

CV 1215

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 860

Când trebuie început tratamentul sifilisului ?
Cât trebuie să dureze tratamentul ?
Technica unei injecțiuni intra-musculare



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Presentată și susținută la 28 Junie 1906

DE

NICOLAE I. DEMETRIAD

intern definitiv al Spitalelor



BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „VOINTA NAȚIONALĂ”

CALEA VICTORIEI, 56 — STRADA ACADEMIEI, 17

1906



* 4 4 0 0 3 0 3 9 *

Biblioteca UMFST

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 860

Când trebuie început tratamentul sifilisului ?
Cât trebuie să dureze tratamentul ?
Technica unei injecțiuni intra-musculare



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

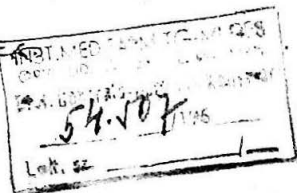
Presentată și susținută la 28 Junie 1906

DE

NICOLAE I. DEMETRIAD

intern definitiv al Spitalelor

23 MAY 2005



BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „VOINTA NATIONALA”

CALEA VICTORIEI, 56 — STRADA ACADEMIEI, 17

1906

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D. profesor Dr. MĂLDĂRESCU N.

PROFESORI:

<i>Chimia medicală</i>	D. Dr. ATHANASESCU N.
<i>Anatomia patologică</i>	} " " BABEȘ V.
<i>Bacteriologia și patologia experimentală</i>	
<i>Clinica II-a medicală</i>	" " BUICLIU CHR.
<i>Medicina experimentală</i>	" " CANTAGUZINO I.
<i>Medicina operatorie</i>	" " DEMOSTHENE ATH.
<i>Clinica și teoria obstetricală</i>	" " DRĂGHIESCU D.
<i>Anatomia topografică</i>	} " " IONESCU TH.
<i>Clinica II-a chirurgicală</i>	
<i>Farmacologia și Terapeutica</i>	" " MĂLDĂRESCU N.
<i>Oftalmologia și clinica oftalmologică</i>	" " MANOLESCU N.
<i>Clinica boalelor nervoase</i>	" " MARINESCU GH.
<i>Fizica medicală</i>	" " MICULESCU C.
<i>Medicina legală</i>	" " MINOVICI M.
<i>Istologia normală și Embriologia</i>	" " OBREGIA AL.
<i>Fiziologia umană</i>	" " PAULESCU N.
<i>Clinica dermatologică și sifilografică</i>	" " PETRINI-GALĂȚI M.
<i>Anatomia descriptivă</i>	" " PETRINI PAUL
<i>Patol. chir., bandaje și apar. de fracturi</i>	" " RÔMNICEANU GR.
<i>Clinica I-a chirurgicală</i>	" " SEVEREANU C.
<i>Zoologia medicală</i>	" " SHILEANU ȘT.
<i>Clinica I-a medicală</i>	" " STOICESCU GH.
<i>Clinica mentală</i>	" " SUTZU AR.
<i>Patologia generală</i>	" " THEODORI I.
<i>Clinica infantilă</i>	" " THOMESCU N. C.
<i>Patologia medicală</i>	" " THOMESCU I. T.
<i>Botanica medicală</i>	" " VLĂDESCU M.

AGREGAȚI:

<i>Clinica III-a chirurgicală</i>	D. Dr. ANGHELESCU C.
<i>Chimia analitică</i>	" " MINOVICI ȘT.
<i>Higiena și poliția sanitară</i>	" " SION V.
<i>Farmacia chimică și galenică</i>	" " GEORGESCU M.

AGREGAȚI PROVIZORII:

<i>Clinica boalelor oto-rino-laringologice</i>	D. Dr. FELIX EUG.
<i>Anatomia topografică</i>	" " GEROTA D.

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D. PROF. DR. PETRINI-GALĂȚI

Membri: }
" " " N. MALDARESCU-Decan
" " " GH. STOICESCU
" " " D. DRĂGHIESCU
" Agregat def. C. ANGELESCU

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobar.

D-lui Prof. Dr. M. Petrini-Galatz

Profesor de Clinică Dermato-Sifilografică la Facultatea de Medicină din București
Medic Primar al Spitalului Colțea
Membru corespondent al Academiei de Medicină din Paris și al Societății Imperio-Regale
a Medicilor din Viena
Membru titular al Societății de Sifilografie și Dermatologie din Paris și membru
corespondent al aceleiași Societăți din Austria, Germania și Italia
Membru asociat al Societății de Antropologie din Paris
Fost director general al Serviciului Sanitar
Președinte și fondator al Soc. pentru profilaxia tuberculozei și asistența tuberculoșilor săraci
Fondator al primului Sanatoriu pentru tuberculoși în România

Imi permit să vă dedic modesta mea lucrare rugându-vă respectuos a o primi ca un omagiu de admirațiune pentru omul savant și integru, Profesorul desăvârșit, și ca recunoștință pentru atențiunea, instrucțiunea și sfaturile părintești ce mi-ați dat în tot timpul cât am avut onoarea de a fi intern în serviciul ce cu atâta maestrie conduceți.

Părinților mei

Iubire și recunoștință nestrămutată

D-lui Prof. Dr. Măldărescu

Profesorilor mei

Șefilor mei de Serviciu de Spital

Mulțumiri și Recunoștință.







INTRODUCERE

Subiectul ce-mi propun a trata este unul dintre cele mai vaste. S'a scris și s'a discutat mult. *Când trebuie început tratamentul unui Sifilitic* nu mai puțin s'a discutat *Cât timp trebuie să dureze acest tratament și care metoda ar fi mai preferabilă?* Cu toate discuțiunile însă părerile sunt încă controversate. Fie-care maestru își are metoda și părerile lui, «*Quot capita tot sensus*».

Autori francezi, englezi, germani s'au ocupat mult cu aceste chestiuni și așa putea zice că n'a fost congres de Dermatologie și Sifilografie ca una, sau ambele chestiuni să nu fie aduse în discuție. Părerile metodei școlii franceze pare că predomină.

În țara noastră afară de scrierile și comunicările la diferite congrese ale d-lui profesor doctor PETRINI-GALATZ, aproape nu există scrieri în acest sens.

Din îndemnul d-lui profesor PETRINI-GALATZ m'am decis, să fac teza asupra acestor chestiuni pentru a împrietări în literatura noastră medicală păreri și discuțiuni ce par a satisface aceste chestiuni.

N'am pretenția a aduce lucruri noi în teza mea și mă țin de principiu școlăresc de a trata o chestiune după ce am învățat-o, și am studiat-o în anii mei de studiu.

Căutând să răspund asupra chestiunilor ce mi-am propus să tratez fac mai mult o disertațiune.

N'am avut poate, nici timpul de a arăta lucruri bazate pe o experiență proprie ci arăt mai mult idei căpătate și fapte observate, și adevărate zilnic prin practica făcută

în serviciul șefului meu. Ca un adaos la aceste chestiuni cu credința ca lucrarea mea ar putea fi necesară ori-cărui medic nespecialist în astă materie, am făcut *Technica unei injecțiuni intra-musculare*.

În acest capitol voi arăta în ce loc, cum trebuie să se facă o injecțiune cu (o sare) un compus mercurial insistând asupra metodei maestrului în serviciul căruia am văzut-o făcută cu excelente rezultate.

Lucrarea mea va cuprinde 3 chestiuni :

1) Când trebuie început tratamentul unui sifilitic ?

Chestiunea ce încep cu o disertațiune asupra relor ce produc infecțiunea sifilitică.

2) Cât trebuie să dureze tratamentul ?

Chestiune în a cărei parte inițială vorbesc puțin și foarte pe scurt de istoricul tratamentului anti-sifilitic, metodele întrebuintate, discuția a diferitelor idei.

3) *Technica injecțiilor cu compuși mercuriale solubili și insolubili.*

În partea primă a acestei chestiuni fac anatomia topografică a regiunii în care se practică de cele mai dese ori aceste injecțiuni, servindu-mă chiar de câte-va figuri.

Negreșit fie-care chestiune e împărțită în capitolele ce am crezut de cuviință, având la sfârșitul tezei concluziunile și considerantele practice ce rees din discuție.

CAND TREBUE INCEPUT TRATAMENTUL

CAPITOLUL I.

Sifilisul trebuie tratat. — Neplăcerile ce aduce netratarea lui.

Este astăzi un fapt cunoscut, nu numai de lumea medicală, dar și de profani că sifilisul boală cronică și infecțioasă a organismului nu se poate vindeca «sponte sua», fără nici un tratament, numai prin forțele naturii. Părerea aceasta a avut dată credit; astăzi mai toți sifiligrafii moderni sunt de părere că infecțiunea sifilitică trebuie tratată energic.

Negreșit, numai cine n'a putut vedea desastroasele urmări ale sifilisului netratat, cine nu și-a putut da seama de reul ce-l produce în societate, numai acela ar mai putea fi adept al acestei idei ruginite aproape preistorică.

Acei ce se ocupă cu această specialitate și mai toți medicii în general au putut vedea ce devine un sifilitic netratat, tratat prost, incomplet, dar mai ales acela ce a lăsat boala să evolueze după bunul ei plac «sponte sua»; ei ajung toți sau mai toți la terțiarism.

Și iată ce zice profesorul FOURNIER relativ la această chestiune: «Je ne connais guère d'exemples de sujets syphilitiques qui ayant abandonné leur maladie à son évolution spontanée, n'aient pas tôt ou tard soldé leur imprudence par quelque accident tertiaire plus ou moins sérieux».

1) Prof. FOURNIER Traitement de la syphilis.

Ceva mai mult, zice el, din 221 de indivizi cari n'au făcut nici un tratament, care n'au înghițit nici odată în timpul boalei lor un atom de mercur, mai toți au fost atinși de manifestațiuni terțiare de diverse feluri sau mai bine zis de toate felurile.

Faptul e foarte exact și acei ce au urmat importanța clinică Dermato-Sifiligrafică a distinsului nostru maestru, d-lui profesor doctor PETRINI-GALATZ s'au putut convinge de veracitatea lui.

În timpul anilor mei de internat clasificăția mi-a dat și mie ocaziunea de a fi intern în acest important serviciu pe care îl vizam de mult pentru instrucțiunea mea, și a'și putea cită foarte multe cazuri, văzute atât în serviciu cât și la consultațiunile (gratuite) ce d-nul Profesor acordă gratuit din inițiativă proprie și foarte laudabilă de 3 ori pe săptămână. Cazurile erau mai dese la oamenii de la țară.

Dar numai asupra individului atins are oare sifilisul așa urmări grele ducându-l la terțiarism?

Nu. Să nu ne gândim numai că în căsnicie este unul din instigatorii cei mai de temut al divorțului sau al netraielui, să ne gândim la pericolul contaminărei căci un sifilitic poate să contamineze toată familia, pe toți cei ce vin în contact cu el, și dacă mai voiți exemple v'ași putea cită numeroasele cazuri; cazuri desastroase ale sifilisului ereditar.

Știm bine cum această boală se transmite asupra descendenților indivizilor sifilitici cari nu și-au făcut tratament, sau care și l'au făcut insuficient.

Inrăurirea acestei boli este mai multă, mai puternică în anii cei dântăiu ai infecțiunei, putând însă să se prelungească și în epoce mai înaintate ale diatezei. Dezastrele aci sunt mari și cu atât mai de luat în seamă cu cât lovesc mai mult speranțele, bucuria părinților... Avorturi, nașteri înainte de termen de feți morți sau muribunzi sau chiar copii la termenii însă sifilitici, cari de obicei mor după un anumit timp, slăbănogi, piperniciți cari dacă trăesc spre nenoroci-

rea lor și a părinților duc o viață mizerabilă nesuferită.

Sunt citate în Literatură cazuri de 7—8 avorturi în sir ; Inchipuți-vă desilusiile tinerilor căsătoriți nesiguranța ce se poate naște de aci, neplăcerile ce se pot ivi pentru fiecare soț în parte neștiindu-se asupra cui să cadă răspunderea !

Cu tratamentul aceste nenorociri dispar ; n'avem de cât să cercetăm statistice referitoare la mortalitatea heredо-sifiliticilor ; negreșit vorbind de indivizi tratați și netratați.

Profesorul FOURNIER da statistica de $\frac{3}{100}$ la sifilisul tratat. Și judecând este încă o cifră însemnată dar ia să ne Inchipuim ce este cu odrasla neglijenților și a indiferenților ?

Iată ce statistică da profesorul FOURNIER privind pe sifiliticii cari s'au însurat nefiind tratați destul, sau de loc pentru boala lor :

Tabela ce urmează e înstituită pe 14 indivizi din clientela sa privată ale căror femei la un loc au avut 45 sarcini :

Copii care trăesc dintre.	8
care 6 atinși de sifilis	
Avorturi sau nașteri de	29
copii făcuți morți	
Copii morți la puțin timp după naștere	8
	<hr/>
	45

Deci cam 82 morți pentru 100 și dacă am compara această tabelă cu cea dintăiu cu proporția de $\frac{3}{100}$ avem o regulă matematică de importanța ce are tratamentul.

Din fericire sunt puțini aceștia cari nu se tratează azi când mai toți își dau seama de răul boalei, afară negreșit de aceia ce n'o cunosc și n'au de unde ști urmările ei ; țărani mai ales sunt atinși.

Satele noastre sunt infectate de soldați congediați și cum e obiceiul la țară că după armată să se insoare un

țaran ; Inchipuiți-vă ce va fi cu descendenții, lui socotiți încă în ce stare proastă se află serviciul medical în satele noastre, îndărătnicia și necăutarea bolnavilor de aci și cu toate aceste prezente în memoria d voastră dați-vă seama că țăranul nenorocit e talpa țării, el duce greul. Statistica sifiliticilor din țara noastră ține recordul celorlalte în această chestiune, poate mai mult decât în celelalte fiind clasată printre cele d'întăiu.

Cei în drept ai noștri ce trâmbează zilnic în dife-rite adunări, patriotismul lor ar trebui să se gândească că pe lângă multele de care e lipsit țăranul nostru, căutarea și supravegherea medicală precum și sfaturile necesare să nu-i lipsească. Dintr'o inițiativă nobilă, dintr'un patriotism sincer, printr'o conducere inteligentă, printr'o cinste exemplară ; și nu cu puțină muncă s'a clădit de către oamenii noștri de bine un «Sanatoriu și Spital» pentru tuberculoșii noștri ; n'ar fi oare timpul să ne îngrijim și de sifiliticii noștri pentru a putea da țării niște viăstare frumoase, puternice, niște soldați sănătoși și demni ai gloriei străbune.

Acestea zise, socotind răul ce aduce infecțiunea sifilitică în omenire desastroasele ei urmări ar fi de sigur bine ca orce sifilitic cum e constatat ca atare să fie supus cât mai din vreme la tratament subț îngrijirea și supravegherea de aproape a unui medic.

CAPITOLUL II

Un proverb din bătrâni zice : «Trebue bătut ferul cât e cald» trebue combătut răul de la început.

Cu cât vom începe deci tratamentul unei boli mai din vreme cu atât vom fi mai siguri de efectul lui de a ameliora boala, de a îndrepta starea bolnavului nostru, de a preveni de multe ori complicațiunii supărătoare pentru el, cu atât vom lucra deci mai în bine asupra diatezei. Cred că în puține boale acest adevăr pare mai evident ca în sifilis. În adevăr, lăsând la o

parte cazurile excepționale, observațiunea practică și experiența zilnică arată că : cu cât tratăm un sifilis mai de la început cu atât se va influența mai lesne de tratament, manifestațiunile lui vor fi mai ușoare, mai atenuate și din contră cu cât vom întârzia mai mult cu tratamentul sau chiar dacă nu administrăm dosa suficientă de mercur, boala va fi mai recalcitrantă la acțiunea agenților terapeutici, manifestațiile următoare mai grave, recidivele mai dese.

Faptul este foarte natural și să-mi permit un exemplu foarte demonstrativ, dacă a-și compara tratamentul ce facem unui bolnav de sifilis ; cu o luptă contra unui inamic căci, în adevăratul înțeles al cuvântului luptă ducem contra unui inamic cum e sifilisul, acest flagel care aduce atâtea rele organismului atins ; ar fi în adevăr un fapt de bun simț, un plan de strategie puțin complicată, elementară chiar, ca fiind pregătiți să atacăm noi pe dușman înainte ca el să prinză rădăcini puternice, să-și facă întărituri pe terenul nostru. Deci cu cât vom ataca boala mai din vreme «ab ovo» vom avea mai multe perspective că bolnavul nostru va merge mai bine, cu atât îl vom conserva mai mult de manifestațiile ce boala lui promite în viitor.

Profesorul FOURNIER zice : «Si vous en avez la choix attaquez la vérole plus tôt que plus tard».

E astăzi un fapt dovedit prin observațiunile de toate zilele că dacă nu se institue tratamentul imediat ce infecțiunea e stabilită, manifestațiile secundare sunt mai confluențe, mai numeroase, mai grave, mai greu cedează tratamentului, și că atunci când tratamentul antisifilitic este instituit imediat după accidentul primitiv după șancrul sifilitic primele manifestații sunt rare foarte discrete. Faptul este în afară de orice contestație, repet, *tratamentul, imediat micșorează în mod vădit perioada secundară atât ca număr cât și ca intensitate a manifestațiilor ce apar mai benigne.*

În timpul cât am avut onoarea de a fi intern în servi-

ciul d-lui profesor PETRINI-GALAȚI, am observat foarte deseori bolnavi ce prezentau manifestațiuni secundare foarte rare, foarte discrete și din observațiile mai tuturor acestor bolnavi, reeșea că ei își făcuseră cândva în cursul boalei lor tratament mercurial, cei mai mulți la apariția șancreului lor sifilitic

Mi-am putut forma atunci convingerea de veracitatea faptului. Dar ceea ce mi-a desăvârșit această convingere, a fost un caz ce acum îl am încă perfect în minte, și asupra căruia d. profesor mi-a atras atunci atenția.

Eră vorba de un bătrîn (care în urmă a făcut o pneumonie) care s'a presintat în serviciu cu un șancre sifilitic tipic.

Șeful meu, i-a instituit imediat tratamentul, atrăgându-ne în același timp atenția și asupra faptului că fiind bătrîn, slab, sifilisul lui ar face mari rele asupra organismului lui.

I s'a făcut imediat o injecțiune de calomel 0,06 cgr. pe siringa de 1 gram, tratamentul i s'a urmat astfel, făcându-i-se la 5 zile o injecție.

Bolnavul acesta a avut manifestațiunile secundare, în serviciu chiar sub ochii noștri. Roseola lui eră abia vizibilă, foarte palidă, a fost foarte fugace; ici coela se putea observa niște efflorescențe papuloase foarte discrete și de un contur foarte mic, nu aveă mai de loc dureri de cap.

Cazul acesta l'am relatat socotindu-l foarte probant. Ei bine, având pentru sifilis o armă atât de puternică și de sigură cum este mercurul, găsec că ar fi irațional; că ar fi aproape o crimă de a nu institui bolnavului tratamentul imediat ce infecțiunea e stabilită, imediat ce a apărut accidentul primitiv. Și tuturor medicilor adepți ai vechei școale germane, partisans ce susțineau ca să nu se înceapă tratamentul decât după apariția roseolei le-ași răspunde prin sfatul lui HUTCHINSON ajuns astăzi maximă, care vorbind despre tratament zice :

1) «Il est impossible de le commencer trop tôt» dar :

1) Ph. Ricord «Lettres sur la Syphilis» 1891.

CAPITOLUL III.

**Se poate pune oare așa ușor diagnosticul sancru-
lui sifilitic? Se poate oare așa repede
institui tratamentul?**

Chestiunea aceasta presintă o importanță capitală și e cu atât mai greu de răspuns la ea cu cât ne dăm seama cât este de greu de multe ori de a preciza infecțiunea stabilită, de-a pune deci diagnosticul accidentului primar, dată când după cum mai discutarăm trebuie început tratamentul.

Toți sifiligrafii moderni, școala franceză în cap cu FOURNIER, susțin această părere.

D-nul profesor PETRINI-GALATZ, spune de asemeni că ar fi bine ca data apariției sancrului sifilitic tipic, infecțiunea diagnosticată, să fie semnalul începerei tratamentului.

Dar ce este accidentul primar inițial?

Sifilisul, după cum se știe, este o boală infecțioasă datorită unui virus infecțios, sau pentru a fi mai corect o boală microbienă datorită unui microb ce-ar putea fi după părerea unor sifiligrافي Spirocheta lui SCHAUDIN și HOFFMAN.

Infecțiunea pătrunde în organism printr'o soluție de antinuitate a pielii, poarta de intrare, locul acesta pe unde pătrunde germeul în organism, cu transformările ce încearcă, deci acest prim fenomen de a se traduce al boalei, este ceea ce se numește sifilomul primar, *Sancrul sifilitic*.

Cum se presintă acest sancru sifilitic?

Se prezintă sub forma unei eroziuni, a unei plăci cu o bază dură aproape scleroasă une-ori bine delimitată aproape fără reacție inflamatorie de jur împrejur cu margini bine definite; nedureros când e apucat

între 2 degete cu suprafața prea puțin sau de loc ze-muindă. Ceace caracterizează însă mai bine leziunea este adenopatia de care e întovărășit; ganglionii vecini sunt prinși nedureroși la presiune, neaderenți de piele liberi, adenopatia aceasta e adese-ori poliganglionară caracteristică întovărășește întotdeauna, șancrul sifilitic și nu se găsește așa caracteristică în nici o leziune venerienă. Se distinge un ganglion mare dur, întovărășit de o pleiadă de ganglioni mici ce par a fi copii lui.

FOURNIER numește aceasta : pleiada lui RICORD sau: «Le boubon fatal».

Această adenopatie apare în totdeauna înainte de sfârșitul celei de a doua săptămână după infecțiune, ar fi dar necesar une-ori ca în facerea diagnosticului să așteptăm ivirea pronunțată a adenopatiei.

Cei dintăiu ganglioni ce se prind sunt cei mai de aproape și cum ?

Cînd leziunea este pe linia mediană atât ganglionii din dreapta cât și cei din stînga sunt prinși, cînd leziunea e în dreapta ganglioni prinși sunt cei din dreapta, faptul însă nu este constant se întîmplă foarte des ca ganglionii prinși să fie cei de partea opusă șancrului. faptul se explică lesne prin încrucișarea limfaticilor din acea regiune. Dar numai ganglionii cei mai apropiați se prind ? Nu rînd pe rînd se prind toți ganglionii accesibili și boala se generalizează.

Iată ce spune FINGER : ¹⁾

«Sept semaines environ après l'infection primitive, tous les ganglions accessibles peuvent être transformés en tumeurs arrondies, ovoides, tendues, du volume d'un pois ou d'une noisette».

Ce concluziuni am putea trage de aci ? Ca grație acestor ganglioni putem precisa la un sifilitic aproape cu exactitate locul unde a avut accidentul inițial, nu-

¹⁾ Ernest Finger «La Syphilis et les Maladies Vénériennes» 1900.

mai cu condițiunea ca această Adenopatie să fie de dată recentă, să aibă caracterele cunoscute mai sus.

Ceva mai mult după ordinea prinderii ganglionilor s'ar putea spune cu aproximație data infecțiunii.

Dar e foarte rar, extrem de rar a găsi că infecțiunea se traduce printr'un șancru ca cel ce descriei, șancru tipic care n'ar mai lăsa nici o umbră de îndoială. Contest ori-cărui medic dreptul ori-cât de specialist s'ar crede, de a zice că nu întâmpină, de foarte multe ori, de cele mai multe ori chiar, dificultăți în stabilirea diagnosticului exact al accidentului primar și din contră sunt convins că: cu cât un medic este mai priceput, mai specialist, cu cât a făcut mai multă practică, cu cât a avut deci de mai multe ori ocazia de a vedea mai multe șancru cu atât își dă mai bine seama de câtă importanță e stabilirea diagnosticului exact, precum și de greutățile ce dese ori se întâmpină în stabilirea lui. Și socotind importanța diagnosticului șancrului sifilitic nu mă pot opri de a nu-mi aminti preceptele pline de rațiune și de adevăr pe care în prelegerile sale ni le dădea distinsul meu șef și profesor d-nul doctor PETRINI GALATZ.

«Domnilor ne zicea adesea:

«În materie de sifilis unui medic bun și trebuie în tot-deauna pe lângă cultura necesară în acest sens și *conștiință*; dați toată grija, concentrați-vă, toată atențiunea asupra unui bolnav ce vi se prezintă cu un șancru, examinați-l bine, insistați asupra comemorativelor ce vi le dă, dacă nu sunteți, nu puteți fi sigur de diagnosticul ce faceți, spuneți bolnavului să mai vie să-l vedeți, vedeți-l de câte-ori veți crede de cuviință; dar nici odată nu vă pronunțați afirmând decât când sunteți siguri de diagnosticul ce faceți; mai ales nu administrați tratamentul mercurial decât având probe suficiente, având siguranța diagnosticului d-voastră. Lipsindu-vă atențiunea necesară, precipitându-vă la diagnostic veți fi siliți să veniți asupra diagnosticului d-tră

și inchipuiți-vă neplăcerile ce nasc de aci, veți perde încrederea bolnavului d-voastră».

«Veți administra bolnavului un tratament de care nu are nevoie.

E un fapt capital deci de a ști de trebuie să-i administrăm cutărui bolnav tratamentul mercurial sau nu.

În adevăr să iau cazul pe care cu regret l'am văzut repetându-se de nenumărate ori.

Se presintă un bolnav cu un șancăr, care fie din cauza topicelor aplicate, fie din cauza terenului individului, fie din alte cauze ajutătoare simulează perfect toate caracterele unui șancru sifilitic. Medicul X, puțin cunoscător și poate doritor de a-l avea mai mult timp de client, (și sunt spre rușinea noastră foarte mulți din aceștia) îi institue tratamentul mercurial neîndreptățit fiind de probe, de motive suficiente. Înțelegeți bine cât e de enormă greșeala ce comite acest medic: Condamna pe un om a se crede sifilitic, a-și face deci tratamentul îndelungat cum cere această cură a inmagazina mercur, medicament de care nu avea nevoie.

Căci știm că sunt oare-cari neplăceri ce produce mercurul, introdus în organism, el se elimină prin gingii, prin glandele salivare prin rinichi; neplăcerile lui pot fi stomatitele cu tot cortegiul lor neplăcut, salivăriuni abundente etc. colici de multe ori, diaree, netoleranța la diferiți indivizi sub diferite forme. Ei bine toate acestea socotite la un sifilitic, comparate cu enormul avantajiu ce-l are vindecându-l de leziunile ce presintă nu sunt de băgat în seamă mai ales înlesnind pe cât ne e posibil eliminarea mercurului.

Dar la un individ nesifilitic? îl supunem la neplăcerile indicate fără a-i da în schimb nici un folos, creem organismului lui un medicament, o toxină mai mult de eliminat și e de dorit să menajem în acest sens organismul care prin funcțiunea sa complexă are atâtea de eliminat!

Să mai vorbesc oare de moralul bolnavului! căror

dintre medici specialiști nu li s'a întâmplat ca clientul lor să le spue :

«Mă impușc dacă sunt sifilitic» căci știm cu toții frica lor întru cât-va nedreaptă, oroarea pentru această boală pentru care posedăm un tratament și o vindecare mai sigură ca pentru multe altele. Iată la câte neplăceri ne expunem dintr'o greșeală mai ales socotind că la orice bolnav, moralul bolnavului trebuie să îngrijească pe medic.

Dar sunt și atâtea leziuni care nu au aparența de a fi un șancru sifilitic și totuși sunt purtătoare a acestui virus, sunt varietățile de infecțiuni a căror accident primitiv trece neobservat sau se traduce printr'o eroziune simulând o escoriație banală; la un atare caz medicul X, insuficient preparat și deci insuficient specialist ne având prudența de a spune bolnavului să vie din când în când să se lase a fi observat; cu ușurința ce caracterizează pe medici ce vor să se a-rate mai mult decât sunt, îi va spune bolnavului că nu e sifilitic și că nu are nevoie de tratament.

Accidentul inițial se va vindeca repede printr'un medicament indicat de el fie chiar apodin.

Ei bine greșeala ce comite acum medicul nu e mai puțin mare și nu mai puțin de blamat. Bolnavul său având părerea medicului său, pe care o ia drept bună nu se va trata, admit chiar că ar avea nesiguranța dacă e sifilitic sau nu va fi în continuu chinuit de ea; nu își va face tratament sau dacă și-l va face desigur și-l va face necomplet (ceea ce înseamnă pentru mine de loc) și iată că într'un tirziu se va pomeni cu manifestațiuni dăunătoare sănătăței lui, uneori iremediabile, manifestațiuni grave din cauza tratamentului nefăcut la timp.—Și pe cât mi-a fost permis am văzut multe cazuri din acestea, faptul acesta mă face să insist atât de mult asupra acestui dubiu. Căci da ! sunt foarte multe cazuri când nu trebuie să te pronunți atât de lesne de specificitatea unei leziuni.

De nenumărate ori am văzut pe d. profesor PETRINI-

GALATZ specialist de frunte, savant, om îmbătrânit în ale sifilisului cu o practică neântrecută în astă materie, după ce insistă mult asupra unui bolnav, după ce-l examina cât mai amănunțit și cu răbdarea omului priceput spunându-i : «Nu pot să mă pronunț dacă d-ta ai un șancru sifilitic sau nu, trebuie să mai vii din când în când să te vedem». Mă miram poate atunci, dar când mai târziu îmi dădeam singur seama, vedeam câtă dreptate avea, căci foarte multe surprize ne rezervau aceste leziuni nedecise.

Și în alte cazuri l'am auzit spunând cutărui individ ce cerea cu insistență tratament antisifilitic bazat pe faptul că un medic anterior îi spusese în vremuri că a avut un șancru sifilitic.

«Domnule nu pot să-ți administrez tratamentul neavând probe suficiente că d-ta ești sifilitic ; ar fi bine ca d-ta să te duci la medicul care te-a îngrijit».

Și așa ar trebui să se procedeze întotdeauna cu competență și mai ales conduși de maximă : «Quid agis prudentior agas».

Am ajuns deci să stabilim ca tratamentul anti-sifilitic trebuie instituit atunci când infecțiunea sifilitică e stabilită dar :

CAPITOLUL IV.

**Când putem stabili existența unei injecțiuni ?
Și care ar fi criteriul după care avem dreptul a
spune că infecțiunea e stabilită ?**

În urma discuțiilor de mai sus putem răspunde cu precizie că : Semnalul existenței sigure a infecțiunii sifilitice în organism este apariția șancrului sifilitic.

Criteriul după care stabilim infecțiunea este chiar *Sancrul sifilitic tipic* cu modul său cât mai complet de-a se prezenta pentru a putea fi considerat ca atare pentru a nu mai lăsa nici o umbră de îndoială.

Deci pentru a stabili existența infecțiunii partea capitală este studiul amănunțit al șancrului ce avem în față, este punerea diagnosticului precis al leziunii.

Dar sunt foarte multe cazuri de dubiu cum văzurăm mai sus în materie de șancre.

Pentru înlesnirea studiului meu le voiu clasa în trei și anume :

1) Șancre care prin caracterele lor, prin aspectul lor dictează singure diagnosticul.

2) Șancre dubioase la care după mulți astăzi numai examenul bacteriologic ar putea decide.

3) Șancre la care examenul bacteriologic e negativ, caracterele ambigue și la care trebuie absolut să așteptăm accidente secundare.

Varietatea întâi ne da mai nimic de discutat, ea cuprinde șancrele sifilitice tipice ; toate caracterele lui, modul lui însăși de a se prezenta ca leziune ; adenopatia, în fine toate simptomele descrise mai sus vorbind de șancrele sifilitice tipice ne impun diagnosticul. În aceste cazuri suntem datorii a institui tratamentul antisifilitic de la început ; pentru motivele ce-am văzut.

Ne vom comporta oare tot astfel cu a II-a categorie aceia a șancrelor dubioase ? Nu ! să discutăm puțin.

În această varietate intră șancrele care simulează pe unul sifilitic fără a fi precum și cele care sunt adevărate șancre sifilitice fără să samene de loc a fi purtătoare ale acestui virus.

La această varietate întâmpinăm în totdeauna greutate de a afirmă sau nu infecțiunea. Cum ar trebui să ne comportăm ?

Cum prin modul lor de a se prezenta ; prin caracterele lor nu le putem diagnostica precis, vom alerga să vedem ce ne spune examenul bacteriologic.

În timpii din urmă s'a vorbit mult de Spirocheta palidă a lui SCHAUDINN și HOFFMANN și cum la ori-ce inovație mai toți se precipită în a crede și a luă drept bune lucrurile ce se spun de cele mai multe ori fără a se baza pe experiențe proprii ; mulți silifigrafi s'au găsit foarte dispuși în a o recunoaște ca agentul patogen al infecțiunii sifilitice.

Fără a căuta să intru în deslușiri amănunțite asupra acestei chestiuni, care nu și-ar avea locul aci, după ce am citit mai toate cercetările făcute în acest sens; aş putea spune că sunt oare-care rezultate bune în această materie.

S'a găsit spirocheta în accidentul primar nu în todeauna, s'a găsit de unii în multe manifestații secundare, sifilide papulo-erosive, leziuni zemunide; s'a găsit în țesuturi, în casurile de sifilis ereditar; mai toate acestea sunt note bune: da; nu s'a găsit însă în sânge! de ce când știm că la un anumit stadiu al infecțiunii boala există în sânge?

Negreșit ar putea fi greșeli de tehnică de reactive de multe ori, dar nu ne e permis când nu găsim spirocheta să zicem că nu există infecțiune și când o găsim să afirmăm infecțiunea; practica zilnică desminte de foarte multe ori aceste date.

Să aibă oare acei spirii aceeași soartă ce a avut-o microbul lui LUSTGARTEN care pe timpuri fu și el considerat ca agentul patogen al infecțiunii sifilitice? Nu afirm n'am posibilitatea de a aproba, nici de a desaproba. Viitorul, cercetările ce se urmează cu multă stăruință o vor dovedi.

Eu cred însă că, ca mijloc de diagnostic spirocheta lasă încă mult de dorit; ea nu îndeplinește toate condițiunile ce se cer unui microb spre a fi admis în bacteriologie ca specific cutărei boale; ca singurul ei agent patogen; căci nu s'a putut cultiva până acum în vre-un mediu de laborator, nici inoculațiunile nu au putut da încă rezultate satisfăcătoare.

Chestiunea este a viitorului; și încă de domeniul in-
doelei.

În Laboratorul clinicei d-lui profesor PETRINI-GALATZ al cărui director este d-sa se fac cercetări continue; am observat la d-nul profesor bunul obicei de a controla spusele și cercetările altora și a nu le lua drept bune; până când singur prin experimentație nu-și face convingerea. Domnia-sa după câte am observat nu pare

prea entusiast de spirocheta ca chestiune de diagnostic dar admite cu siguranță că sifilisul este datorit unui bacil.

Adesea ne spunea că această chestiune lasă încă mult de dorit.

D-sa a adus acum de curând în laborator 6 maimuțe pentru experimentație în acest sens sper în rezultatele ce se vor căpăta din aceste cercetări, despre care sunt sigur că sunt cinstite fără a da loc la nici o discuție;

Mă voiu sili pe cât îmi va fi posibil să iau parte la aceste cercetări ce mă interesează mult.

Deci examenul bacteriologic nu ne dă mare lucru nu poate clarifica diagnosticul și atunci cred că ar fi mai prudent a pune a II-a categorie de șancre în ceea ce urmează a III-a.

În fine a III-a varietate ar fi șancrele la cari prin examenul bacteriologic nu s'a găsit spirocheta, caracterele pledează și nu pentru un șancru sifilitic; ne găsim atunci într'un dubiu care ne silește să stăm la pândă să așteptăm probe mai complete de existența infecțiunii sifilitice, cele existente nefiindu-ne de ajuns a o stabili.

Expectația în cazul acesta este cel mai bun sfat; fără a preconiza alt tratament decât asepsia. Vom aștepta apariția manifestațiilor secundare care ne vor adeveri diagnosticul și atunci, numai atunci, ne e permis să începem energic tratamentul antisifilitic până atunci însă să ne mulțumim a urmări în mod atentiv bolnavul nostru.



CAT TREBUE SA DUREZE TRATAMENTUL SIFILISULUI?

METODA OPORTUNISTA P TRATAMENTUL CRONIC SAU CURA PREVENTIVA P

CAPITOLUL I.

Resumat al Istoricului tratamentului sifilisului in general.

Date precise de tratament al sifilisului în antichitate ne lipsesc și faptul se explică pentru că pe atunci infecțiunea sifilitică nu se cunoștea ca boală distinctă, ca entitate morbidă, a parte, distinctă, bine definită și din contră eră confundată cu o mulțime de boale cu ulcerăriuni, dar mai ales cu lepra.

Către finele secolului al XV-lea, fu o considerabilă epidemie de boală nouă (sifilis) ce a fost considerată de unii ca o pedeapsă a lui D-zeu, supărat pe oameni din cauză ticăloșilor lor; de alții ca o epidemie de o-igină siderală.

Puținii cunoscători de atunci înțeleseră că n'au posibilitatea de a lupta contra acestui rău, contra căruia peregrinajele și rugăciunile nu puteau nimic; Și atunci mercurul întrebuițat în multe de matose parastare fu adus în mod emperic pentru prima oară ca tratament contra «răului francez» cum li ziceau Italianii contra «răului napolitan» cum li ziceau francezii.

Dar binefăcătorul mercur ca orice conștiincios avu multe de îndurat din cauze diferite; poate și din cauza

intrebuințării lui nemoderate căzû în disgrație pentru a fi înlocuit cu lemnul de gaiac care din cauza proprietăților sale curative contra unui rău dat de D-zeu fû socotit ca o medicațiune stântă dată de acesta fiindu-i milă de bieții păcătoși, fu numit lemnul sfânt lăudat atât de mult de ULRICH de HUTTEN ¹⁾ și de FRACASTOR ²⁾. Afară de lemnul de gaiac multe alte remedii fură întrebuințate ca antisifilitice fiecare din acestea își fac epocă lor ; ceva mai mult unele dintre ele par a mai fi întrebuințate și azi. Printre acești agenți antisifilitici considerate ca adevărate contra-otrăvuri a otravei sifilitice aş putea cită :

Salsaparilla fu întrebuințată ca bază a o mulțime de siropuri și tisane reputate ca antisifilitice—se vorbea mult de decoctiunea lui ZITTMANN, Tisana lui FELTZ, ARNOUT, decoctiunea lui POLLINI ; medicamente încă ne uitate azi și întrebuințate din când în când.

Sasafras, băuturile sudorifice, o mulțime de depurative vegetale ; saponaria, lobelia sifilitică, cicoarea, lămâiul, portocalul, esopul.

Cevă mai în urmă opiul care prin secolul al XVIII-lea fu și el considerat anti-sifilitic. Apoi mai contemporane, Jaborandi, Conduraugo, Chaulmoogră. O epocă în tratament făcură purgativele drastice mai ales apele minerale sulfuroase, clorice, arsenicale fură întrebuințate ca îndreptătoare a organismelor slăbite de sifilis.

Agenți de origină minerală ca: aurul, platină, anti-moniul arsenic, amoniacul, acidul azotic.

Târziu către zilele noastre fură întrebuințate anti-zimoticile ca : Acidul fenic, Salicylic, acidul *timic*, creozotul.

Din timp în timp se reveneă însă la mercur către secolul al XVIII-lea își ia locul meritat, loc ce-l păstrează și astăzi se vorbesc chiar atunci de metode cu

¹⁾ Livre du Chevalier ULRICH de HUTTEN, Traduit par A. PORTOU.

²⁾ FRACASTOR. La Syphilis (1530) Trad. et comment par A. FOURNIER Livre III.

acest medicament: Metoada prin Extincție, Metoada prin Salivație ¹⁾).

La începutul secolului al XIX-lea, tratamentul simplu fără mercur ia locul metoadelor preexistente sub impulsia lui BROUSSAIS și a școalei fiziologice.

În 1836 arsenalul terapeutic antisifilitic e mărit de către VALLACE care aduce Iodurul de potasiu ca tratament al sifilisului în general:

Metoade care de care mai fantastice se perindează până în epoca contemporană.

Astăzi avem la îndemână un tratament antisifilitic bun a cărui bază e mercurul cu toți compușii lui ; tratament rațional întocmit pe greșelile celor vechi și cuceririle celor noi, tratament metodic care atacă răul de la rădăcină nu numai manifestările lui morbide : suveran pot zice căci prin administrarea rațională și metodică a mercurului suntem stăpâni pe boală ; căci cu drept cuvânt putem zice : ceea ce chinina este pentru friguri, mercurul este pentru infecțiunea sifilitică.

CAPITOLUL I.

Infecțiunea sifilitică este o boală cronică cu manifestări diferite rânduite din timp în timp.

În disertațiunea dela început a tezei mele am arătat ce devine un sifilitic tratat prost sau unul netratat schițând pe cât mi-a fost posibil neajunsurile la care aceștia pot ajunge.

Am ajuns atunci la concluzia că sifilisul trebuie tratat energic.

Dar ce va să zică a trata infecțiunea sifilitică ?

A trata sifilisul nu înseamnă numai a vindeca numai manifestările temporare ce le prezintă, înseamnă

¹⁾ Docteur E. MONIN. *Les Remèdes qui guérissent.*

FRACASTOR cu celebrul său *Poem* :

«...Liquefacta mali excrementa videbis.

Assidue sputo immundo per ora

Et largae ante pedestabio mirabere flume».

a căută să vindeci boala însăși reul general cu toate neplăcerile lui.

Din aceste două diferite feluri de a înțelege tratamentul anti-sifilitic, s'au născut două mari metode de a-l trata

Pentru a putea mai cu ușurință răspunde chestiunii ce mi-am propus socotesc necesar a vorbi de aceste 2 metode, a le discuta, a arăta avantajile și dezavantajile lor, că dându-mă de partea unuia sau celei-alte, adoptind-o să pot discuta mai argumentat chestiunea ce mă interesează. Aceste 2 metode sunt :

CAPITOLUL III.

1) Metoda Oportunistă. 2) Metoda preventivă sau a tratamentului cronic.

Atât una cât și cealaltă admit un tratament ulterior al sifilisului dar diferă în modul cum administrează tratamentul.

Metoda oportunistă e admisă și susținută de mai toți autorii germani, NEUMANN, FINGER, și alții.

Iată în ce se resumă această metodă: Nu tratează pe un sifilitic decât atunci când e purtată de manifestațiuni specifice de orice fel, se abține deci dela orice tratament în timpul ce separă manifestațiunile și cu acest timp acțiunea să nu se reducă decât la o expectațiune.

Pentru a ne edifică mai bine citez cuvintele lui DIDAY unul din cei mai înfocați aparători ai acestei metode: 1) «Au moment des poussées attaquez la Syphilis à coups de massue, poursuivez énergiquement chaque nouvelle fermentation. Mais dans les intervalles des poussées, dans les accalmies normales de la maladie, sachez vous abstenir, et épargnez à vos malades un traitement aussi inutile qu'intempestif». Deviza acestei metode deci este: a nu face tratament decât când sunt manifestațiuni.

A doua metodă susținută mai mult de autorii francezi.

1) Prof. A. FOURNIER, Traitement de la syphilis.

FOURNIER, RICORD și alții, e mult mai rațională consideră sifilisul ca boală diatezică, cronică, tratează o boală și când are manifestațiuni și când nu are manifestațiuni deci în timpul de acalmie al boalei. Tratamentul ei deci se adresează nu numai modului de a se manifesta al boalei, nu vindecă numai leziunile inflorescențele al diferitelor perioade, atacă boala însăși, tinde să neutralizeze origina boalei, atacând germenul manifestațiunilor ei.

Prima nu combate decât simptomele boalei; a II-a țintește boala însăși acțiunea să pare a fi întru câtva și preventivă.

Admite deci un tratament sistematic cronic lăsând intervalele trebuincioase organismului de a se odihni, de a nu se obișnui cu medicamentul, ajută deci eliminarea medicamentului întrebuințat.

Să discutăm puțin aceste două metode:

Cea d'întăiu se bazează pe 2 fapte cari nu merită multă încredere:

1) Mercurul nu lucrează decât asupra simptomelor boalei și nu asupra boalei însăși, nu influențează deci sifilisul decât în stare de activitate morbidă.

2) Se bazează pe succesele obținute de tratamentul făcut cu regula ce se impune.

Ei bine, primul fapt este absolut fals, fiind în absolută discordanță cu reguli de terapeutică ajunse astăzi legi.

Ar fi absolut imposibil de admis astăzi că susținătorii ei orcât de dibaci observatori ar fi au putut să pătrundă misterele cele mai intime ale modalității terapeutice a mercurului pentru a ne putea convinge că lucrează numai atunci când boala are manifestațiuni. Și e oare posibil de admis că mercurul, acest excelent și special remediu al sifilisului, ar fi un medicament care n'ar lucra decât după manifestațiuni și că n'ar mai fi de nici o valoare terapeutică atunci când manifestațiunile încetează? Ar fi deci un medicament care lucrează după gusturi. Admițând aceasta ar fi să răstur-

năm o mulțime de noțiuni generale de terapeutică pe care bunul simț le admite și experiența le-a dovedit.

Căci în adevăr experiența și practica zilnică demonstrează până la evidență că mercurul modifică, reprimă toate accidentele boalei fie leziuni superficiale sau profunde, fie simptome chiar fără leziuni, nevrose diferite, nevralgii, fie turburări generale ca anemie, asthenie. Așa fiind ar fi oare de admis că mercurul care lucrează asupra tuturor manifestațiunilor de orice fel n'ar lucra asupra cauzei lor organice?

Dar chimia nu desminte ea, mai întotdeauna această teorie? N'avem decât să ne gândim la mersul accidentelor secundare la sifiliticii tratați din vreme la apariția șancrului sifilitic pe care am arătat-o în partea I-a a acestei lucrări.

Ultimul meu argument ar fi să amintesc că mercurul face adevărate *minuni* în căsniciile în care au fost câteva avorturi anterioare, unde putem vedea că tratând pe bărbatul, sau nevasta care e în cauză vor avea copiii sănătoși, ei care n'au făcut decât avorturi!

Asupra cui lucrează aci oare mercurul dacă nu asupra principiului chiar al boalei.

Faptul acesta este sigur.

Al doilea argument al acestei școale nu dă loc la mai puține indoeli. Resumatul ei este: Metodă bună pentru că reușește și a reușit! Dar și aci trebuie să admitem că în sifilis ca în toate boalele sunt forme benigne care se vindecă cu un tratament ușor. Ii admitem succesele, dar nu se văd zilnic și nesuccesele cu această metodă? Și iată cum. Sunt foarte mulți bolnavi dintre sifilitici cari nu-și fac tratamentul și nu se cred bolnavi decât atunci când sunt purtători de leziuni manifeste, și numai atunci vin la medicul lor curant să-i îngrijească, — prin nepasivitatea lor, prin neglijența lor nu sunt ei oportuniști? Ei bine unde ajung acești bolnavi? (fapte). Cazuri demonstrative ne arată zilnic că ajung toți la terțiarism, dacă nu la manifestații mai dezastruoase. Vom socoti oare ca suc-

cese ale acestei metode aceste cazuri? Nu, incontestabil că nu. E deci de reprimat și nu putem fi de părerea unei metode care intenționat nu are o acțiune preventivă asupra boalei, însăși, care așteaptă manifestările ce vin spre a le trata. Am putea noi medicii scontă viitorul unui sifilitic? Nu. Experiența zilnică și cazurile ce le vedem perindându-se în spitale condamnă această metodă de tratament ca rea și periculoasă.

Ce-mi rămâne dar de zis despre a II-a metodă? Combătând pe cea dintâiu n'am făcut decât să pun în evidență superioritatea celei de a doua.

Mă declar de la început partisan al acestei metode pe care o găsesc cea mai bună și cea mai rațională întrucât ea țintește atât pe bolnav cât și boala cu manifestările ei, dând niște rezultate excelente pe cari zilnic le verifică acei ce o aplică.

În serviciul distinsului nostru sifiliograf d-nul profesor PETRINI-GALATZ am văzut-o aplicat și am admirat în totdeauna rezultatele. D-sa o întrebunțează atât în serviciu cât și cu clientela sa privată.

Această metodă se bazează pe două fapte terapeutice bine stabilite.

1) Mercurul exercită o puternică acțiune terapeutică asupra sifilisului latent.

2) Că el e în stare nu numai să vindece manifestările prezente ale boalei dar exercită o acțiune preventivă asupra diatesei, asupra boalei și manifestărilor ei viitoare.

Avantagiile acestei metode sunt multe și corespund idealului nostru ca tratament.

1) Perioada secundară e foarte benignă și tolerabilă prin această metodă.

2) De cele mai multe ori suprimă cu totul perioada terțiară care dacă rar se manifestă e aproape inofensivă. Nimic mai adevărat decât acestea.

Clinica și experiențele zilnice au demonstrat că un sifilitic tratat cu această metodă, manifestările secun-

dare ce le va avea vor fi foarte benigne (negreșit în afară de cazuri excepționale).

La 99 la sută din bolnavii tratați cu această metodă am văzut perioada secundară traducându-se prin niște (pete) papule foarte discrete, foarte puține la număr.

Bolnavii cari ne reveneau în serviciul d-lui profesor PETRINI-GALATZ din acei ce fuseseră cu șancru sifilitic și urmau cura la consultațiunile gratuite¹⁾ prezentau foarte puține pete, câte-va e rosiuni ale buzelor sau ale limbei întreținute poate mai mult din cauza tutunului.

Ar fi banal cred să mai aduc aminte ca paralelă, că bolnavii tratați în mod oportun au perioada secundară în plina eflorescență și că cel mai mare procent pentru perioada terțiară îl dau acei ce-și tratează sifilisul lor prin metoda care așteaptă ce va să vie.

Referindu-mă la al II-lea punct pe care e bazată metoda ce susțin, nu m'aș putea pronunța pe observațiuni personale, căci pentru a mă putea pronunța dacă în adevăr cu această metodă se suprimă sau nu perioada terțiară, sau ce devine ea, mi-ar trebui o practică îndelungată pe care ca intern sau chiar în timpul anilor mei de studiu n'am avut timpul s'o fac. Observațiuni de felul acesta cer aproape o viață întreagă, cer o practică îndelungată de ani.

Părerea d-lui Profesor PETRINI-GALATZ despre această metoadă este că e foarte bună și foarte rațională, d-sa o întrebuințează de mulți ani.

Din observațiunile ce a făcut în tot timpul activității sale medicale a căpătat convingerea că metoada tratamentului cronic sistematizat e cea mai bună.

Bazat însă pe fapte și observațiuni citite în autori pot să mă aliez perfect de bine părerei șefului meu și profesorului FOURNIER din care citez un capitol: «(Eh

¹⁾ În serviciul d-lui profesor PETRINI-GALATZ, unui bolnav sifilitic i se dă în totdeauna un carton tipărit pe care se notează manifestațiile prezentate și pe care bolnavul trebuie să-l prezinte de câte ori vine la consultațiuni, unde i se dau medicamentele necesare pentru a-și urma regulat cura. În chipul acesta se știe în totdeauna câte luni a făcut bolnavul cura, și în al câtelea an de tratament e.

bien profitant d'un certain stock de vieilles observations de ce genre, dont quelques unes remontent aux premières années de mon doctorat je me crois autorisé à vous présenter les deux propositions suivantes, comme resultat de mon expérience personnelle, à savoir :

1) Que les syphilis que paient le plus lourd tribut au tertiariisme sont celles qui ont été ou bien absolument abandonnées à leur évolution propre. ou bien insuffisamment traitées à propos de leurs accidents, de leurs explosions succesives (ce qui constitue vous le savez, le programme de la méthode opportuniste ;

2) Que tout au contraire, les syphilis dont on s'est longtemps occupé contre lesquelles (ou s'est acharné thérapeutiquement et cela non pas seulement alors qu'elles étaient en période explosive, mais en dehors et au delà de leurs étapes d'activité morbide les syphilis en un mot, que l'on a soumises aux exigences multiples de la méthode préventive sont celles qui fournissent les plus faible contingent au tertiariisme».

E bine, având la îndemână o metoadă atât de rațională care ne procură cel mai sigur mijloc de a da bolnavilor noștri sprijin contra sifilisului în genere dar mai ales contra accidentelor terțiare adevăratele dezastre ale sifilisului, găsesc că ar fi irațional a nu ne folosi de ea, de a nu o practică.

S'au găsit unii ce critică această metoadă aducând niște argumente foarte nedibace; numai pentru a discula :

Capetele lor de acuzație ar fi următoarele :

1) Cu această metoadă tratăm ceva ce nu vedem. 2) Că atunci când am trată un sifilis ce se traduce prin manifestății vedem ce facem și că : 3) Cu această metoadă prelungim tratamentul toată viața.

Argumente care de care mai nefundate 1) Nu înseamnă că nu știi ce tratezi când tratezi o boală a cărei rădăcini, al cărei rău știi bine că există în organism, la ce s'ar reduce atunci medicina când ar trebui să tratăm astfel boalele ? Să tratăm un reumatic numai când are dureri, pe un tuberculos numai când are ulcere,

abcese sau adenopatii supurate? Pe un gutos când are accese?

2) Nu înseamnă că tratăm la întâmplare (că prescriem un medicament) fără socoteală că tratăm, fără control când controlul, socoteala o găsim în evoluția ulterioară a boalei.

3) Nu înseamnă că trebuie să tratăm toată viața un sifilitic când știm că de la o anumită dată boala numai dă semne de viață, numai e virulentă numai e transmisibilă.

Ca rezumat experiența și practica dau probe îndestulătoare că această metodă e cea mai bună, cea mai rațională, cea care tinde mai mult spre ideal.

Dar să vedem această metoadă ca practică! Cum trebuie s'o mânuim? Două sunt punctele principale pe care se reazimă această metoadă, două puncte capitale în tratamentul general al sifilisului și așa fi poate și mai corect când a'și spune *doi legi* terapeutice.

1) Mercurul trebuie administrat în doze intermitente.

2) Pentru a influența în mod preventiv trebuie administrat cât mai lung timp.

CAPITOLUL IV

Am putea noi administra mercurul în mod continuu? Ce s'ar întâmpla?

Organismul omului nu este o mașină ce nu se obosește niciodată; dacă vom abuză de el, îl vom aduce odată în starea de a vedea că el nu mai poate să reziste, și aceasta se întâmplă nu numai cu mercurul, dar mai cu toate medicamentele.

Dacă unui individ îi vom administra în mod neîntrerupt mercur, vom vedea că la un moment dat organismul lui suferă; vom fi martori la exploziunea a diferite feluri de accidente, atonie, leșinuri, accidente dispeptice, gastralgice, intestinale, diareice; în scurt, întregul cortegiu al intoleranțelor de diferite feluri. Ceva

mai mult, dacă vom insista încă înainte, am riscă să ne intoxicăm bolnavul, să-l ucidem chiar; căci toate aceste accidente au răsunet asupra sănătății lui.

Ce e atunci de făcut? Prudența ne recomandă atunci să suprimăm răul, să suspendăm administrarea mercurului. Nu numai acestea ar fi desavantagiile, insistând cu administrarea unui medicament în mod continuu, ne lovim de un alt inconvenient, jignim o lege elementară de terapeutică care sună astfel: *prin administrarea continuă a unui medicament ajungem ca organismul să se obicinuiască cu el și să nu mai putem obține efectul dorit.*

Nimic mai adevărat.

De câte ori n'am auzit bolnavi constipați spunând că purgativul cutare sau cutare nu-l mai servește; căci el îl ea în continuu de atâta timp.

Morfinomanii nu ne dau oare exemple destule?

Ei bine tot astfel de rezultate ajungem a avea și cu mercurul dacă îl vom administra mereu, ajungem ca el să nu-și mai facă efectul dorit, să nu mai obținem cu el efectul dorit.

Nu este rar ca în cursul unei cure de mercur, urmărind mult timp în mod continuu, să vedem apărând noi manifestații sifilitice, dacă am insista și atunci cu mercurul vom obține rezultate incomplete, insuficiente.

Dar ce ne comandă oare terapeutică în asemenea cazuri? să suspendăm tratamentul. Să spunem morfinomanului să nu mai ia morfină, să spunem constipativului să nu mai întrebuițeze purgativul lui, să facă o pauză de câtva timp și atunci adevărate minuni vom vedea că se întâmplă cu medicamentele noastre. Vor reveni la puterea lor terapeutică primitivă, vor da rezultatul de mai înainte.

Tot astfel se petrece cu mercurul. Experiențe doveditoare arată că un sifilitic care a fost tratat un timp îndelungat, 3—4 luni încontinuu cu mercur, a profitat mai puțin decât unul care a fost tratat jumătate timp; a ingerat mai mică cantitate de mercur care însă i-a

fost rațional administrată. Discuția aceasta ne comandă ea însăși concluzia :

«Trebue să administrăm mercurul în mod intermitent».

Cât despre al II-lea punct pe care se reazimă punerea în practică a metodei ce susțin : mercurul trebue administrat cât mai lung timp, acesta mă conduce însuși în miezul discuțiilor chestiunii principale ce figurează ca un capitol în teza mea : *Cât trebue să dureze acest tratament?*

Investit acum cu puteri noi, cu puncte stabilite în tratament prin metoda ce indicai, voi putea discuta : A răspunde precis, în mod matematic acestei întrebări ar fi imposibil ; nu cred să se găsească vre-un medic, ce se pricepe în această materie, care să răspundă clientului lui care l'ar întreba : cât trebue să mă tratez doctore ? nu cred, zic, să se găsească vre-unul care să i răspundă cu o precizie matematică : ai să te tratezi atât timp, atâți ani. Negreșit nici nu se poate răspunde așa unei astfel de chestiuni.

Dacă așteptăm de la tratamentul mercurial ce instituim unui bolnav, de a-i vindeca numai manifestății actuale ce prezintă, negreșit o lună sau două ne-ar fi timp suficient, dar noi știm acum în urma discuțiilor întreprinse asupra metodei preventive că nu astfel înțelegem vindecarea sifilisului. Și apoi sunt diferite forme de sifilis după cum sunt diferiți bolnavi, și terapeutica noastră trebue îndreptată tocmai în acest sens ; către un sifilis mai malign, recidivant, ne vom comporta într'un fel ; către unul mai benign altfel. Nu putem dar zice cu exactitate, nu putem da deci o regulă că atâți ani, atâtea luni, care ar fi de-ajuns unei forme de infecțiuni. Ea n'ar fi indestulătoare pentru altă formă. Tratamentul nostru însă ar trebui să țintească altceva, ca sifilisul să ajungă un timp prin tratament, să facă individul a nu mai fi contagios, a face boala inofensivă, și să nu mai dea manifestații.

Ori, după cât timp am putea obține astfel de rezultate?

Dar aceasta ar impune o cură de atât timp cât leziunile sunt virulente, capabile de a transmite infecțiunea. Deci *există un raport constant între tratament și durata perioadei contagioase a sifilisului.*

Chestiunea aceasta atât de importantă a fost mult, foarte mult discutată.

În teza generală s'a socotit că sifilisul este mai mult contagios în prima și a II-a perioadă, și aceasta numai când sunt manifestațiuni zemuinde.

Transmisiunea infecțiunii se face pe diferite căi, dar de cele mai dese ori, calea bucală și mai ales calea genitală. Perioada terțiară e reputată ca netransmisibilă a contagiunii. Sunt citate totuși, cazuri foarte rare.

La al III-lea congres internațional de dermatologie și sifilografie ținut în Londra, în August 1896, la care a luat parte d. profesor Dr. PETRINI-GALATZ, ca delegat al României, s'a discutat mult și această chestiune, a duratei de contagiune a sifilisului.

D. profesor PETRINI-GALATZ a făcut atunci o dare de seamă științifică asupra lucrărilor efectuate în sus-zisul congres, îmi permit a aduce aci în scurt, *după această dare de seamă*, părerile mai multor savanți ce au luat parte la discuție.

D. HÜTCHMSON (din Londra), zice că puterea de contagiunea virusului sifilitic se poate prelungi în unele cazuri rare, atât în cât privește contagiunea directă, cât și transmisiunea la fœtus.

Această durată nu trece de obicei peste un an, dar se poate prelungi foarte rar, chiar peste 2 ani. «Se pare că virulența germenilor morbizii, precum și abundența lor scade în raport cu durata boalei și că contagiunea este mult mai puțin sigură spre sfârșitul *perioadei secundare* decât în timpul perioadei primare». Este de părere ca în timpul perioadei terțiare, contagiunea și transmisiunea ereditară se face foarte rar.

Cu toate acestea se poate, cită cazuri, zice d-sa :

1) De prelungiri persistente ale puterii contagioase.

2) Și alte cazuri în care transmisiunea ereditară s'a manifestat după un timp foarte îndelungat. 3) Alte cazuri în care virulența excesivă a boalei s'a demonstrat prin evoluția chiar a boalei ca în cazurile de vaccinosifilis sau sifilis vaccinal.

D. Profesor CAMPANA (din Roma), susține că durata puterei contagioase a sifilisului, nu se poate determina. E de părere că perioada contagioasă a sifilisului ține atât cât se poate transmite prin ereditate. Admite un raport constant între durata și modul de tratare al sifilisului, care dacă este urmărit cu prudență și perseverență, se poate spera că după 3 ani puterea de infectare să dispară.

D. Profesor LASSAR (Berlin). Și d-sa admite că puterea de infecțiune a sifilisului scade cu durata boalei, cu toate că poate să persiste atât cât se pot ivi manifestațiuni.

În principiu nu poate respinge posibilitatea contagiozității manifestațiilor tardive, cu toate că rezultatele experimentației dau probe mai mult negative.

Explică că contagiunea nu derivă mai niciodată din formele tardive din cauza localizării erupțiilor. Speră în viitor ca acesta să-și spună cuvântul despre contagiozitatea perioadei tardive a sifilisului.

D. Dr. FLEURARD (Paris). Părerea d-sale ar fi că durata contagiozității sifilisului ar ține 3—4 ani, cam timpul în care apar sau recidivează accidentele contagioase tipice. E de părere ca 3—4 ani de la infecțiune să nu permită unui sifilitic mariagiul.

Spune de asemeni că în cazul, din fericire rare, transmisiunea sifilisului s'a văzut chiar după 10 ani și că la mai toate aceste cazuri infecțiunea se face prin erosiuni foarte simple.

Socotește tutunul de cauză a acestor izbucniri sifilitice, bazat pe faptul că atari infecțiuni s'au făcut mai mult de la indivizii fumători.

Vorbește apoi de observațiuni de o autenticitate indiscutabilă în care contaminarea s'a produs după un

interval de 10—20 ani, și că leziunile din care pare că s'a făcut contaminarea aveau caracterul terțiarismului.

«Intr'un cuvânt, spune FLEURARD, mi-a fost cu neputință a determina, chiar aproximativ, durata perioadei contagioase a sifilisului, așa că trebuie recunoscut că ea e foarte variabilă după indivizi și după tratament».

Mariagiul sifiliticilor rămâne, după el, «un fapt hasardos al cărui grad de legitimitate este apreciat în mod divers după gradul de putere ce fiecare atribue tratamentului anti-sifilitic.

D. L. WICKHAM (din Paris) citează și el cazuri când contagiunea s'a făcut după 10—12 ani, se aliază păreri dr. FLEURARD.

D. TARNOWSKY (din Petersburg) a prezentat la acest congres 1.000 cazuri după care a conchis că în tot timpul manifestațiilor un individ e contagios și că chiar după 15 ani de la accidentul primar poate transmite sifilisul său.

După D. BLASCHKO. Durata perioadei contagioase ar depinde de prezența bacilului în organism și nu se va putea fixa decât descoperind baciful. Citează cazuri de infecțiune după 12 ani de la infecțiune. Conchide de asemenea că suntem datori a spune sifiliticilor ce se însoară că pot avea încă responsabilitatea.

D. Profesor PETRINI-GALATZ este de părerea lui FLEURARD și WICKHAM de mult chiar înaintea acestor autori în lecțiunile sale publicate «Despre sifilidele erosive linguale» zicea: «Trebuie să se ferească cineva cu deosebire de sifilidele erosive linguale fie ele cât de vechi». D-sa este cu totul contra păreri lui J. HULCHINSON care crede că în mai toate cazurile 1—2 ani sunt de ajuns ca sifilisul să-și sleiască puterea de contagiune. Am arătat până aci păreri diferite ale maeștrilor sifili-grafi pentru a pune în evidență, odată mai mult, insuficiența în care ne găsim în a preciza timpul când ar încetă puterea de transmisibilitate a infecțiunii sifilitice și deci timpul cât ar trebui continuat tratamentul antisifilitic.

Îmi voi permite acum, în dorința de a completa che-tiunea, să arăt păreri ce s'au perindat de mult timp în privința duratei tratamentului antisifilitic, rămânând a-mi completa lucrarea printr'o metodă de tratament cu timpul convenit, metodă ce ar rezumă cele mai noi păreri.

Fără voia mea, în conduita ce-mi dictau spre a arăta păreri a diferiți sifiligrافي, fac puțin istoric al părerilor ce-au avut când-va credit în știință.

Aș putea divide aceste păreri ale autorilor în două mari clase.

1) *Clasa ce întrunește păreri bazate pe ideea unor tratamente de durată scurtă.*

2) *Clasa ce întrunește păreri bazate pe ideea unor tratamente mai îndelungate.*

Clasa tratamentului de durată scurtă

Intrunește păreri mai vechi cari stau în strânsă legătură cu cunoașterea sifilisului pe atunci :

DUPUYTREN credea că trebuie să administrăm mercur bolnavului atât timp cât ține vindecarea șancrului.

VIDAL (de Cassis) credea că un tratament cu 100—110 pilule Dupuytren sau 80—100 linguri de Licoare Van-Swieten se stinge orice urmă a germenului specific din organism.

CUOMEL e de părere să se insiste cu tratamentul mercurial continuu 5—6 luni.

M RICORD pe la 1893 rezumă pe atunci rezultatele experienței sale astfel :

«Six mois de traitement mercuriel à une dose journalière qui influence les accidents à combattre et qui indique après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologique connus ; puis trois mois d'un traitement ioduré, telle est la medication qui réussit dans l'énorme majorité de cas à neutraliser véritablement de virus toxique je dirais

volontiers a guérir la vérole au moins dans la généralité de ses manifestations». ¹⁾

Dar și RICORD își modifică în urmă părerea conve-nind că e necesar un tratament mai îndelungat.

Insuși Profesorul FOURNIER fù într'un timp de pă-re-a unei medicațiuni scurte și iată ce zice în cartea sa «Traitement de la Syphilis» din 1893 :

«Au début de ma pratique, je procédais par des trai-tements qui me semblaient bien long à cette époque et que je juge bien courts, bien insuffisants aujourd'hui».

Socotea pe atunci că 2 ani ar fi suficienți și totuși era socotit ca un fanatic al mercurului. Dar cu cât înaintăm către epoca actuală, se vede mai mare tendința la un tratament mai îndelungat.

Clasa ce intrunește părerile bazate pe ideia unui tratament mai îndelungat

Sifiligrafii încep a-și da mai mult seama că sifilisul este o boală cronică care are nevoie de un tratament mai îndelungat, că la tratament trebuie luat în seamă nu numai manifestațiunile ce prezintă bolnavul, dar și viitorul lui, trebuie exercitată o acțiune preventivă ce să lucreze și asupra diatezei.

Părerile mai noi încep să aibă aceste idei ca bază a tratamentului.

BERKELEY HILL spune că duoi ani de tratament nu sunt prea mult.

ALFRED COOPER prelungește încă cu o jumătate de an acest tratament.

Părerea lui WEBER (din New-York) pare că intrunește ideia mai tutulor medicilor americani, admite un an și jumătate până la 2¹/₂ și chiar ceva mai mult, făcân-du-se însă tratament rațional și cu intreruperile cuve-nite.

¹⁾ RICORD. Leçons sur le Chancre et Lettres sur la Syphilis.

KEYES crede că $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ ani de tratament rațional ar fi suficient.

NEISSER nu ține seama de prezența sau absența fenomenelor morbide, pentru el tratamentul ca să fie activ trebuie să ție 2—4 ani.

LANENTAUER admite 5 ani.

MARTINEAU și HALLOPEAU admit de asemenea 4—5 ani de tratament; dar socotesc că în pauzele de mercur trebuie instituit iodurul de potasiu.

LESSER e de părere modernă socotind că unei boale cronice îi trebuie un tratament cronic.

MAXIMILIEN ZEISSL este de asemenea de părerea școalei franceze; socotește că sifilisul trebuie tratat mult cât mai mult posibil.

BESNIER. Tratamentul sifilisului, spune el, ca să fie rațional și să dea rezultate satisfăcătoare, trebuie să cuprindă: «mai mulți ani o bună parte din viață».

Din mai toate părerile de mai sus reese că infecțiunea sifilitică trebuie tratată un timp îndelungat.

Desigur nici n'ar putea fi altfel. Sifilisul nu se prezintă el oare ca o boală eminentemente cronică, diatheză, persistentă în organismul atins?

În cazul acesta legi stabilite de terapeutică ne ordonă că pentru o boală cronică să alergăm la un tratament cronic.

Care ar fi azi medicul irațional care ar pretinde că vindecă guta, reumatismul, tuberculoza, cu un tratament de câteva luni? Deci ca și pentru gută, reumatism, tuberculoză, pentru sifilis trebuie o medicațiune de durată lungă, un tratament cronic.

Tratamentele de scurtă durată și-au avut epoca lor, s'au văzut rezultatele lor, s'a renunțat la ele.

Chestiunea deci asupra duratei tratamentului pare terminată în principiu; cât însă în termen mijlociu ar trebui să prelungim tratamentul, e chestiune de cifre, trebuie încă mult discutată.

Durata tratamentului depinde în parte de persistența manifestațiilor. Sunt cazuri în care tratamentul ar tre-

bui să fie aproape continuu, acelea în care manifestațiile recidivează foarte des, aproape în acelaș loc și cari au o rezistență ce desperează pe cel ce le tratează.

Am văzut cazuri de sifilide scuamoase psoriasiforme ale podului palmei, ale plantei piciorului asupra cărora a trebuit să se insiste cu tratamentul un timp foarte îndelungat. Imi amintesc perfect cazul unui comisar de poliție, asupra căruia un tratament de 10 injecțiuni cu calomel una la 6 zile, a avut succes.

Asemenea în serviciul d-lui Profesor PETRINI-GALATZ pe când eram intern, am observat un caz de «sifilidă serpiginoasă a frunței» (la o femeie puțin cam în vârstă) care n'a cedat decât după 14 injecțiuni cu calomel în apă 0,06 ctgrame pe siringa de un gram.

Ar fi deci posibil să putem stabili o normă de tratament, un număr anumit de timp de cură pentru asemenea cazuri?

Nu. La acestea trebuie să facem tratamentul aproape fără întrerupere, dacă bolnavul suportă, sau să-l suspendăm pentru foarte puțin timp când avem semne de intoleranță de orice formă! Tot în aceste cazuri rebele de sifilis, recalcitrante ca tratament, suntem siliți de multe ori a mări doza zilnică de 2 centigrame de mercur pe zi, când e vorba de pilule vom da 3 centigrame, când e vorba de injecțiuni le vom face mai dese sau cu o dosă mai puternică.

Dar dacă în aceste cazuri rebele de sifilis unde terapeutică trebuie să se conducă după individ, nu putem da nici o regulă, găsim cazuri de sifilis normal, ordinar, ași putea zice de mijlocie intensitate, care sub influența tratamentului evoluează cam la fel în care ași putea stabili oarecare reguli relative la durata administrației tratamentului mercurial.

Pentru motive ce am discutat vorbind de metoda preventivă a tratamentului cronic sistematizat; tratamentul trebuie să fie intermitent să lase intervale de timp suficiente, pentru repaos.

Negreșit dacă în timpul acestor intervale vom avea

indicațiuni a reîncepe tratamentul îl vom reîncepe; încât după cum vedem regulile ce voi căută să stabilesc nu sunt absolute, ci din contră pot fi schimbate după diferite indicațiuni dictate de circumstanțe individuale.

Fiecare individ își are terapeutica lui.

Indiferent de preparatul mercurial ce se va întrebuiți lucru ce las la discreția medicului curant; indiferent de calea ce se întrebuițează în administrarea mercurului, după practica ce am făcut în serviciul maestrului meu, d. profesor PETRINI-GALATZ, unde am văzut aplicată această metoadă cu rezultate excelente; socotesc că mercurul trebuie administrat 5—6 ani în modul următor :

1) În primul an :

Se va face bolnavului tratament, câte o lună alternativ, o lună va face tratament, o lună nu.

În al II-lea an cura se va face astfel : o lună tratament, șase săptămâni pauză, astfel va urmări tot anul al II-lea.

În anul al III-lea bolnavul nostru va face 4 luni de tratament, 8 luni de pauză, acestea rânduite în modul următor : o lună tratament 2 luni pauză.

În al IV-lea an bolnavul va fi supus numai 2 luni la tratament restul pauză; este de preferat ca liniile ce alegem pentru tratament să fie una din primăvară, una din toamnă.

Regula după care se va urmări va fi astfel : o lună tratament, 5 luni pauză; alta lună tratament, alte 5 luni pauză : Unii sunt de părere ca în aceste lungi intervale de 5 luni bolnavul să ia măcar 15 zile pilule de mercur dacă se găsesc indicațiuni.

Aceste reguli convin perfect de bine atât tratamentul cu pilule mercuriale cât și la unele injecțiuni cu săruri solubile sau insolubile bine înțeles cu mici schimbări principiul metodei rămâne însă același.

Fapt important însă este ca doza zilnică să nu fie mai mare de 0,02 centigrame mercur pe zi și ca fie

care cură să nu coprindă mai mult de 0,40 centigrame mercur ; negreșit afară de cazuri excepționale. E foarte important ca să nu marim doza zilnică de 0,02 centigrame, măbind-o am aveă de multe ori neplăceri, nici să o micșorăm căci atunci ne lovim de inconvenientul că bolnavul nostru nu e suficient tratat și ca atare nu obținem rezultatul dorit.

Tratamentul astfel făcut e rațional și dă rezultate satisfăcătoare. Negreșit corpul tezei mele modeste nu-mi permite a cită observațiuni, și apoi ași găsi atât de multe în serviciul d-lui profesor PETRINI-GALATZ încât n'ași fi decât foarte încurcat pe care să aleg mai întâi, care de care fiind mai probante.

Ași puteă zice că afară de cazurile când experimentează vreun compus nou sau vre-o metoadă nouă, toate celelalte cazuri sunt tratate după aceeași metoadă.

Metoda d lui profesor PETRINI-GALATZI — Domnul profesor PETRINI-GALATZ este un adept și susținător al școlii franceze ; d-sa este pentru *tratamentul cronic sistematizat*.

Metoda ce am dat mai sus ca rațională și dătătoare de rezultate satisfăcătoare este chiar metoada d-sale. Voiu arătă în scurt preparatele mercuriale ce întrebuințază în serviciu.

Recomandă injecțiunile intramusculare ca cele mai bune.

Două sunt preparatele la care d-sa dă preferință :

1) Sublimatul corosiv sub formulă de 0,02 centigrame pe siringa de 5 centimetri cubi în apă fiziologică.

O injecțiune pe zi și 20 injecțiuni în serie de fiecare cură.

2) Calomelul în suspensiune în apă.

Un preparat excelent ce dă rezultate mai presus de toate așteptările.

Dosa ce întrebuințază este de 0,06 centigrame pe siringa Pravaz de un centimetru cub.

O injecțiune pe săptămână.

O serie de 6—8 injecțiuni constituie o cură.

Fiecare bolnav ce ese din serviciu vindecat de leziunile pentru care a fost primit, rămâne în cura serviciului — se presintă în prima zi de consultație gratuită unde i se dă un un *carton* pe care se scrie numele său, pe verso al cartonului sunt scrise precepte cât trebuie să urmeze cura. Pe acest carton se inscrie pe *ani* numărul de *cure* făcute.

Fiecărui bolnav i se (administrează) 30 pilule de tanat de mercur de câte un centigram, 2 gr. la 30 pilule din care trebuie să ia 2 pe zi precum și clorat de potasiu pentru gargară ca preventiv al stomatitelor.

În chipul acesta bolnavul ce a fost în serviciu și acum urmează cura la care consultațiunile gratuite, este supravegheat în tot timpul anilor de cură; i se dau sfaturi necesare după cartonul său să poată vedea oricând în ce an de cură este și câte serii de mercur în pilule a luat.

CAPITOLUL IV

Îngrijirile ce trebuiesc date unui sifilitic în afară de tratamentul specific, tratamentul ajutant.

Pe lângă tratamentul specific, tratamentul higienic, și moralul bolnavului trebuie să intereseze de aproape pe medicul său curant.

Ar fi de dorit ca orice medic înainte de a administra mercur bolnavului său să-i facă un examen cât mai amănunțit asupra rezervorilor escretori, eliminatori a medicamentului ce ei administrează.

Să vegheze ca corpul bolnavului să fie foarte curat, în acest sens e de recomandat ca orice sifilitic să facă cel puțin o baie de vapori, o baie de curățenie pe săptămână

Să se îngrijească ca gura bolnavului să fie în bună stare, să-i recomande să facă gargară cu clorat de po-

tasiu în tot timpul cât i se administrează mercur; bolnavul trebuie să-și spele dinții cu o perie de dinți. În modul acesta se poate preveni stomatita care dacă s'ar ivi, tratamentul trebuie încetat.

Stomachul bolnavului trebuie să funcționeze foarte bine, nu trebuie să aibă constipații, și pentru aceasta bolnavul trebuie să ia odată pe săptămână sau la 2 săptămâni odată un purgativ.

Medicul trebuie să vegheze ca aparatul urinar al bolnavului să funcționeze bine, nu trebuie să institue tratament când bolnavul are albumină.

Medicul este dator de asemenea să vegheze asupra moralului bolnavului. Mai toți bolnavii sifilitici se cred nenorociți, crezându-se bolnavi toată viața, au o frică enormă de viitorul lor cu boala ce au. Ei trebuie dar încurajați, trebuie asigurați că se vor vindeca, trebuie să le spunem că pentru sifilis posedăm o terapie mai sigură ca în multe alte boale.

Mulți foarte mulți sifilitici, în afară de boala aceasta, sunt atinși în același timp de o altă boală constituțională; unul e tuberculos, altul artritric, altul reumatizant, altul are o boală de inimă, unul anemic etc. etc. Ei bine ca medici, suntem datori să i îngrijim și aceste alte boale; neglijând îngrijirea lor, medicațiunea noastră specifică va merge încet, va merge prost.

Trebuie să facem uz de toate mijloacele raționale și compatibile cu medicațiunea specifică, pe cari ni le pune la discreție, la îndemână terapeutică.

Pe cel debil trebuie să-l întărim, să-i dăm tonice, arsenicale, pe cel tuberculos să-l hrănim bine, să-i dăm aer curat, celui artritric trebuie să-i modificăm terenul etc., trebuie deci pe toți să-i fortificăm, să-i facem apti a susține răul de care sunt atinși și de a suportă tratamentul mercurial. O cură sănătoasă, rațională, ne va da rezultatele cele mai frumoase, rezultatele dorite.



TECHNICA UNEI INECȚIUNI MERCURIALE

Cele mai dese ori inecȚiunile de mercur se fac in regiunea fesieră.

Pentru cunoașterea cu precizie a părții din regiune unde le putem face la adăpost de pericole, de complicațiuni, cred necesar a relua cunoștințele de anatomie topografică; că în urmă bazat pe ele, să pot trage o concluzie folositoare.

Acul seringei cu care se fac inecȚiunile, știm că trebuie să fie lung, deci intră profund în țesături, ori ținta noastră este ca: «*primum non nocere*» să nu atingem în drumul nostru vre-un organ, vre-un țesut important care ne-ar putea da complicațiuni supărătoare.

Deci cunoașterea precisă a locului pe unde trecem, a țesuturilor pe care le perforăm, se impune.

Anatomia topografică a regiunii

Regiunea fesieră își are limite bine definite: în sus creasta iliacă, în jos dunga fesieră, în afară o linie întinsă dela spina iliacă antero superioară la marele trochanter, înăuntru osul sacru și coccisul.

Variabilă de la individ la individ, mai ales după cantitatea de grăsime ce conține, această regiune este constituită din următoarele straturi:

Primul strat: Pielea groasă și adeseori atinsă de furunculi.

Al doilea strat: Pătura celulo grasoasă foarte abundentă, comunică cu aceea a coapsei și a cavității pelviene prin scobiturile sciatiche.

Al treilea strat : Aponevrosa fesieră subțire.

Al patrulea strat : Este format din mușchiul fesierul mare și o porțiune din cel mijlociu, porțiune ce rămâne neacoperită de primul numai în sus și în afară. (Fig. No. 1).

Mușchiul marele fesier este foarte gros de obicei și marginea sa inferioară determină dunga fesieră.

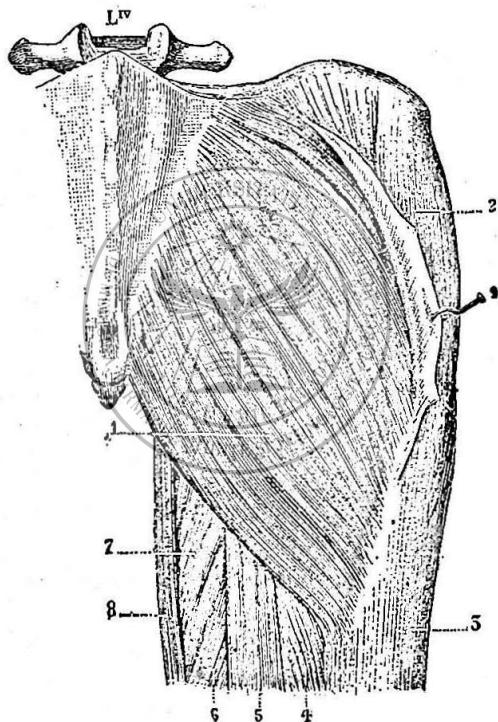


Fig.1. — Muschii fesei, stratul superficial. (Vezi pag. 67)

Al cincilea strat : Este format din porțiunea fesierului mijlociu acoperită de fesierul mare, aceasta în partea de sus a regiunii, iar în partea de jos pe același plan găsim mușchii : piramidal, gemenii, obturatorul intern, patratal crural și partea superioară a marelui abductor. (Fig. No. 2).

Tot în acest plan se găsesc vasele și nervii sciatici înglobați în o pătură celulo-grăsoasă abundentă.

Despre acestea vom vorbi mai jos pe larg.

Al șaselea strat: Este format de însăși fesa iliacă externă, acoperită în partea superioară numai de fesierul cel mic.

Al șaptelea strat și cel din urmă, este format din schelet și ligamentele sacro-sciatice.

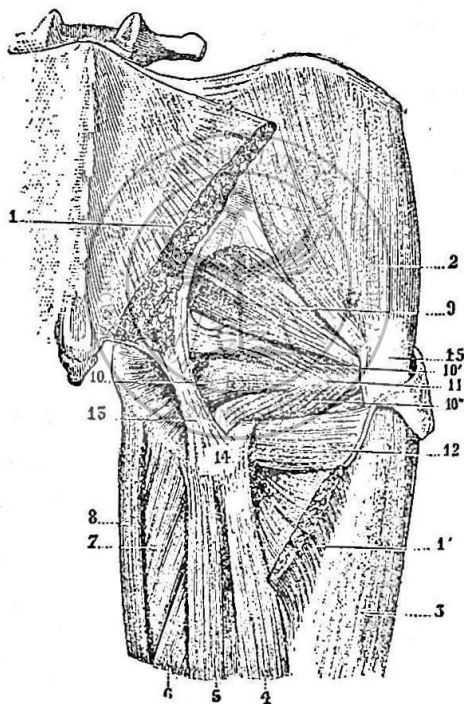


Fig. 2.— Muschii fesei, stratul profund după resecțiunea marelui fesier. (Vezi pag. 67)

Ceea ce am descris până aci se raportă la partea musculară și osoasă, însă nu aceasta ne interesează pe noi, căci legiunea acestor părți, nu are nici o urmare.

Ceea ce trebuie să cunoaștem, este drumul vaselor și nervilor cari, sunt destul de abundenți și importanți, pentru a-i avea în vedere de câte ori facem o injecțiune.

Prin marea scobitură sciatică vin în această regiune : artera fesieră, nervii fesieri, artera ischiatică, artera rușinoasă internă și nervul sciatic.

Prin mica scobitură sciatică vin : artera și nervul rușinos intern.

Să luăm pe fiecare din aceștia și să le studiem traectul.

Artera fesieră. Vine în regiunea tesieră prin partea cea mai superioară a scobiturerii sciatică cea mare, deasupra mușchiului piramidal prin urmare și imediat se împarte în două ramuri, din cari una merge între mijlociul și marele fesier, iar cealaltă între mijlociul și fesierul cel mic.

Ea corespunde unei linii dusă din spina iliacă postero-superioară la jumătate distanța între ischion și trochanterul mare. (Fig. No. 3).

Artera ischiatică: Ese pe sub mușchiul piramidal, dă mai multe ramuri dintre cari una mai principală, artera nervului mare sciatic, îl însoțește pe acesta până la scobitura poplitee. Ea corespunde just la partea mijlocie a spațiului dintre trochanterul mare și ischion.

Artera și nervul rușinos : nu ne interesează. Ei conturnă spina sciatică așa, că abia se arată în regiunea de care vorbim.

Marele nerv sciatic. Este cel mai important organ al regiunii și de el trebuie să ne ferim mai mult. Intră în regiune prin partea cea mai inferioară a scobiturerii sciatică și scoboară imediat într'un șanț format de trochanterul mare de o parte în afară și de ischion înăuntru.

Este acoperit de fasciculele cele mai inferioare ale fesierului mare.

Correspunde pe viu la jumătate drum între marginea posterioară a trochanterului mare și ischion, mai puțin apropiat de acesta din urmă.

DOPTER și TANTON dau traectul nervului sciatic în așa fel : o linie care pleacă de la un punct situat la două degete în afară de spina iliacă postero-superioară și sfârșește la intersecția dungei fesiere cu axul

median al coapsei, deci pe fața posterioară a acesteia
(coapsei).

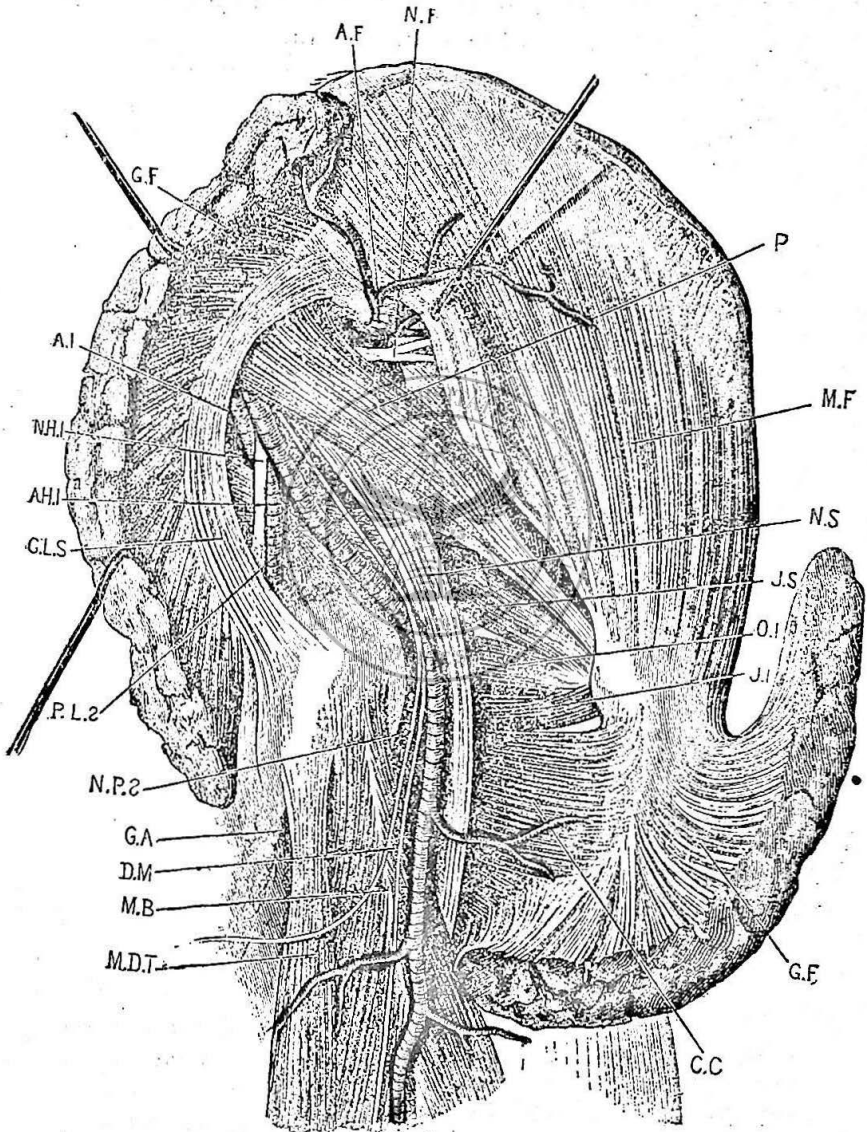


Fig. 3.— Regiunea fesieră.— Adult ; $\frac{1}{2}$ natură. (Vezi pag. 67)
Cât privește ceilalți nervi și artere enunțate mai sus,

fiind de mică importanță, ne mărginim numai a le menționă.

Având datele anatomice pe care le-am anunțat până aci să vedem care ar fi locul de elecțiune pentru facerea injecțiunilor intra-musculare cu compuși mercuriali.

Am văzut că șanțul dintre trohanterul mare ischion dă adăpost, la organe foarte importante ; din acest fapt

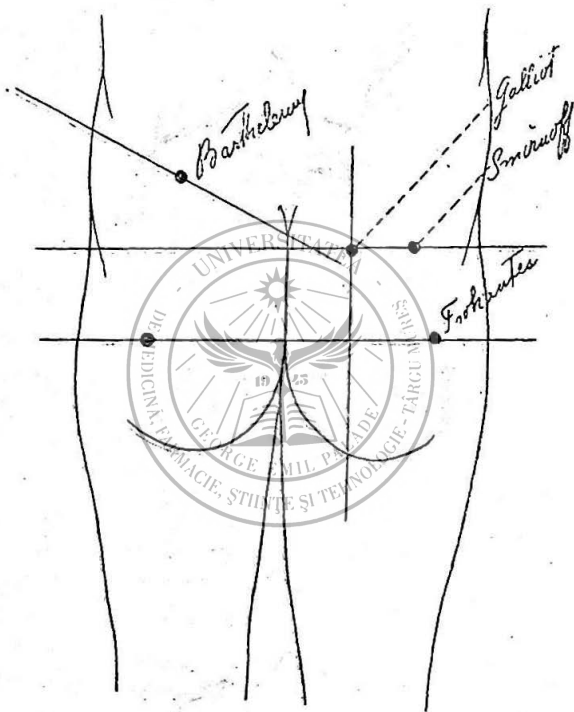


Figura No. 4.

reese o regulă de prudență ; pe acest șanț trebuie să'l evităm.

Cățiva autori au descris parte din regiunea fesieră puncte de elecțiune mai propice pentru a face injecțiunea.

1) SMIRNOFF, crede că injecțiunea trebuie făcută la 2 degete înapoi și deasupra trohanterului mare. (Fig. No. 4).

2) GALLIOT, are punctul său situat la intersecțiunea unei linii orizontale care ar trece la 2 degete deasupra trohanterului mare cu o linie verticală paralelă cu șanțul interfesier și la 2 degete distanță de acesta.

3) Punctul lui BARTHELEMY este situat la mijlocul unei linii care unește vârful liniei interfesiere cu spina iliacă antero-superioară, acest punct corespunde la marginea externă a mușchiului fesier mare. Unii definesc punctul lui BARTHELEMY astfel :

Mijlocul unei linii ce ar uni spina iliacă anterioară și superioară cu baza osului *cocix* ; ceea ce vine cam acelaș lucru.

Dacă ne uităm pe figura alăturată făcută în mod schematic vedem că punctele — astfel cum sunt repartisate — ne dau regulă că : putem face injecțiuni intramusculare ori și unde deasupra unei linii care unește partea cea mai eșindă a marilor trohanteri. În acest caz suntem în armonie cu preceptul foarte rațional că injecțiunea trebuie făcută pe un loc mai sus decât partea inferioară a feșei pe care șade bolnavul ; deci îi evităm durerile.

Afără de punctele notate mai sus, mai putem face injecțiune în șanțurile rachidiene la nivelul mușchilor dorso-lombari.

JULIEN face injecțiuni în regiunea scapulară în unele cazuri de șancre sifilitice ale sânelui.

Eu cred însă ca regiunea fesieră e cea mai bună de făcut, acolo avem mușchi mai mari, „ ai bine desvoltați.

Pentru profesorul FOURNIER orice punct din terțue ($\frac{1}{3}$) superior al feșei este propice pentru injecțiuni.

Înainte de a arăta cum trebuie să se procedeze când facem o injecțiune intramusculară mă găsesc dator a da câteva date, câteva sfaturi relative la bolnavul căruia îi facem injecțiuni, la instrumentația de care ne servim și la materialul necesar.

În cece privește bolnavul iată ce am de spus :

Înainte de a supune bolnavul nostru tratamentului prin injecțiuni trebuie să observăm următoarele regulile de o importanță capitală și anume :

1) Înainte de toate trebuie să examinăm starea generală a bolnavului, greutatea lui, etatea, sexul; starea susceptibilității lui, precum și starea rezervoarelor lui.

2) Examenul urinei trebuie făcut în totdeauna. Nu vom face injecțiuni mercuriale unui bolnav ce va avea albumină.

3) Trebuie să examinăm gura bolnavului, dacă are cari dentare, dacă dinții sunt întreținuți în stare proastă vom avea mai în totdeauna stomatite și vom fi siliți să întrerupem tratamentul.

4) Igiena generală a bolnavului trebuie luată în considerație

5) În totdeauna trebuie să debutăm cu doze mai mici pentru a vedea susceptibilitatea lui.

6) Dacă bolnavul are *Idiosincrasie* pentru mercur, vom căuta să-i acomodăm organismul

7) Frecvența injecțiilor ce facem; cele solubile le putem face zilnic, cele insolubile odată pe săptămână. După cazuri, după indicațiuni, le putem face mai dese; aceasta e în strânsă legătură cu tratamentul de care avem nevoie, uneori suntem siliți să facem un tratament energic. E neapărat necesar însă să ținem seamă de susceptibilitatea individului.

O serie de injecțiuni cu seruri solubile să nu cuprindă mai mult de 20, maximum 30 injecțiuni.

O serie de injecțiuni insolubile să nu cuprindă mai mult de 5—10 injecțiuni.

8) Doza injecțiilor.

Doza variază cu soluția ce întrebuițăm cu individul, dar mai ales cu cazul de sifilis ce tratăm, este el mai malipi, mai rebel avem nevoie de tratament energic.

Întru cât privește materialul cu care facem injecțiile, lichidul, iată ce avem de zis :

1) Constituția chimică a lichidului să fie bine definită.

2) Să se poată conserva ușor.

3) Să fie solubil în apă, sau dacă e insolubil, să poată fi atacat ușor de lichidele organismului, așa ca

să dea un produs de descompunere solubil în acele lichide

4) Să nu dea precipitat cu substanțele din lichidele organismului.

5) Să fie cât mai puțin toxic.

6) Să nu provoace dureri mari insuportabile.

7) Să nu dea nici abcese, nici nodurile.

Unele din aceste condițiuni le poate avea soluțiunea când este păstrată în flacoane mici de sticlă astupate în mod ermetic. Idealul ar fi ca fiecare flacon să conțină cantitatea necesară pentru o singură ședință.

În acest mod am putea evita ca acul siringei ce întrebuințăm să vie în contact de mai multe ori cu lichidul, deci se evită posibilitatea de a-l contamina.

Când vedem că soluțiunea din flacon este turbure, și-a schimbat consistența sau culoarea, trebuie s'o evităm.

S'a preconizat de către unii adăogirea la soluțiune a unei cantități oarecare, de acid fenic, cocaină sau morfină.

Găsesc că acestea sunt nefolositoare, și iată de ce.

Sunt săruri de mercur care se descompun în contact cu acestea cu cocaină mai ales, dând precipitate.

Ar fi imprudent apoi de a introduce zilnic în organismul bolnavului o soluție toxică fie chiar cât de mică, când el este deja destul de slăbit prin infecțiunea sifilitică. Găsesc că rolul substanțelor citate, ca analgesice, este ilusoriu, și iată de ce : efectul lui este la început și de foarte scurtă durată, și din contră, noi avem de combătut durerea care survine mai târziu câtva timp dela injecțiune.

În mod general, sărurile solubile sunt disolvate în apă destilată, ce este un excelent vehicul ; (în serviciul d-lui profesor PETRINI GALATZ se întrebuințează calomelul în suspensiune și dă rezultate excelente), sau sublimatul într'o soluțiune isotomică (seriu : clorur de sodiu 7,50 gr. apă 1000 gr).

Pentru sărurile insolubile se pot face emulsioni cu apă gomoasă, parafină lichidă, glicerină (care are des-avantagiul de a fi foarte dureroasă), untdelemn, ulei

de migdale dulci, ulei de nucă, de ricin; acestea din urmă au desavantagiul că râncezesc foarte repede.

BALZER întrebuițează Valeina, ce e un bun emulsionant

În privința instrumentelor ce întrebuițăm, iată ce am de spus: Avem nevoie de o seringă și de un ac de 4—5 centimetri; ele trebuiesc să îndeplinească oarecari condițiuni:

Siringa cu care facem injecțiunile. Astăzi mai toți se servă la facerea injecțiilor de *siringa lui Pravaz*, despre care pot spune dela început că este destul de bună, deși pistonul ei se lasă foarte ușor a fi atacat mai cu seamă de soluțiunile uleioase. Acelaș lucru pot să spun despre siringele cu pistonul de *asbest*. Ambele se sterilizează cu greu și se strică ușor.

Dacă nu ar fi chestiunea de fragilitate și dacă mănuierea ei nu ar cere foarte multă atenție, ași recomanda *siringa lui Luer*, care pare ideală. În adevăr, construită toată în sticlă nu mai este atacată; o putem păstra lesne într-o soluție antiseptică și o putem steriliza de câte ori vrem.

Doctorul FLEURARD din Paris, a adus o modificare acestei seringi; corpul de pompă l'a lăsat de sticlă, roncodela inferioară însă a pistonului a făcut-o de fildeș. Această seringă este însă foarte scumpă.

O seringă iarăși foarte bună a fost construită de D-rul MATHIEU, pistonul ei este de fildeș, care în timpul fierberii de $\frac{1}{2}$ oră se înmoaie lesne.

Este foarte necesar ca o seringă să aibe diviziuni, și aceasta fiindcă în unele injecțiuni, cum de exemplu «uleiul cenușiu», avem nevoie de mare precizie în cantitatea pe care o injectăm.

D-rul BARTHELEMY care face foarte mult uz de această substanță, și-a construit o seringă specială. S'au descoperit *aparate injectoare* compuse astfel: flaconul lor este așa făcut încât la unul din capete să se poată adapta acul, iar în celălalt o pară de cauciuc cu care împingem lichidul.

Pe cât sunt de ingenioase aceste aparate, pe atât sunt de nepractice, și atât de scumpe încât, sigur că niciodată nu vor intra în practica curentă. Oricare ar fi siringa cu care practicăm injecția, să o sterilisăm prin fierbere cel puțin $\frac{1}{2}$ oră în apă destilată, și după ce am uscat-o să aspirăm soluțiunea pe care o întrebuițăm ; ne uităm în siringă dacă lichidul este limpede, facem injecțiunea dacă cea mai mică turburare apare, reîncepem operațiunea și în urmă o facem. Capacitatea ei comună e de obicei de 1 ctm. cub.

Sunt siringi construite numai în metal, altele numai în cauciuc ; ar fi banal cred, să mai spun că pe acestea mercurul le atacă în așa fel, că după puțin timp le face impractice.

Acul ce vom întrebuiți. Se întrebuițează în practica curentă ace de oțel sau de platină, cele de oțel sunt mai fine, intră mai lesne în țesături ; au inconvenientul însă că se oxidează foarte ușor, mai ales când sunt flambate, se strică foarte lesne.

Acele trebuie sterilizate numai prin ebulițiune, sau la Etuvă.

Acele de platină sunt cele mai recomandabile, nu se oxidează, se pot flamba până la roșu intră însă ceva mai greu în țesături decât cele de oțel.

Lungimea acului trebuie să fie cel puțin de $4\frac{1}{2}$ —5 centimetri ; cu toate că preparațiunile solubile ca bridurul apos, benzoatul, hermofenilul se pot injecta fără inconvenient chiar cu ace mai scurte. Pentru injecțiunile insolubile este neapărată trebuință de un ac de $4\frac{1}{2}$ —5 centimetri și cu cât bolnavul are mai multă grăsime (unele femei au fesele foarte grase) cu atât avem nevoie de un ac mai lung pentru a putea ajunge în plin țesut muschiular, așa că de multe ori avem nevoie de ace de 6—7 centimetri.

Totdeauna înainte de a face o injecție trebuie să verificăm dacă siringa e bună, dacă acul e permeabil ; dacă vârful lui este ascuțit, dacă nu e indoit, dacă e bine lipit la gardă, faptele acestea neverificate dau ur-

mări neplăcute. Niciodată nu trebuie să flambăm acul mai ales când îl avem adaptat la seringă mai ales când aceasta e încărcată; căci dacă avem aface cu o soluțiune de ulei partea din soluțiune care se află pe ac în momentul flambărei, prin căldură se descompune și mici părțile carbonisate se depun obstuind lumina acului.

Vorbind de locul de Elecțiune am arătat locul unde se pot face injecțiunile.

Injecțiunile solubile se pot face și profunde și sub cutanate, unde țesutul celulo-adipos e foarte abundent.

Doctorul LÉVY BING ¹⁾ în teza sa citează cazuri unde chiar injecțiile solubile făcute sub cutanat dau limfangite foarte dureroase. El e de părere că atât cele cu săruri solubile cât și cele cu săruri insolubile trebuie făcute profund, intra-muscular pentru a nu da neplăceri.

Se mai pot face *injecțiuni direct în venă*. D. Profesor PÉTRINI-GALATZ făcea odată în serviciul său, s'a făcut chiar o teză ce trata acest subiect, d-sa le a părăsit din următoarele puncte de vedere:

1. Pentru că dau aceleaș rezultat ca și cele intra-musculare.

2. Pentrucă putem expune bolnavii la pericole.

3. Din cauza lipsei de timp cum în serviciul d sale sunt mulți bolnavi cari au nevoie de injecțiuni nu era practic a întrebuița injecțiile intravenoase care cer o tehnică mai complicată, și mai mult timp disponibil.

Se fac injecțiuni sub conjunctivale rare ori (M. DARIER) sunt recomandabile în terapeutică oculară când avem aface cu accidente siflitice ale ochiului; gome ale irisului, *corio-retinite* etc; aceste feluri de injecțiuni sunt foarte dureroase. *In a'lecțiunile siflitice* ale măduvei sau preconizat injecțiuni intrarahidiene Dr. PAUL CARNOT preconizează *injecțiuni intratracheale* însă acestea cer instrumentație specială și au numeroase inconveniente.

¹⁾ Tèze. Paris, 502 Levy-Bing.

Terminând aceste discuțiuni folositoare pentru a putea proceda la facerea unei injecțiuni voi căuta să descriu cum se face o injecțiune intramusculară.

Tehnica unei injecțiuni. Procedeele ce trebuie întreprinse diferă puțin de la o injecție solubilă la una cu o sare insolubilă.

Voi descrie cum se face o injecție cu o sare insolubilă.

Posițiunea ce trebuie să aibă bolnavul în timpul când se face injecția :

Bolnavul va stă întins în pat, culcat pe pântice, fie pe o parte, trebuie ca toți mușchii să fie în rezoluție completă, trebuie prevenit că operația ce-i vom face e foarte ușoară, nu trebuie să fie emoționat și mai ales să nu se miște.

După aceea procedăm la asepsia regiunii.

Spălăm locul unde vom să facem injecțiunea cu apă sterilizată și cu săpun negreșit frecând cu peria. După aceasta cu un tampon muiat în sublimat sau în apă sterilizată spălăm săpunul.

Ștergem apoi bine regiunea spălată cu un tampon muiat în puțin alcool la 90%.

După aceea frecăm puțin regiunea cu un tampon muiat într'o soluție de Eter. E foarte bine de a lăsa tamponul îmbibat cu Eter pe locul unde vom a face înțepătura, cu modul acesta anestesiem puțin pielea.

Regiunea astfel preparată, luăm în mână acul pe care îl introducem dintr'o dată până la armătura sa profund în plin mușchiu. Facem tamponului de vată un vârf ascuțit pe care îl introducem pe ac pentru a vedea dacă ese sânge ; dacă vedem sânge aceasta înseamnă că am trecut printr'un vas și nu e prudent să introducem soluțiunea mai cu seamă când facem injecția cu o sare insolubilă. Ar fi foarte periculos am putea avea o Embolie cu urmări grave, chiar letale. Trebuie atunci să facem o nouă înțepătură. După aceea vărsăm soluția într'o linguriță de porțelan care a fost sterilizată, încărcăm seringă astfel încât să nu se

strecoare aer într'ansa, adaptăm apoi siringa bine la ac și înpingem încet lichidul ; când această operație e terminată scoatem dintr'odată acul și astupăm locul înțepat cu pulpa degetului, facem apoi puțin masagiul al regiunii și operațiunea e terminată.

Unii condamnă masagiul spunând că lichidul injectat s'ar răspândi pe traectul parcurs de ac faptul nu este esact.

În serviciul D-lui Profesor PETRINI GALATZ am făcut și am văzut făcându-se injecțiuni numai astfel și cu metoada ce am descris care e a domniei sale. Nici odată n'am avut de înregistrat vre-o neplăcere.

Dacă ese sânge în urma injecției e recomandabil să presăm puțin cu un tampon până încetează. Unii fac un pansament cu colodiu ca protegiutor al regiunii, am constatat că de multe ori mai totdeauna pot zice e inutil.

Bolnavul poate umbla.

Tehnica injecțiilor intra-musculare e mult mai simplă cu săruri solubile.

În loc să facem injecțiunea în 2 timpi cum facem la injecțiunile cu săruri insolubile, o facem într'un singur timp. Aci nu mai e nevoie de a vedea dacă vine sânge sau nu, sarea fiind perfect solubilă nu ne putem teme de Embolie. Facem deci înțepătura cu siringa încărcată și armată.

Une-ori după injecțiuni rămân niște noduli care dispar cu timpul, acești noduli țin de cele mai multe ori de o preparație imperfectă a soluției întrebuințate.

Unii bolnavi au dureri, care sunt trecătoare rare-ori persistă câteva ore și aceasta în cazul când cu acul nostru am atins vre-un firșor nervos.

O foarte inteligentă precauțiune e de a nu face înțepăturile a două injecțiuni prea apropiate, de asemenea la fiecare ședință trebuie să schimbăm locul în sensul de a face când într'o fesă, când într'alta.

CONCLUZIUNI

CHESTIUNEA I. — Când trebuiește început tratamentul ?

1. Sifilisul trebuiește tratat.
2. Tratamentul trebuiește instituit imediat ce infecțiunea e stabilită.
3. Infecțiunea e stabilită atunci când constatăm Șancrul sifilitic tipic sau alte manifestățiuni tipice.
4. Tratamentul instituit imediat la apariția șancrului sifilitic diagnosticat, micșorează erupția secundară, poate suprima perioada terțiară, joacă rol preventiv al boalei. După domnul profesor Petrini-Galatz se pot chiar aborta erupțiunile ulterioare ale infecțiunii sifilitice printr'un tratament cu injecțiuni intra-venoase de sublimat corosiv, instituit de la constatarea șancrului sifilitic.
5. Trebuie să dăm toată atenția diagnosticului unui șancru.
6. Nu trebuie nici o dată să ne pronunțăm repede de specificitatea unei leziuni, mai ales când caracterele ei sunt îndoelnice.
7. Spirocheta nu este încă un mijloc sigur de diagnostic ; nu se găsește în mod absolut în toate șancrele și lipsește în sângele din petele roseolei.
8. Nu îndeplinește condițiunile cerute unui mi-

crob spre a fi considerat cu sigur patogen al unei boale.

9. *Trebue să nu ne încredem în șancrele îndoelnice; conduita noastră față de ele trebue să fie asepsia, expectația și urmărirea boalei.*

CHESTIUNEA II. — Cât trebue să dureze tratamentul sifilisului?

10. *Durata tratamentului antisifilitic stă în raport direct cu perioada contagioasă a boalei.*

11. *Această durată în termen mediu a fost evaluată la 5—6 ani.*

12. *Cazuri rari și izolate se prezintă în care perioadă de contagione e prelungită la 10—20 ani după accidentul primar.*

13. *Nu se poate stabili o cifră exactă vorbind de timpul cât trebue să dureze tratamentul.*

14. *Faptul stă în raport și cu modul de a evolua, de a se manifesta, al boalei.*

15. *Din cele două metode de tratament, Metoada preventivă e cea mai bună.*

15. *Avantajele ei sunt multe previne și modifică manifestațiile ce vor veni; influențează diatheza tinzând a distruge germenul de la rădăcină.*

17. *E nevoie absolută ca tratamentul să fie intermitent.*

18. *Părerile mai moderne, autori francezi mai ales susțin 4—5—6 ani de tratament mercurial intermitent.*

19. *Doza zilnică nu trebue să fie mai mare de 0,02 centigrame.*

20. *O serie de cură trebue să cuprindă cum 0,40 centigrame de Mercur.*

21. *Moralul bolnavului trebuie îngrijit.*

22. *Igiena nu trebuie neglijată.*

23. *Tratamentul adjuvant este foarte folositor.*

24. *Domnul Profesor Petrini-Galatz în scrierile sale admisesese că termen de urmat cura antisifilitică, patru ani; acum în urmă însă după mai multe observațiuni admite metoda următoare: Se va spune ori cărui bolnav utins de sifilis ca să urmeze regulat o cură de 4 ani și anume:*

În anul întâiu și al doilea să facă cu intermitențe 6 luni de cură, 6 luni de repaus.

În anul al III-lea să facă o cură 5 luni cu 7 luni repaus.

În al 4-lea an o cură de 4 luni adică o cură de o lună și 2 repaus.

După ce s'a urmat astfel domnul profesor Petrini-Galatz recomandă astăzi acestor bolnavi să mai facă în fiecare an câțiva ani o cură de 20 zile toamna și primă-vară.

CHESTIUNEA III. — **Technica unei injecțiuni intramusculare.**

25. *În facerea unei injecțiuni intramusculare anatomia regiunii trebuie bine cunoscută.*

26. *Cele mai bune precauțiuni trebuiesc luate la facerea unei injecțiuni.*

27. *Examenul general al bolnavului, examenul gurei, buna funcționare a glandelor, pielei și a rinichilor.*

28. *Prezența albuminei în urină nu e o contra indicațiune de cât când ea este însoțită de o proastă funcționare a rinichilor (dr. Petrini Galatz).*

29. *Siringa și acele pentru injecțiuni trebuiesc să*

fie de o curățenie perfectă și ireproșabile ca funcționare.

30. Să fie fierte atât acul cât și siringa de injecțiune cel puțin $1\frac{1}{2}$ ora.

31. Acul siringei să nu fie mai scurt de 4—5 centimetri; acele de platină sunt mai bune.

32. Pentru facerea injecțiunii bolnavul trebuie să stea întins pe pat cu mușchi în rezoluție completă.

33. Asepsia riguroasă a regiunii este de mare importanță.

34. La injecțiunile cu săruri insolubile injecțiunea trebuie făcută în 2 timpi.

35. Or ce punct din tertul superior și extern al fesei este propice pentru facerea injecțiunii.

36. Nu e necesar a aplica vre-un pansament pe locul unde s'a făcut injecțiunea, afară de rari cazuri când ea este făcută cu uleiul cenușiu.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei
Prof. Dr. PETRINI GALATZ

Decanul Facultății
Prof. Dr. N. MALDARESCU

EXPLICAȚIA FIGURILOR

Figura I-a. Mușchii fesiei, stratul superficial

1. M. fesier cel mare.
2. M. fesier mijlociu acoperit de aponevroza sa.
3. M. vast extern acoperit de aponevroza sa.
4. Lunga porțiune a bicepsului.
5. M. Semi tendinos.
6. M. Semi membranos.
7. M. Aductor cel mare.
8. M. drept intern.
9. Porțiunea aponevrosei fesierului cel mare, întoarsă în afară.
10. Vertebra IV lombară.

Figura II-a. Mușchii fesiei, stratul profund după resecțiunea marelui fesier.

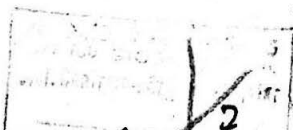
1. Extremitatea superioară a fesierului cel mare.
1' Extremitatea sa inferioară.
2. M. Fesierul cel mijlociu.
3. M. Vast extern acoperit de aponevroza femorală.
4. M. Biceps.
5. M. Semi tendinos.
6. M. Semi membranos.
7. M. Aductor cel mare.
8. M. Drept intern.
9. M. Piramidal.
10. M. Obturator intern cu 10' gemen superior și 10'' gemenul inferior inserându-se toți pe un tendon comun.
12. M. Patratal crural.
13. Ligamentul socrò-sciatic cel mare.
14. Osul Ischion.
15. Trohanterul cel mare.

Figura III-a Regiunea fesieră, 1/2 natură.

- AF. Artera fesieră.
AIII. Artera rușinoasă internă.

- AI. Artera ischiatică
CC. M. patrat crural.
DM. Inserțiunea mușchiului semi-membranos pe Ischion.
GA. Al III-lea adductor.
GF. M. fesier cel mare.
GL. S. Ligamentul sacro-sciatic cel mare.
JI. M. gemen inferior.
JS. M. gemen superior
MB. M. biceps.
MDI M. semi tendinos.
MF. M. fesier cel mijlociu.
NF. Nerv.
NHI. Nerv. rușinos intern.
NPS. Nerv. mic sciatic.
NS. Nerv. sciatic cel mare.
OI. Tendonul mușchiului obturator intern.
P. M. Piramidal.
PL. S. Ligamentul sacro-sciatic cel mic.

Aceste figuri sunt împrumutate din Testul și Tillaux.



BIBLIOGRAFIE

- 1) *Pr. A. Fournier*, «Traitement de la Syphilis»,—Syphilis et Mariage.
- 2) *Dr. Er. Finger*, «La Syphilis et les maladies vénériennes».
- 3) *Ph. Ricord*, «Lettres sur La Syphilis».
- 4) *Pr. Doctor Petrini-Galatz*, «Dare de seamă științifică asupra lucrărilor efectuate la al III-lea Congres internațional de Dermatologie și Sifilografie, ținut la Londra în August 1896.
— Considérations sur le Traitement de la Syphilis en général et de la Syph. tertiaire en particulier. 1898.
— Infecțiunea sifilitică; Lecția clinică, 1898.
- 5) *Dr. Alfred Levy Bing*, Les Injections mercurielles intra-musculaires dans la Syphilis. Thèse de Paris.
- 6) *Pr. E. Gaucher*, «Traitement de la Syphilis), II-e édition des Monographies cliniques.
- 7) *A. Buta*, Cauzele Sifilisului în țară, 1892.
- 8) *Déchambre*, «Dictionnaire Encyclopédique des Sc. médicales», Art Syphilis.
- 9) *Emery*, «Traitement de la Syphilis».
- 10) *Hunter*, «Traité des maladies vénériennes», Richelet.
- 10) *Nicoreanu C.*, «Contribuțiuni la studiul sifilisului în România, 1889.
- 12) *Dr. E. Monin*, Les Remèdes qui guérissent.
- 13) *Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 1904—1905.
- 14) *Reviste* :
— «Presse Médicale» 1905.

- «Semaine Médicale» 1905—1906.
— «Revista Științelor Medicale» a d-lui dr. Cantacuzino. Art. Spirocheta palida.
«Traité d'Anatomie descriptive»—*L. Testut*. Vol. I, II.
«Traité d'Anatomie topographique»—*P. Tillaux*.



CHESTIONAR

Anatomia descriptivă: Peritoneul.

Anatomia patologică: Epitelioma.

Botanica: Sistemele de țesături la vegetale. Sistemul tegumentar, conjunctiv, fascicular.

Chimia medicală: Acizi organici monovalenți. Acidul formic, acetic, preparațiunile proprietățile și usagiile lor precum și ale sărurilor și Eterilor lor.

Dermatologia și Sifilografia: Forunculoza.

Farmacologia: Acidul fenic.

Fiziologia: Metodele de studiu experimental al funcțiunei Emisferelor cerebrale.

Higiena: Regimul alimentar.

Istologia: Structura ficatului.

Medicina legală: Infantuciderea.

Obstetrica: Fenomenele gravido-cardiace.

Patologia chirurgicală: Epididimita.

Patologia generală: Idiosincrasia.

Patologia Infantilă: Deviațiunile coloanei vertebrale.

Patologia medicală: Simptomele tabesului dorsal spasmodic.

Terapeutica: Acțiunea fiziologică a ferului și aplicațiunile sale terapeutice.

Zoologia: Acranieni și Pești. Specii utile. Noțiuni generale de Embriologie. Gastrula Embrion.
