iată cum procedează și în zilele noastre țăranii din comuna Micești jud. Turda, pentru a îndepărta ciuma din sat. În anul trecut (1935) a dat ciuma între vite. Mureau deci, boi, vaci, — și dac'a văzut că ce și cum, (spune informatorul Dumitru Gavrilă din Feleac Cluj) au zis că e ciuma. Că a intrat

ciuma 'n sat. Da, acesta e termenul, căci precum vom avea ocazia să vedem și mai departe, ciuma este închipuită sub formă omenească sau de drac. Poporul nu poate să-și facă o idee de ceva fără să personifice acest ceva, mai ales dacă e de natură abstractă și necunoscută — dar care, cu atât mai mult, îi simte prezența. De-acolo ciuma intră în sat și de-acolo ei se pun imediat și îi confecționează o cămașă, numită cămașa ciumei.

Cum se face cămașa ciumei? În acest scop se adună în timp de noapte nouă femei. Dacă se poate în crucea nopții la una dintre ele, unde se desbracă în pielea goală și încep să lucreze care de care. Se observă o grabă. Una începe să melije cânepa. — Informatorul adaugă, una toarce, alta piaptână — alta urzește, alta pune războlu, și 'nsfârșit alta țese. Alta croște cămașa — până când o dă gata. La urmă se iau toate nouă femeile, tot în timp de noapte și duc această cămașă confecționată de ele, între hotare, unde o aruncă — și în chipul acesta, cred ei că au scăpat sau scapă de ciumą.

În comuna Feleac, anul acesta (1936) a intrat iarăși ciuma în sat; mai ales în porci și chiar între oameni. Sătenii s'au înfeles — pentru că în chipul acesta este avizată întregă comunitatea sătească. Am spus că ciuma este privită drept o „calamitate publică”. Recurg la o practică de multă vreme experimentată și nici una nici două: fac cămașa ciumei. Se strâng femei în număr de nouă și la fel: nevedesc, țes, torc. Furcile cu cari torc, mi se sune că nu se țin normal, ci cu „talpa 'n jos”. Iar în casa unde se pregătește cămașa ciumei, toate lucrurile stau, cum spun ei, cu „cu susa 'n jos”. Mi se mai spune că ele preferă, ca zi de lucru Marțea — Marți noaptea. Se mai observă, astfel, în afară de faptul că se întrunesc noaptea, că se adună în număr de nouă, că lucrează în pielea goală — acestea, după ce au aruncat numita cămașă între hotare, se întorc înapoi fără ca să se mai uite în urmă. Locuitorul Rad Vasile din Feleac, spune că mai demult, s'a întâmplat că ciuma a intrat la un gospodar în casă și acesta recunoscând-o, ar fi prins-o de mână — după care ar fi transportat-o în același chip, ca și cămașa ciumei între hotare. Analogia dintre ciuma însăși și cămașa ei este evidentă. Tot așa lucrurile se petrec și în Someș, pentru că aceleași informațiuni le-am primit și din com. Dârja dela Maria Dan. Să mai dau un exemplu clasic de reprezentare populară a ciumei, de personificare a acestei teribile epidemii la poporul nostru... Vulpescu, în cartea sa „Les coutumes roumaines périodiques. Paris 1927, se întreabă chiar, dacă brezaia (în Ardeal: turca, capra, cerbul) nu e simbolul ciumei din 1833. În sprijinul acestei păreri, acest autor aduce o lungă povestire despre un oarecare moș Tânase, care a purtat ciuma în spinare și ciuma așa cum ar fi văzut-o el, (după Vulpescu)... semăna cu brezaia ¹⁾. Nu insistăm. La practica de mai sus, țăranii noștri nu recurg decât atunci când văd că se îngroașe gluma; dacă ciuma nu iese afară din sat, „nici cum” — după expresia lor. Ciuma așa dar intră și iese — la nevoie — poate fi scoasă afară din sat. Nu este mirare dacă și un etnograf ca Vulpescu, pentru ciumą găsește o figură de forma caprei, cerbului, brezaiei etc.

* * *

Ar urma să continuăm, aducând în discuție un caz din domeniul religios în legătură cu ciuma. Să stăruim în câteva cuvinte asupra Sfântului Haralambie ca protector al oamenilor contra ciumei. Intr'un octoih mai vechiu — avem și la Muzeul

¹⁾ V. și P. Caraman. Datările românști în limba franceză 1934.

Etnografic țipare de icoane pe sticlă reprezentând pe Sf. Haralambie, cu ciuma în formă de drac, înălțată — în acel octoih am aflat viața sfântului, care pentru chinurile lui îndurate pentru biserică creștină, i s'ar fi propus din partea Domnului să fie recompensat cu ceva. Se 'nțelege, cu ce va vrea el. Și s'a oferit, că oriunde se va afla moaștele lui și în orice oraș i se va face praznic, acel loc să fie ferit de ciumą. Să nu fie nici odată înfricoșata boală a ciumei sau altă moarte năpraznică și grabnică. Nici foamete, nici om viclean să strice sămănăturile. Nu se trec cu vederea vitele, pentru că, sfântul adaugă: cine va ține mucenicia mea și mă va pomeni, să nu-i moară bou, nici altă vită — ceea ce arată indirect, cât e de nedespărțit țăranul nostru de vitele lui. Ba dimpotrivă, viața lui se împletește cu a lor. O arată medicina populară, care nu face deosebire între om și vite când se aplică.

Această apropiere este vizibilă și într'o rugăciune adresată de oameni sf. protector al ciumei, când se spune:

„Moaștele tale părinte,
a fi mult folositoare
de ciumą îngrozitoare
la vite ajutătoare
și de câmpuri roditoare”.

Cum vedem, imaginea, face parte din investirea sf. protector, cu proprietăți magice de fructificare nu numai de înlăturare a nenorocirilor.

* * *

După credința poporului și mai ales în cazul nostru cu sf. protector, epidemiile, sunt trimise pe pământ, de sus, din cauza greșalelor noastre. Deosebirea dintre cazul pur magic în legătură cu înlăturarea ciumei prin cămașa ei și intervenția oamenilor prin interpuși sfinți nu mai e nevoie s'o subliniem. Vom reveni și mai jos asupra acestei deosebiri. Oricum, între popor și sfântul protector, există un angajament: îți fac dar să mă pomenești. Apoi la baza actului se află umilirea, supunerea, noi suntem niște neputincioși în fața tainelor vieții — ceea ce nu putem spune că avem în cazul îndepărtării ciumei pe cale de magie pură. În cazul al doilea, sf. este un interpus, dar un interpus cu însușiri — purificat prin suferință, deci apt spre a interveni.

Roagă-te ca mai înainte, (i se spune sfântului)
cu acele dulci cuvinte

că ne-am slăvit și la minte.

Mai împarți moaștele tale
nouă plini de jale

pedepsiți pentru greșale
de murim căzuți pe cale

Aceste versuri sunt reflexul unor vremuri în care băntue ciuma.

Și se zice mai departe:

Roagă-te ca să oprească

să nu ne mai pedepsească

boala carea gura cască

degrab vrea să ne prăpădească.

Ciuma, foamea cea mare,

m'au spăimântat foarte tare.

Fiindcă, poporul nostru a oscilat și mai oscilează și astăzi în bună parte între aceste două moduri de a se feri de boale — dar și între aceste două moduri de a înțelege originea și înlăturarea cauzei și a efectului în general. Dinadins am arătat aceste două forme de credință, spre a se evidenția, că îndepărtarea ciumei prin cămașa ei este în funcțiune exclusiv de ceea ce în nemțește se zice „analogie Zauber” —

vraje prin analogie. Că magismul în loc ca să implore ajutorul ființelor superioare, nu lucrează prin interpuși, ci direct — acționează asupra lucrurilor, cauzelor, fără intermediu. Și cum cea mai mare parte a practicelor magice se rezumă la legea similitudinii, voi căuta acum să insist și asupra acestui principiu.

J. G. Frazer, pentru că acesta a examinat mai de aproape acest fenomen psihologic popular în lucrarea sa celebră: „Le Cycle de Rameau d'or”, în special în vol. Le Roi Magicien dans la société primitive (vol. I. trad. P. Sayn 1935. p40,41, 53) ridică cazul, la un principiu de gândire, după care, pentru a realiza un act, e de ajuns să-l reprezinți. Imaginea se confundă cu modelul în mentalitatea lumii de jos. Așa spre pildă Indienii din America de Nord, pentru a pedepsi dușmanul, fac niște statuete de lemn pe care le străpung cu niște ace în inimă. Aceasta însemnează, că în acelaș loc și în acelaș fel vor fi străpunși și dușmanii lor. Și așa mai departe: dacă dorești moartea adversarului, arzi sau îngropi pur și simplu efigia acestuia. Aceasta ar atrage după sine moartea, dispariția lui. În Egipt și Babilon, practica așa cum s'a arătat, trece din domeniul laic în cel religios și se aplică demonilor, spre a scăpa de tirania lor. Suntem și în cazul nostru, în prezența așa numitului principiu de gândire sau așa numitei magii mimetice, imitative sau homeopatice, cum i se mai spune în termeni științifici.

Dar, se va spune: bine, dar cazul nostru pus în legătură cu timpuri așa de îndepărtate, cu locuri la așa de mare distanță? Să răspundem cu Frazer la această îndolală: „Les superstitions et les coutumes des paysans constituant de beaucoup le témoignage le plus complet et le plus sur que nous possédons sur la religion primitive des Aryens. C'est qu'en effet l'Aryen primitif, en tout ce qui concerne la fibre et la trame de son esprit, n'est pas mort. Il existe encore aujourd'hui parmi nous. Les grandes forces intellectuelles et morales qui ont révolutionné le monde civilisé n'ont guère eu d'action sur le paysan”. Acolo în stratele de adâncime ale noroadelor din Europa — în mentalitatea lor relativ stabilă aflăm o adevărată arhivă vie a trecutului îndepărtat; și țara și poporul nostru, are un loc privilegiat în această privință față de țările și popoarele din Apus.

Cămășă ciumei, după Eugene Kagarov: Essai de classification des rites populaires „Extras” De la revista del Instituto de Etnologia, tom. II., (p. 49—59) 1931, p. 55., ar intra în rândul practicelor magice de defixiune, cari au de scop nimicirea simbolică a dușmanului. Iar din p. d. v. al clasificării riturilor magice după intensitatea săvârșirii lor, practica magică a îndepărtării ciumii din sat, se clasifică și ar intra în grupa riturilor atenuate — după acelaș cercetător — sau prin substituție, când actul magic, se îndeplinește printr'o păpușă — reprezentare miniaturală a ciumii. Iar cât privește felul în care femeile apar în pieile goale la confecționarea cămășii nu poate fi vorba de cât de o atribuție magică — a nudității considerată ca eficace — în unele părți pentru accelerarea rezultatului, iar cât privește punerea capului de mort în parii din băătura casei, literatura germană privește faptul ca pe un „Schutzmittel” aus heidnischer Zeit zur Abwehr demonischer Gewalten” (E. Magk. Die deutschen Sitten und Bräuche 1921. p. 13), întrucât este știut — cranille de animale în special de cal, sunt privite pe o arie geografică întinsă și din vremurile cele mai îndepărtate ca având putere apotropaică contra demonilor și altor nenorociri, ca de exemplu ciuma.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI SIFILIGRAFIE SECȚIA CLUJ

Sedința din 23 Mai 1937.

Dr. COMȘA și Dr. MIHALCA: **Un caz de prurigo limfadenic.**

Bolnava Sz. S. de 57 ani, căsătorită, se prezintă în 26 III. a. c. în serviciul nostru consultându-ne pentru un prurit generalizat. Este la menopauză de 5 ani. Înainte suferea de dismenoree.

Boala actuală datează de 5 ani, a debutat în primul an al intrării în menopauză cu prurit la nivelul gambelor — pentru a se extinde în decurs de 1/2 de an la extremitățile superioare apoi pe întreg corpul, respectând numai extremitatea cefalică, mâinile și picioarele. Pruritul era feroce continuu cu exacerbări nocturne. După un an îi apar de predilecție pe fețele extensorice ale membrelor numeroase papule roșii. După 3 ani dela debut a observat o îngroșare și uscare difuză a pielii cu parestezii variate, înjepături — senzații de insecte cari umblă în piele. Pruritul devine mai constant iar erupțiile papuloase se succed câștigând teren și pe trunchiu. Aproximativ de 1 1/2—2 ani a observat apariția tumorilor ganglionare din regiunile crurale epitrochleene și preauriculare cari au crescut în volum în mod succesiv în ordinea descrisă. Concomitent cu apariția lor starea generală s'a înrăutățit, scade în greutate. A făcut tratamente diverse locale cu alifii, făcând la început cură anti scabioasă — fără nici o ameliorare.

La examenul obiectiv constatăm: o bolnavă slab nutrită și dezvoltată tegumentele feței fiind palide cu caracter de atrofiie senilă.

Prezintă o afecțiune cutanată care interesează în mod difuz și simetric membrele superioare și inferioare cu predilecție pe fețele lor extensorice, centura, flancurile regi. lombară și fesieră, mai puțin spatel și fața anterioară toraco-abdominală, respectând în întregime gâtul, extremitatea cefalică precum și mâinile picioarele și în mare parte și plicile membrelor.

Pielea în regiunile interesate este în mod difuz îngroșată, rugoasă, uscată, lucioasă, brăzdată fiind în toate sensurile de cutele pielii adâncite cari delimitează între ele o serie de suprafețe poligonale cu aspect de mosaic — aspect tipic de lichenificație difuză. Pe acest fond sunt presărate în mod diseminat mai ales pe fețele extensorice ale membrelor și centură, numeroase elemente papuloase de mărimea unor boabe de melu până la aceea a unei grăunțe de cânepă, roșii și de consistență dură, dându-ne senzația la palpate a unor boabe de nisip inclavate în piele, sunt acoperite în întregime de niște cruste rotunde brune, sanghinolente, foarte aderente. Mai ales pe coate, genunchi și centură observăm și o descuamație furfuracee, deasemenea numeroase excoriațiuni punctiforme, mai puțin lineare, câteva elemente micropustuloase perifoliculare pe f.se.

Unghiile au marginea liberă tocită, lucioasă, suprafața este uscată, strălucitoare, cu aspect lăcuit. Perii în cea mai mare parte sunt rupți la nivelul lichenificației, în rest sunt uscați.

Subiectiv: prezintă un prurit intens, cu exacerbări vespereale și nocturne.

Ganglionii din regiunile: preauriculare, angulo-maxilare epitrochleene, axilelor și crurale în mod perfect simetric se prezintă ca niște pachete în cari sunt conglomerări ganglionii

măriți cât o alună până la nucleu de consistență semidură, în-deosebi la palpare mobilă sub piele și pe planul subjacent.

R. W. negativă. Urină: Alb. Puroiu-zahăr negative. Ex. sanguin: Hematii 3 milioane. Leucocite 18.000. Pol'n. neutrof. 16%, Eosinofile 58%, Basofile 0, Limfocite 24%, Monocite 1%. Tens. arterială 16—9. V. L.

Examenul biopsic histo-patologic din ganglionul preauricular stg: Se observă în țesutul ganglionar al cărui centru germinativ e absent un abces granulativ compus din elemente polimorfe cu predominanța eosinofilelor printre cari se află și celule Sternberg cu caracter de celule epiteloide, cu protoplasma omogenă, cu nucleu globulos și mulțiplari clari cu nucleu pronunțat. Vasele sunt hialinizate. Proces de scleroză exprimat. Alături de elementele de mai sus găsim și celule histiocitare, fibroblaste, limfocite plasmatice și polinucleare neutrofile.

Bazați pe simptomele clinice de prurigo cu lichenificație, elemente papuloase cu caracter pasager, pe prezența adenopatilor, leucocitosei (18.000), eosinofiliei sanghine (58%), ușoară anemie (3 milioane) examenul histopatologic ganglionar cu prezența procesului granulos compus din elemente polimorfe cu predominanța eosinofilelor și prezența celulelor Sternberg, evoluția cronică progresivă cașectisantă, lipsa spleno-megaliei și a febrei, prezența unui ușor grad de hipertensiune (16 V. L.) și bonfeuri de căldură, punem diagnosticul de Prurigo limfadenic de origine granulomatoasă malignă evoluând pe un teren cu turburări de menopauză.

În cazul nostru ca și în cele similare observate de Uant-Arzt-Chatellier-Kyrle, prin prezența manifestărilor cutanate granulomatoase maligne este incertă în mersul său cașectisant spre fatalitate.

Ca tratament terapie igienică, alimentară, sedativă, desensibilizantă și fisiotherapie, toate cu scop simptomatic.

Specific fiind radioterapia ganglionară, splenică și locală cutanată, injecții cu Arsenic și extracte splenice.

Dr. N. LENGVEL și Dr. L. MODRAN: Lupus eritematos asociat cu granulom anular.

Cazurile de granulom anular fiind destul de rare, iar asocierea lor cu lupusul eritematos, afară de cazul lui Ramel, nu cunoaștem altul în literatură; am crezut de bine de a prezenta acest bolnav, atât pentru raritatea afecțiunii, cât și pentru considerentele asupra etiologiei atât de controversate a acestei boli, pe cari le vom face în mod succint la sfârșitul comunicării.

Bolnavul R. I. de 28 ani, de profesiune curelar, se prezintă în serviciul clinicii la 25 IV. 1937.

În antecedentele eredo-colaterale și personale nimic important pentru noi de relevat. Debutul bolii actuale e la începutul lunii Ianuarie a. c. fiind localizată la nivelul nasului sub forma unei pete ce s'a mărit treptat. După 2 luni de la debutul bolii a mers la un medic de la Casa Cercuală din Medias, care a stabilit diagnosticul de lupus eritematos și i-a făcut un tratament cu raze ultraviolete și injecții cu cacodilat de Na. Leziunea de pe nas după o lună de tratament a regresat, dar i-au apărut pe gât, ceafă și regiunile retroauriculare leziuni cu un caracter diferit față de cea de pe nas. După 6 săptămâni de la debutul lor este îndrumat pentru internare la clinica noastră.

La examenul obiectiv al tegumentelor constatăm: La nivelul nasului interesând dosul lui și aripioara nasală dreaptă, observăm o pată eritematoasă de culoare roșie violacee sub forma unui placard, cu margini neregulate dar bine delimitate,

suprafața lui e netedă, lucioasă, iar la digitopresiune eritemul dispăre, pentru a reapărea după scurt timp. În centrul placardului se disting câteva mici puncte unde tegumentul e atrofiat, iar la periferia lui observăm numeroase teleangectazii.

La nivelul cefei pe fețele laterale ale gâtului și regiunile retroauriculare, leziunile diferă morfologic față de cea de pe nas; ele se prezintă sub forma unor plăci rotunde ovalare, cu un diametru ce variază de la cel al unei boabe de fasole, până la cel al unei monede de 100 lei. La nivelul lor distingem 2 zone diferite una de alta: Zona periferică e mai elevată decât restul leziunii și e constituită de numeroși noduli de formă hemisferică sau neregulată, făcând o proeminență apreciabilă deasupra pielii, de volum ce variază de la o gămălie de ac la cea a unui bob de mazăre, sunt plăși iar unii deprimați la centru, epiderma care-i acoperă e netedă și puțin subțiată, culoarea lor e roză palidă, iar la palpare se percep ca niște infiltrații dure. Ei sunt grupați anular sub forma unui colier de perle. Zona centrală e mult mai deprimată față de restul leziunii, are o culoare mai închisă, roșie violacee.

Subiectiv nimic de remarcă la nivelul leziunilor.

Reacția la tuberculina (Koch) pozitivă.

Examenul istopatologic al biopsiei făcute dintr-o leziune ne-a dat următorul rezultat: Epiderma prezintă o ușoară hiperkeratoză. În derm se observă o infiltrație perivasculară, formată din limfocite și celule histiocitare; același infiltrat celular se observă și în jurul glandelor sudoripare. Se observă în unele locuri o necroză a țesutului conjunctiv cu numeroși nucleu fragmentați, iar în jurul acestor focare de necroză un infiltrat celular, constituit din celule histiocitare, limfocite și câteva mononucleare mari. Nu se constată prezența de celule gigante. E vorba deci de un țesut cu aspect tuberculoid, fără a fi însă tipic.

În fața tabloului clinic mai sus descris, bazați și pe examenul istopatologic, punem diagnosticul de lupus eritematos asociat cu granulom anular.

Granulomul anular al lui Radcliffe Crocker este o entitate dermatologică destul de bine precizată, prin caracterele ei morfologice. Etiologia lui ca și a multor alte afecțiuni cutanate se află încă în stadiu de discuții controversate.

Cei mai mulți dermatologi actualmente, înclină spre etiologia tuberculoasă. Darier bazat pe coincidențele morbide, structura tuberculoidă a leziunilor și reacția la tuberculina pozitivă, crede că poate fi grupat printre tuberculide. Iorgen Schaumann a propus granulomul anular de tuberculidele papulonecrotice. S'a constatat asocierea granulomului anular cu lupusul vulgar, cu sarcoidele ipodermice și într'un caz al lui Ramel cu lupusul eritematos. Pe lângă argumentele clinice s'au adus și argumente biologice. Astfel lui Volk și Ramel le-au succedat inoculări pozitive la cobai. Kren și Lowenstein au avut hemoculturi pozitive într'un caz. Iar lui Otto Dietrich i-a reușit să coloreze prin metoda Ziehl în 2 cazuri bacilii acido rezistenți în țesuturi.

După cum vedem sunt multiple argumente, cari pledează pentru originea tuberculoasă a afecțiunii.

Cazul nostru prin asocierea cu lupusul eritematos, prin structura lui istologică și prin reacția la tuberculina pozitivă pare să pledeze pentru cea din urmă teorie.

Însă bazați pe un singur caz, cât și pe cazurile disparate din literatură, ce pledează în favorul etiologiei tuberculoase, nu putem trage o concluzie categorică.

În privința etiologiei granulomului anular, noi ne atașăm concepției lui Pautrier care-l grupează printre dermatozele ale căror raporturi cu tuberculoza sunt nesigure și discutabile.

Dr. P. CIRLEA, Dr. N. PĂCESCU: Un caz de trichofitii profundă a barbei și folliculite agminate.

Bolnavul O. V. de 25 ani, plugar, căsătorit, din Păniceni, Cluj, se prezintă la consultațiunile Clinicei, la data de 22 Mai a. c.

În antecedentele heredo colaterale nimic de remarcat. În cele personale găsim o afecțiune pulmonară, de care suferă de mai mulți ani.

Referitor la istoricul boalei pentru care ne consultă, bolnavul declară, că înainte cu 2 săptămâni, observă pe antebrațul drept și puțin în urmă și la nivelul bărbiei, apariția unei erupțiuni pustuloase, pruriginose, care printr-o evoluție foarte rapidă, a ajuns să intereseze teritoriile însemnate din tegumente.

Sursa de infecție nu se poate depista.

La examenul general bolnavul bine dezvoltat și nutrit, la cel local se observă o afecțiune cutanată ce interesează bărbia și antebrațul drept.

Către partea stângă a bărbiei se prezintă o formațiune tumorală bine delimitată, proeminentă din planul tegumentelor, având o formă ovalară și mărimea unui ou de porumbel. Suprafața ei este roșie, lucioasă, întinsă, ușor boselată, în parte acoperită de cruste gălbui-brune, mai cu seamă pe la periferie și cu niște scvame lameloase subțiri. Toată suprafața este lipsită de peri, în jurul orificiilor osteo folliculare, prezentându-se un număr mare de pustule punctiforme și puțin mai mari, cu pereții destinși și cu un conținut purulent.

Formațiunea aceasta are o consistență elastică, la presiune prin orificiile dilatate ale porilor eliminându-se numeroase picături de puroi. Prin palpare putem evidenția un edem puternic la baza leziunii, care la periferie este anturată de o zonă inflamatorie foarte pronunțată.

În regiunea cervicală stângă, înapoia unghiului maxilarului inferior stâng, se observă o formațiune similară, rotundă, de dimensiuni reduse, cât un bob de fasole, acoperită de cruste gălbui-brune și scvame, fiind deasemenea anturată de un halo eritematos.

Pe fața anterioară a antebrațului drept în treimea mijlocie se prezintă două placarde puțin proeminente din planul tegumentelor, unul mai mare cât o palmă de copil, situat în partea externă, având o formă neregulat ovalară cu margini polciclice și altul intern, perfect rotund, de mărimea unei piese de 100 lei. Caracterele lor morfologice sunt identice: ambele fiind formate dintr'un conglomerat de noduli inflamatori, ușor proeminente, cu marginile bine delimitate, anturate de o zonă inflamatorie, eritematoasă și resturi epidermice flotante. Suprafața lor este ușor boselată cu tegumentele întinse, lucioase, roșii-livide, cu o desvamație lameloasă, iar spre periferie cu niște cruste gălbui-brune. Toată suprafața acestor placarde este presărată cu un număr mare de pustule perifoliculare până la mărimea unor boabe de măr. La bază se percepe un edem inflamator foarte pronunțat, ce dă placardelor o consistență elastică. Decapând pustulele, la baza lor găsim orificiile dilatate ale folliculilor piloși în majoritate lipsiți de peri, iar cei rezistenți se epilează ușor, prezentând în jurul părții intradermice un manșon albicios-purulent.

Examenul microscopic pozitiv pentru trichofiton ectotrix.

Cazul prezentat ne oferă tabloul clasic al unei trichofitii profunde a barbei cu aspectul numit Kerion Celsi, iar la nivelul părților glabre, aceiași trichofitii profunde sub aspectul folliculitelor agminate. Acestea din urmă ies oarecum din comun prin întinderea lor rapidă în suprafață și fenomenele inflamatorii accentuate.

Dr. PETRE CIRLEA: Un caz de sicoză lupoidă Brocq.

Bolnavul N. P. de 39 ani, căsătorit, funcționar particular din Cristur, jud. Hunedoara, se prezintă la consultațiile Clinicei Dermato-venereice la data de 27 Aprilie a. c. pentru o afecțiune a barbei, care datează de 8 luni. Bolnavul este internat de o lună la Clinica Psihiatrică cu epilepsie.

În antecedentele eredo-colaterale și personale nimic important, din copilărie suferă de accese tipice de epilepsie, ce survin destul de rar. Neagă boli infecto-contagioase și venerice.

La examenul general, vedem un bolnav bine dezvoltat și nutrit, iar din partea tegumentelor prezintă o afecțiune cutanată, localizată exclusiv la nivelul bărbiei și anume: în dreptul și dedesubtul ramurei orizontale a maxilarului inferior drept, în regiunea submaxilară mediană, trecând puțin și în partea stângă. Afecțiunea se înfățișează sub aspectul unor placarde neregulat rotunde în număr de două, având mărimea unor palme de copil mic, prezentând o zonă centrală cicatricială, ce cuprinde toată aria placardelor, formată din niște cicatrici roz-roșietice livide, pe alocuri depigmentate, în general netede, ușor deprimite, lipsite complet de peri și o bordură periferică de un centimetru lățime formată din pustule mici perifolulare în număr redus și din niște noduli inflamatori perifolculari roșii-bruni, până la mărimea unor boabe de linte. Aceștia din urmă observându-se și la oarecari distanțe de placarde. Aspectul acestor placarde ne amintește pe cel al unui lupus vulgar plan, dar lipsa lupomilor și prezența pustulelor și infiltratelor perifoliculare ne-au îndreptat pe calea diagnosticului adevărat, al sicozei lupoidă. Din partea celorlalte organe, sisteme, reacțiuni umorale și ale urinei, nimic patologic. Biopsia unui nodul ne-a confirmat diagnosticul clinic, întrucât se prezintă alterațiuni inflamatorii ușoare din partea epidermului cu fragmentarea celulelor din stratul malpighian, infiltrate perifoliculare cu plasmazellen și tumefierea tecilor epiteliale. Ca tratament i s'a administrat radioterapie pentru epilație și după decaparea pustulelor s'au aplicat preparate mercuriale, la început unguent cinereu, apoi o pastă cu zinzabar și sulf. Bolnavul este în curs de epilație.

Sicoza lupoidă descrisă sub această denumire de Brocq, corespunde uterythemel sicoziforme a lui Unna și folliculitei sicoziforme atrofiante alui E. Hoffman. Formele clinice descrise de diferiți autori diferă numai prin localizare și predominarea eritemului la unele, sau a procesului folicular și perifolicular la altele. După Sabouraud există unu sau două placarde mici cari evoluează foarte lent, fiind constituite dintr'o zonă cicatricială roz-roșie netedă, înconjurată de o zonă periferică compusă din noduli sicozici mici, semănând cu nodulii lupici, fără caracterele clasice vitroscoapice și fără moliciunea acestora. Culoarea acestor noduli este foarte caracteristică, roșie-brună pe un fond violaceu. Printre acești noduli perifoliculari, se găsesc în număr redus și pustule perifoliculare. Brocq caracterizează aspectul clinic al sicozei lupoidă ca niște folliculite agminate, așezate la periferia unei zone centrale roșii-violacee netede, totdeauna cu o alopecie completă, dând impresia unui lupus vulgar plan pe cale de cicatrizare centrală. Fiind vorba de sicoză la nivelul bărbiei, ea apare exclusiv la bărbați, fiind însă descrise și alte localizări ca de ex. pe pielea păroasă a capului și pe alte părți păroase ale corpului. Histologic, găsim infiltrate celulare puternice cu plasmazellen și mastzellen în jurul folliculilor și distrucția acestor folliculi și înlocuirea lor cu țesut fibros cicatricial. Pe lângă aceste alterațiuni principale, epidermul de regulă este atrof. Etiologia afecțiunii nu este încă complet clarificată, se crede, că ar fi de natură inflamatorie

produsă de plococi. Tratamentul destul de anevoios prin epilajii repetate și desinfecția focarelor perifoliculare.

Cazul nostru este instructiv prin faptul, că ne înfățișează aspectul rar întâlnit de noi al sicozei lupoidă, cunoașterea ei fiindu-ne de folos, în a putea diferenția această afecțiune foliulară, față de lupusul vulgar al regiunilor păroase.

Dr. L. POP, Dr. I. MIHALCA: Un caz de tuberculide papulo-necrotice cu ulcerajuni vulvare tuberculoase.

Bolnava T. C. în vârstă de 16 ani, necăsătorită, servitoare, care intră în clinică la 2 April 1937.

În antecedentele eredo-colaterale nu găsim nimic deosebit. În antecedentele personale trebuie să reținem faptul că la vârsta de 10 ani a prezentat niște leziuni cutanate supurative în regiunea parasternală dreaptă și la nivelul claviculei stângi, unde găsim de prezent niște cicatrice.

Prima menstruație a avut-o la 14 ani, epocile catameniale s'au succedat timp de 1 $\frac{1}{2}$ an în mod regulat iar din luna Noembrie 1936 a avut o singură dată menstruație în luna Ianuarie a. c.

La intrarea în clinică bolnava a prezentat o scabie complicată cu leziuni podermice și eczematizație, cari în urma tratamentului anti-scbios obișnuit s'au vindecat. Afară de aceste leziuni, prezenta o serie întreagă de alie leziuni cutanate al căror aspect și evoluție, înainte și după ospitalizare, prezintă un interes deosebit.

Revizuiind examenul general dela intrarea în clinică constatăm, că este vorba de o bolnavă mijlociu dezvoltată, slab nutrită, având tegumentele palide.

La examenul tegumentelor se observă o serie de leziuni localizate pe gambe și treimea inferioară a coapselor, interesând mai mult fețele externe și posterioare. Aceste leziuni sunt formate din nodozidăți situate în derm, ridicându-se discret din suprafața pielii, fiind perceptibile prin palpate, având formă rotundă sau neregulat ovalară, de mărime variabilă dela aceea a unui bob de linte până la aceea a unei monete, tegumentele la acest nivel având o culoare lividă-vioacee care dispare la digito-presiune. Unele din aceste leziuni sunt acoperite în centru de o crustă galbenă-brună, aderentă, care după detașare are o formă conică, lăsând în locul ei o depresiune profundă bine delimitată.

Pe fețele posterioare ale gambelor găsim niște placarde întinse de cca 4-5 cm. diametru, de o culoare lividă, care dispare la digito-presiune, cu margini șterse și neregulate, cu baza infiltrată și edemațiată, sensibile la palpate.

Toate aceste leziuni cutanate au apărut pe la mijlocul lunii Februarie. La începutul lunii Martie, bolnava prezintă usturimi la organele genitale externe și observă la acel nivel o serie de ulcerajuni și o secreție purulentă.

Examinând leziunile dela genitale, la intrarea în clinică, adică după o lună dela debut, constatăm că labiile mari și mici sunt îngroșate, edemațiate și ușor infiltrate, fiind presărate cu numeroase ulcerajuni. Aceste ulcerajuni variază ca formă și mărime, majoritatea lor fiind mici, cât un vârf sau o gămălie de ac, având aspectul unor pori dilatați. La partea anterioară a fețelor interne a labiilor mari și în partea posterioară a șanțului interlabial stâng, ulcerajunile sunt mai mari. Aceste ulcerajuni sunt de formă neregulată, cu margini bine delimitate și ușor subminate, acoperite de o secreție purulentă, având fondul roșu-gălbui, ușor neregulat. Tegumentul dintre ulcerajuni este roșu eritematos, fiind presărat de niște ridicături granulare, punctiforme, gălbui. La nivelul acestor leziuni bolnava acuză usturime și o sensibilitate pronunțată la atingere.

În jurul leziunii vulvare, în șanțurile genito-crutale, extinzându-se puțin și pe fața internă a coapselor, se găsesc niște leziuni papulo-scuamoase și papulo-crustoase, de mărimea unui bob de mefu. Unele din aceste leziuni sunt evaluate și prezintă un centru cicatricial, ușor scufundat din nivelul pielii fiind înconjurat de o zonă pigmentată.

De prezent pe gamba dreaptă se văd câteva leziuni diseminate, cu caractere de tuberculide papulo-necrotice și cicatrice ușor scufundate, înconjurat de o zonă ușor pigmentată.

Înainte cu 3 săptămâni i au apărut niște leziuni cu aspect de lichen pilar, localizate în mod simetric pe dosul picioarelor și treimea inferioară și mijlocie a gambelor, pe dosul mâinilor și treimea distală a antebrațelor, mai puțin pe frunte și pomete. După cum ne arată examenul biopsic avem în derm infiltrajii cu limfocite și celule conjunctive fixe, mai ales perivasculare. Vasele prezintă leziuni de endarterită. Deasupra papulei găsim o necroză tipică pentru tuberculidele papulo-necrotice.

Pe mucoasa bucală se constată, de câteva zile, apariția sub limbă la nivelul frenului a unei ulcerajuni de mărimea unei boabe de linte, cu un fond neregulat, ușor gălbui, cu margini subminate, anturate de o zonă roșie inflamatorie, ușor infiltrată, la nivelul căreia se observă câteva puncte gălbui de mărimea unui vârf de ac.

Totodată se observă pe baza vălului palatin, întinzându-se în spre palatul moale, câteva mici ulcerajii superficiale, așezate pe o zonă intens eritematoasă, în care se văd câteva puncte gălbui. — Mici ulcerajii asemănătoare găsim și pe mucoasa de la nivelul palatului dur.

Ganglionii din toate regiunile măriți de volum, duri la palpate, mobili, insensibili și aplegmațici. Ganglionii submaxilari mai ales cei din dreapta ating mărimea unui ou de porumbel.

Examinările de laborator au arătat: R. W. negativă; albumină și puroi în urină negativ; radioscopia pulmonară indică hili măriți, confluenți, mai ales în dreapta. Desen accentuat intercleido-hilar drept, adenopatie paratraheală dreaptă; reacția la tuberculină pozitivă. Examenul istologic în leziunile ulcerative dela genitale arată leziuni tipice tuberculoase cu foliuli, cu celule epiteloidice și gigante. În leziunile micropapuloase de pe gambe aspect tipic de tuberculide papulo-necrotice.

Pentru diagnosticul leziunilor genitale ne putem gândi la ulcerul acut al vulvei care se exclude în baza evoluției clinice și a examenului microbiologic; tot în baza examenului microbiologic, prin lipsa bacilului Ducrey, se exclude șancrul moale; ulcerajunile de natură sifilitică se elimină pe baza lipsei de alte simptome de sifilis și a reacției W. negativă. Pentru ulcerajuni de natură tbc. pledează examenul histologic.

Afară de aceasta avem leziunile cutanate care prezintă caractere de tuberculide papulo necrotice, confirmate prin examenul biopsic.

Aspectul clinic al leziunilor bucale, apărute în timpul prezenței celorlalte leziuni descrise, ne face să ne gândim la aceeași etiologie.

În baza tabloului clinic și al examinărilor de laborator se impune diagnosticul de tuberculide papulo-necrotice, asociate cu ulcerajuni tuberculoase vulvare și ale mucoasei bucale.

Dr. L. POP și Dr. F. VERESS. Psoriază pustuloasă.

Bolnava G. S. de 30 de ani, văduvă, din comuna Bedeclu, intră în Clinică la 14 Mai 1937 pentru o dermatoză care durează de 2 săptămâni.

În antecedentele heredo-colaterale nu găsim nimic important, afară de faptul, că tatăl a murit de tuberculoză pulmonară; în acele personale deasemenea nimic de remarcant.

Referitor la boala de care suferă, bolnava declară, că înainte cu 2 săptămâni a avut un frison puternic. În același timp i s'au tumefiat extremitățile, gâtul și capul, producând prurit foarte intensiv. După ce și-a gratat pielea, a apărut erupțiunea pe întreaga suprafața pielii, pe care o prezintă și acum. După câteva zile membrele s'au desumflat, dar erupțiunea persistă.

La examenul obiectiv: bolnava mijlociu dezvoltată, slab nutrită, astenică.

Difuzat pe întreaga suprafața pielii, dar mai pronunțat pe membre, reg. presternală, precum și pe spate, respectând întrucâtva jurul centurei, pliurile axilare, spațiile poplitee, palmele și plantele, prezintă o erupțiune cutanată constituită în majoritate din niște eflorescențe eritemato-papulo-scuamoase.

Aceste eflorescențe sunt de formă rotundă-ovalară de mărimi variabile, dela aceea a unei gămălii de ac până la aceea a unei monede și mai mari. Sunt acoperite de niște scuame groase, stratificate, albe-surii, concentrice, rupeide, cără se detașează ușor ca o carapace, rămânând la bază o papulă eritematoasă cu un edem pronunțat acoperită cu o membrană roșie eritematoasă cu toate caracterile psoriazei, diferind numai prin o exudație remarcabilă. Majoritatea acestor leziuni este anturată de un halo eritematos. În unele locuri ca de exemplu pe antebrate și jurul gâtului ele confluează dând placarde și manșoane întinse cu margini policiclice bine delimitate și anturate de o zonă eritematoasă.

Pe abdomen și fețele interne ale gambelor unde erupțiunea este mai discretă putem urmări evoluția eflorescențelor.

Leziunile cele mai tinere sunt niște pustule superficiale conice de mărimea unor gămălii de ac care sunt grupate și așezate pe un fond eritematos. Aceste pustule confluează formând o bulă mai mare cu conținut purulent. Aceste leziuni concretizându-se dau naștere la niște formațiuni scuamo-crustoase groase, rupeide.

Între leziunile susamintite, mai cu seamă pe abdomen se observă un exantem scarlatiniform.

Fața și gâtul bolnavei sunt difuz eritematoase infiltrate și edemate, rigide, acoperite de scuame lameloase ușor detașabile. Vârful nasului și jurul gurei este întrucâtva respectat. Pleoapele în urma infiltrației nu se închid complet.

Pielea păroasă a capului este de asemenea îngroșată, eritematoasă, acoperită de scuame lameloase seboreice.

Subiectiv bolnava acuză dureri și arsuri la mișcările cele mai mici și senzație continuă de frig.

Starea ei generală este alterată, prezintă o astenie pronunțată și ascensiuni termice continue de 38-40°.

Din partea celorlalte organe și sisteme, nimic patologic.

Noi am administrat bolnavei calciu gluconat în injecții intramusculare, intern hiosulfat și salicilat de sodiu, iar local, exceptând abdomenul, oleu zincat. De câteva zile bolnava se simte puțin mai bine și prezintă o descuamație pronunțată lamboasă. Dela data de 20-VI. tabloul clinic se modifică, luând aspectul unei eritodermitis descuamative.

Această formă rară a psoriazei a fost descrisă prima dată de Zumbusch, iar primele cazuri erau observate de Kaposi și Hallopeau. Aceste cazuri diferă dela tabloul obișnuit al psoriazei, prin o exudație foarte pronunțată. După Nägeli microabcesele psoriazei descrise de Sabouraud iau dimensiuni mari, devenind manifeste și macroscopice. Cauza nu se cunoaște; într'un caz prin agravarea unui diabet, s'a transformat psoriaza vulgară în psoriază pustuloasă, la un alt caz arseno-terapia a produs transformarea.

După Kissmeyer trebuie să distingem 3 forme: 1. o formă acută febrilă. 2. o formă benignă cu localizare palmară și plantară, și 3. o formă benignă recidivantă generalizată.

Această diviziune e cam artificială, deoarece formele sunt amestecate și există o serie de forme de tranziție.

În cazul lui Zumbusch apariția pustulelor și generalizarea lor era acompaniată de febră ridicată și de un prurit chinuitor. Aceste cazuri sunt des mortale, fiind vorba de o adevărată septicemie. Debutul se face de multeori după aplicarea pastelor iritante, alteori fără cauză aparentă.

În majoritatea cazurilor, pustulizația apare la o psoriază inveterată, aici ar putea fi vorba despre o suprainfecție, fiindcă câteodată s'au găsit stafilococi; sunt însă descrise alte cazuri unde pustulizația este primară, transformându-se în cruste, apoi în scuame psoriazice. În aceste cazuri putem admite, că o dermatită pustuloasă constituie o cauză localizatoare, semănând cu fenomenul lui Köbner.

Deci psoriaza pustuloasă poate să aibă două origini. Poate să fie vorba de o infecție plogenă secundară psoriazei sau inițială, ea jucând un rol provocator în apariția psoriazei. Pe de altă parte printr'un mecanism patogenetic particular microabcesele lui Sabouraud se pot transforma în abcese mai voluminoase.

Anatomia-patologică confirmă deasemenea această ipoteză. Cazul nostru se încadrează în forma acută gravă a psoriazei pustuloase atât în ceea ce privește evoluția cât și aspectul clinic.

Dr. L. POP, Dr. N. COMȘA și Dr. F. VEREȘ: Un caz de tuberculoză papilomatoasă a mucoasei bucale.

Prezintă un caz de tuberculoză papilomatoasă a mucoasei bucale, fiind interesantă prin raritatea acestor fel de cazuri cât și pentru dificultățile diagnostice întâmpinate în diferențierea de procesele tumorale benigne și maligne și sifilis.

Bolnava Sz. E. de 26 ani, divorțată. În copilărie a suferit de pojar. Lucrează mult la mașina de cusut fiind croitoreasă, fapt care i-a provocat dureri toracice persistente.

Boala actuală datează de un an și două luni când a observat apariția unor leziuni erozive fisurale pe fața mucoasă a buzei inferioare. Leziuni similare apar succesiv în decurs de 1-2 luni și pe restul mucoasei bucale — modificându-se cu timpul și luând un caracter vegetant. Se prezintă la un medic care-i face un număr de 15 inj. de aur fără nici o ameliorare. Îi face apoi o serie de Neosalvarsan presupunând o inf. luetică deși R. W. era permanent negativă — dar nici după acest tratament nu a remarcat nici o regresie. A fost tratată în ultimul timp la Clinica Stomatologică cu diagnostic presumpțiv de cc. bucal fără nici o îmbunătățire.

Înainte cu 2 luni la intrarea în serviciul nostru se observă la nivelul mucoasei bucale și anume în șanțul labio-gingival inferior — pe mucoasa jugală în mod simetric — pe planșeul bucal sublingual extinzându-se și la nivelul gingivilor și pe stâlpii amigdalieni anteriori, o serie de excrescențe papilomatoase în parte solitare, parte grupate, de mărimi variabile, dela o gămălie de ac până la o boabă de fasole, unele de formă rotundo-ovalară cu suprafața înretăiată de o serie de șanturi adânci, altele turtite cu aspect de creastă cum se observă în șanțul labio-gingival inferior iar altele conice acuminate. Toate fiind implantate în mod sesil, de consistență moale, de culoare roșie gălbuie, cu o zonă congestivă inflamatorie a mucoasei în jur, unele mai prezentând fisuri la baza lor.

Subiectiv acuză dureri spontane dar mai ales provocate

cu ocazia masticației, deglutiției și fonajiei, încât s'au redus mult mișcările maxilare și linguale, vocea fiind voalată, nasozată, articulația normală a vorbirii stânjenită.

Ganglionii submaxilari sunt ușor măriți de volum, de consistență semidură, nedureroși și mobili.

R. W. Ex. urinei: Alb. puroulu, zahăr—negative.

Ex. radiologic: Pulmonar: Calcifieri hilare și un desen ondulant al hemidiafragmului drept, probabil un proces vechiu de pleurezie diafragmatică care a lăsat aderențe.

Tub digestiv — aerocolie — din cauza salivăției și deglutiției consecutive provocate, ducând la aerofagie.

Reacția la tuberculină (Koch) pozitivă.

Examen histo-patologic din un papilom excizat de pe planșeul bucal ne dă o hiperacanthosă exprimată cu papilomatoză; în derm se observă și infiltrații limfocitare, plasmatică, epiteloidă cu tendință de grupare în foliculi unde aflăm și celule gigante tip Langhans, fără tendință la necroză, o proliferare conjunctivo-vasculară.

Bazați pe etatea bolnavei, evoluția cronică, pe caracterele morfologice de excrescențe cu debut ragadiform de consistență moale, cu reacție inflamatorie în jur, întovărășite de o interesare discretă a ganglionilor regionali, reacție pozitivă la tuberculină, examenul pulmonar și confirmare prin examen histo-patologic, punem diagnosticul de tuberculoză bucală papilomatoasă, excluzând prin caracterele expuse alte procese vegetante tumorale benigne sau maligne, sifilitice, pemfigus vegetant etc.

În cazul nostru presupunem o tuberculoză pulmonară activă dar neevolutivă, care în urma unor momente anergizante a determinat prin intermediul expectorației sau pe cale sanguină mai puțin probabil inoculării la nivelul mucoasei bucale, caracterul papilomatos al leziunilor care denotă o benignitate atât a afecțiunii primare cât și a leziunilor locale, ar fi determinat pe de o parte prin raportul dintre starea alergică mai diminuată a organismului și numărul mic cu virulență redusă a bacililor, pe de altă parte prin influențele locale iritative mecanice, chimice și microbiene cari se întâlnesc în mod obișnuit în cavitatea bucală.

Ca frecvență în raport cu celelalte forme de tuberculoză bucală: gomoasă, ulcerosă, tumorală, elefantiazică, ftizie acută bucală, cea papilomatoasă este cea mai rar întâlnită. În literatură nu găsim descrise decât aproximativ un număr de 10—12 cazuri observate de Danlos, Fraenkel (1909), Blamontier, Ziusser, Jadasohn și Pautrier. În majoritatea lor fiind asociate și cu alte forme de Tbc. cutanată mai ales verucoasă în plus Blamontier din 5 cazuri în 4 o găsește asocială cu sifilis, sclerosă linguală și leucoplazie bucală.

Ca tratament noi am aplicat diafermo-coagularea vegetațiilor în ședințe repetate pe teritorii limitate sub anestezie locală cu novocaină, urmate de gargare cu apă oxigenată des repetate, în plus injecții cu Crisabine (în doze crescând 0,05—0,10—0,15—0,20—0,25 tot la 4 zile) în total 3,20, după cari cea mai mare parte din excrescențe sunt complet îndepărtate, locul lor fiind marcat prin niște cicatrici netede elastice.

Turburările funcționale bucale s'au ameliorat în mod apreciabil permițând alimentarea în condiții mai bune iar vorbirea a devenit mai clară și mai bine articulată.

REVISTA CĂRȚILOR

Dr. ION GLĂVAN: Titluri și lucrări științifice.

Fost elev al facultăților de medicină din București și Cluj, fost intern al diverselor servicii spitalicești chirurgicale și pediatrie, de sub conducerea unor valoroase autorități medicale, fost preparator și asistent al clinicei oftalmologice din Cluj, de sub conducerea maestrului Prof. Dr. Michail, fost secretar de redacție al „Revistei Sănătății”, f. medic șef al secției de boale de ochi a Spitalului Militar din Cluj, f. secretar general al Soc. Asistenților dela Fac. de Med. din Cluj, f. medic șef al Spitalului de ochi „Avram Iancu” al soc. orfanilor de război, premiat al Academiei Române, medic primar definitiv prin concurs al serviciului de oftalmologie al Spitalului din Oradea, membru al Soc. Regale pentru Istoria Medicinii, al Soc. Culturale „Cele trei Crișuri” etc. Președintele „Ateneului Român” din Oradea, directorul revistei „Vestul Medical”, Președintele „Soc. Științelor Medicale” din Oradea etc., este autorul unor valoroase cărți (6), articole științifice (23), comunicări (47), articole de popularizare (15), conferințe (7) și a unei frumoase activități ziaristice. Activitatea sa din domeniul medicinei științifice a pătruns și în literatura medicală mondială. Dinamismul neîncetat, o activitate culturală și profesională continuă și aleasă, o pricepere neîntrecută în a populariza știința, l-au desemnat pe dl Dr. Glăvan pe drept motiv la conducerea „Soc. Științelor medicale”, din Oradea și a revistei „Vestul Medical”, precum și la președinția „Ateneului Român” tot atâtea organisme cu o menire atât de frumoasă și impunătoare la granița de vest a țării. Fostul elev de pe vremuri al liceului „Trajan” din Turnu-Severin, de mai mulți ani, reprezintă pe malul celor trei Crișuri sentinela demnă, vigilentă și activă a culturii și a medicinei românești.

Doc. Dr. AXENTE IANCU

Buletinul Societății de Psihologie Medicală Vol. III. Sibiu.

Activitatea Societății este continuată într'un ritm viu, caracterizat printr'un elan activ, manifestat încă dela încheierea Societății. Buletinul constituie oglinda fidelă a acestei activități. Volumul Nr. 3 ne este prezentat cu următorul sumar: Dr. I. Stoichița: Importanța organizării Igienei și Profilaxiei mintale. Docent Dr. Axente Iancu: Fenomenul căderii simultane a verucelor și a crustelor variceloase în lumina sugestiei și a umbinologiei. Dr. Grigore Odobescu: Le caractere et la vie sociale. Dr. L. Bologa: Note de Psihologie infantilă. Dr. Mareș Cahane: Asupra tratamentului anorexiei mintale. Dr. G. Preda: Cadrul Igienei și Profilaxiei mintale. Dr. Popescu-Sibiu: Aspectul psihologic și social al psihoterapiei. Urmează o dare de seamă asupra ședințelor științifice ale Soc. de Psihologie medicală, unde făc comunicări ori în conferințe: d-rii Preda, Bologa, Th. Stoenescu, Balca, Ionașiu, I. Pitariu, Popescu-Sibiu, S. Cupcea. Roșca, în total 35. În partea doua a buletinului, dl Dr. Gh. Preda, Inspector General Sanitar și președintele Societății face o dare de seamă asupra activității Spitalului de boli mintale și nervoase din Sibiu pe anul 1936, iar dl Dr. Liviu Ionașiu directorul ospiciului pentru cronici mintali din Răul-Vadului, face o dare de seamă pe acelaș an asupra activității instituției de sub conducerea d-sale. Societatea de psihologie medicală este creată în cadrul „societății de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie, Endocrinologie și Medicină Legală” din România.

Docent Universitar Dr. AXENTE IANCU

CONGRESE MEDICALE

I-a Săptămână Medicală Internațională Salsomaggiore (Italia)

(29 August—5 Septembrie 1937)

Sub președinția de onoare a D-lui Senator
Paolo Thaon De Revel, Ministru de Finanțe
și

Președinția efectivă a D-lui Senator Profesor NICOLA PENDE

Duminică 29 August:

ora 10. — Ședința inaugurală la Regie Terme Berziera

ora 16. — Recepția congresiștilor la Poggio Diana.

Luni 30 August 1937:

ora 10. — Profesor *Delore* (Lyon). »Medicina și știința omului«.

ora 11. — Proiecțiunea unui film sonor al Profesorului *N. Pende*: »Selecțiunea științifică a sportivilor și a viitorilor atleți«.

ora 16. — Profesor *Temesvary Miklos* (Budapesta): »Endocrinologia gynecologică cu privire specială asupra amenoreei« (cu film demonstrativ).

Marți 31 August 1937:

ora 10. — *Dr. Cawadias* (Londra): »Prevențiunea insuficiențelor gonadale la adolescenți«.

ora 11. — Profesor *N. Pende*: »Proiecțiunea de cazuri de anomalii de dezvoltare sexuală la adolescenți și cura preventivă a sterilității masculine și feminine«.

ora 16. — Profesor *Acconci* (Genova): »Asupra legilor și prevederilor guvernului italian în câmpul preventiv al sterilității feminine«.

Mercuri 1 Septembrie 1937:

ora 10. — Profesor *H. Vignes* (Paris): »Terapeutică termominerală în gynecologie«.

ora 11. — Profesor *Theodor Brugsch* (Berlin): »Insuficiența ovarică și constituțiunea«.

Joi 2 Septembrie 1937:

ora 10. — *Geheimrat Prof. Seitz* (Frankfurt A/M.): »Asupra turburărilor endocrine la femei și tratamentul lor prin cure balneare«.

ora 11. — Profesor *Alfiert* (Milano): »Maladiile gynecologice curabile la Salsomaggiore«.

Vineri 3 Septembrie 1937:

ora 10. — Profesor *Bernard Aschner* (Viena): »Probleme actuale de gynecologie și terapie constituțională«.

ora 11. — Doctor *Martiny* (Paris): »Specificitatea biologică«.

ora 16. — Profesor *Cova* (Torino): »Femeea sportivă și funcțiunea maternă«.

Sâmbătă 4 Septembrie 1937.

ora 10. — Profesor *C. Daniel* (București): »Terapeutică sterilității feminine și acțiunea favorabilă a apelor și tratamentelor termale«.

ora 11. — Profesor *Gaifami* (Roma): »Leziuni gynecologice prepuberale și profilaxia sterilității«.

ora 16 — Închiderea congresului.

S'au organizat recepțiuni, concerte, serate dansante și muzicale, excursiuni la Parma și Cremona, acordându-se reduceri de 50% pe Căile ferate italiene.

Inscrieri și informațiuni la: Secretariatul General al »I-a Settimana Medica Internazionale« din Salsomaggiore (Italia).

INFORMAȚIUNI

Curs de perfecționare despre tuberculoză.

Clinica medicală din Cluj. în colaborare cu alte institute și cu concursul mai multor fiziologi din țară și streinătate, organizează și în anul acesta între 27 Septembrie și 7 Octombrie un curs teoretic și practic de perfecționare în diagnosticul, tratamentul și profilaxia tuberculozei pulmonare pentru medici și absolvenți. Programul detaliat se va publica ulterior. Numărul participanților este limitat la 30 pentru ca să poată lua toți parte la lucrările practice. Cursul se va ține numai dacă până la 1 Septembrie se fac cel puțin 10 înscrieri. Taxa de participare de 500 lei se va trimite deodată cu cererea de înscriere d-lui Docent Dr. L. Daniello, clinica Medicală Cluj.

*

Domnii autori sunt rugați și pe calea aceasta cu insistență, să bine voiască a anexa la articolele care le trimit spre publicare în »Clujul Medical« și un scurt rezumat, cum este indicat și pe pagina penultimă a copertei la »Note și informațiuni«. Fără acest rezumat, articolele nu vor fi publicate.

»Redacția Clujul Medical«

*

A APĂRUT: **MEDICINA LEGALĂ** în conformitate cu dispozițiunile Codului Penal și ale Procedurii Penale Regele Carol al II-lea, de: *Profesor Dr. M. Kernbach*, cu 207 figuri (10 în culori). — 744 pagini. — Prețul Lei 520. — De vânzare la toate librăriile din țară și la administrația Universității Cluj.

*

AVIZ. La revista »Clujul Medical« se pot face traduceri de articole medicale din limba română în cea franceză și germană, din limba germană în cea franceză și din limba maghiară în germană! Prețul e 100 lei pagina scrisă la mașină, plătitibil la preluarea traducerii.

Numele proprietarului și data de când e proprietar al localului :

..... 19

..... 19

..... 19

..... 19

..... 19

Str. Nr.

Nr. Circ.

Data luării în evidență 19

SERVICIUL SANITAR ȘI DE OCROTIRE AL MUNICIPIULUI CLUJ
Controlul sanitar al atelierelor de orice natură, până la 20 muncitori, sau 5 cai putere

FIȘA DE CONSTATARE

Completată de

Felul industriei

care funcționează în actualul local dela 19....., cu, fără autorizația Consiliului de Igienă Nr.

Felul Muncii și al produselor

Situația (în pivniță, subsol, parter, etaj)

Numărul muncitorilor : B. F. ucenici : B. F.

Timpul de lucru : dimineața după amiazi

Dimensiunile sălilor, felul pardoselei și destinația încăperilor :

	Lung. m.	Lăț. m.	Inălț. m.	Pardoseala din :	Destinația încăperii :
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					

	DATA VIZITELOR							
Curățenia pereților și a tavanului								
Curățenia pardoselei .								
Curățenia geamurilor .								
Scuipătoare în fiecare atelier								
Lumina naturală suficientă								
Lumina artificială suficientă și bine amenajată								
Ventilația naturală suficientă								
Necesitatea ventilației artificiale (da sau nu)								
Utilizarea polizoarelor (da sau nu)								
Exhamator la polizoare (da sau nu)								

NOTĂ: Condițiile bune se notează cu semnul +, condițiile necorespunzătoare se notează cu semnul -, iar lucrurile inexistente cu semnul 0.

Există în aer fum, praf, sau vapori de apă (da sau nu)																				
Instalațiunile electrice bine izolate																				
Mașinile și uneltele bine întrebuințate pentru evitarea accidentelor .																				
Existența galeriei de lucru (da sau nu) . .																				
Haine de lucru potrivite																				
Dulap pentru haine .																				
Loc potrivit pentru mâncat																				
Păstrarea alimentelor în loc potrivit																				
Apă de băut din apeduct																				
Pahare individuale pentru băut apă																				
Mijloace pentru spălat pe mâini																				
Cutie de prim-ajutor .																				
Closete cu apă și canal																				
Curat menținute . . .																				
Dormitorul ucenicilor, dimensiunile																				
Curat ?																				
Câte paturi are ? . .																				
Câți dorm în ele ? . .																				
Curățenia curții și altor dependențe și enumerarea lor																				
Condica de control sanitar																				

V. Observații:

VI. Contravenții (procesele verbele dare în judecătătă):

VII. Somații:

Completată de:

.....
(semnătura)

Numele proprietarului și data de când e proprietar al localului :

Str. _____ Nr. _____

19 _____

19 _____

19 _____

19 _____

19 _____

Nr. _____ Cîrc. _____

Data luării în evidență _____ 19 _____

SERVICIUL SANITAR ȘI DE OCROTIRE AL MUNICIPIULUI CLUJ
Controlul sanitar al restaurantelor, cafenelelor, bodegilor, cârciumelor, cofetăriilor,
lăptăriilor și a altor localuri unde se consumă alimente

FIȘA DE CONSTATARE

Completată de _____

Felul localului _____

care funcționează în actualul local dela data de _____ cu, fără auto-
rizația Consiliului de Igienă Nr. _____

Felul alimentelor și altor produse ce se debitează _____

Numărul angajaților: B. _____ F. _____ ucenici: B. _____ F. _____

Timpul cât e deschis localul _____

Dimensiunile felul pardoselei și destinația încăperilor :

	Lung. m.	Lăț. m.	Înălț. m.	Pardoseala din:	Destinația încăperii:
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					

DATA VIZITELOR

I. Curățenia generală:									
Pereții și tavanul . . .									
Pardoseala									
Geamurile									
Sculptoare în fiecare sală									
Apeduct în bucătărie . .									
Legătură la canal . . .									
Ventilația bucătăriei și a altor săli									
Lumina naturală suficientă									
Conținătoare metalice acoperite, pt. resturile alimentare și murdărie									
Ușile și geamurile dela bucătărie cu sită din sârmă									
Spălător pentru public cu ștergare și săpun .									

NOTĂ: Condițiunile bune se notează cu semnul +, condițiunile necorespunzătoare se notează cu semnul -, iar lucrurile inexistente, sau fără interes cu semnul 0.

Numele proprietarului și data de când e proprietar al localului:

Str. _____ Nr. _____

19 _____

19 _____

19 _____

19 _____

19 _____

Nr. _____ Circ. _____

Data luării în evidență _____ 19 _____

SERVICIUL SANITAR ȘI DE OCROTIRE AL MUNICIPIULUI CLUJ
Controlul sanitar al măcelăriilor, mezelăriilor și al atelierelor pentru prepararea produselor de măcelărie și mezelărie

FIȘA DE CONSTATARE

Completată de _____

Felul localului _____

care funcționează în localul actual dela data de _____ cu, fără auto-rizația Consiliului de Igienă Nr. _____

Numărul angajaților: B. _____ F. _____ ucenici: B. _____ F. _____

Dimensiunile felul pardoselei și destinația încăperilor:

	Lung. m.	Lăț. m.	Inălț. m.	Pardoseala din:	Destinația încăperii:
a)					
b)					
c)					

DATA VIZITELOR

Aspectul exterior curat și estetic									
Vitrina curată și izolată de accesul insectelor .									
Pereții interiori cu faianță, sau vopsiți în ulei până la înălțimea 1.80 m. Curat păstrați									
Curățenia pereților . .									
Geamuri curate									
Pardoseala curată și ordine în local									
Sculpător în fiecare încăpere									
Apeduct în local									
Gură de canal în pardoseala localului									

NOTĂ: Condițiile bune se notează cu semnul +, condițiile necorespunzătoare se notează cu semnul -, iar lucrurile inexistente, sau fără interes cu semnul 0.

Numele proprietarului și data de când e proprietar al localului :

Str. _____ Nr. _____

19

19

19

19

19

Nr. _____ Circ. _____

Data luării în evidență _____ 19 _____

SERVICIUL SANITAR ȘI DE OCROTIRE AL MUNICIPIULUI CLUJ

Controlul sanitar al prăvăliilor de coloniale, băcăniilor, prăvăliilor de vândut alimente și depozite de alimente (fără consumație la fața locului)

FIȘA DE CONSTATARE

Completată de _____

Felul localului _____

care funcționează în localul actual dela data de _____ cu, fără autorizația Consiliului de Igienă Nr. _____

Felul alimentelor ce se vând s'au depozitează _____

Numărul angajaților : B. _____ F. _____ ucenici : B. _____ F. _____

Dimensiunile felul pardoselei și destinația încăperilor :

	Lung. m.	Lăț. m.	Inălț. m.	Pardoseala din:	Destinația încăperii:
a)					
b)					
c)					

DATA VIZITELOR

Curățenia pereților și a tavanului									
Curățenia pardoselei .									
Scuipătoare în loc potrivit									
Lumina naturală suficientă									
Păstrarea la gheață a untului și a altor alimente alterabile . .									
Izolarea alimentelor de gheață									

NOTĂ: Condițiunile bune se notează cu semnul +, condițiunile necorespunzătoare se notează cu semnul --, iar lucrurile inexistente, sau fără interes cu semnul 0.

