Anul IV-lea No. 1—2. Ian.—Febr. 1931.

329
273606

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

517

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 3

Consideraţiuni asupra criteriilor de vindecarea sifilisului (Se vindecă sau nu sifilisul?) de *Dr. M. Săceanu*-Craiova 9

Specialităţile farmaceutice de *Farm. Dr. N. Petrescu* . . 22

Fototerapia în erizipel de *Dr. Ar. Stere*-Bazargic 26

Diagnosticul precoce al sarcinei prin proba hormonală a lui Aschheim-Zondek de *Dr. H. Silberman*-Galaţi 38

Despre dinţii incluşi de *Dr. Ioh. Rosman*-Cernăuţi 49

Un cas de eritrodermie bismutică de *Dr. V. Drăgoescu* şi *S. Băcescu* 56

Sur un cas de surrenalome hypertensif de *Docent Dr. M. Cânciulescu şi D-ri R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein, I. Vasilescu* 60

Tuberculosa miliară iriană şi keratită interstiţială tuberculoasă vindecate prin radioterapie de *Dr. I. Glăvan*-Oradea 69

Un caz de pleurezie hypercholesterinică de *Dr. Silviu D. Conn*-Călăraşi 75

Un caz de amenoree tratată prin hemoterapie şi diatermie de *Dr. G. Scripcă*-Giurgiu 80

Form. de terapeutică ginecologică de *Dr. A. Crăiniceanu* 84

Cunoştinţele medicale ale lui Homer de *Dr. Od. Apostol*-Cluj 89

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

22405.
Biblioteca Universitară „Regele Ferdinand I." din Cluj
No. 1044 1032
EXEMPLAR LEGAL.

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualităţi medicale

Pag.

Formula lui Arneth în tub. pulm. de *Dupont* — **Noi casuri de bradicardie cu hypercolinemie în cursul icterelor disociate pigmentare** de *D. Mante, Dulugea, Ionescu* — **Utilitatea examenelor medicale preventive complecte în diferitele perioade ale vieţei normale sau profesionale** de *G. Schreiber* — **Tratamentul plăgilor cu săpunuri** de *M. Renaud* — **Tetraclorurul de cărbune remediu eficace contra oxiurilor şi teniilor** de *Akil-Mouktar* — **Hemoragiile tracheale** de *Soulas* — **Contrib. la studiul lambliasei** de *Goia* şi *Gavrilă* — **Hypertermie congenitală** de *Troisier* — **Contrib. asupra kala-azarului infantil** de *Garcia* — **Un nou semn fizic în sero-pneumotorace** (sunetul burdufului) de *Mazzetti* — **Adenoidism şi tub. pulm.** de *Fossati* — **Asupra timpului capacităţii de concepţie a femei** de *Knaus* — **Presiunea mijlocie şi hipertensiune arterială** de *Vaquez* şi *Gomez* — **L'avenir de la médecine** de *James Mackenzie* 93 101

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — ORGANIZAŢIE SANITARĂ

Asupra proect. de regul. privitor la org. asistenţei medicale în instituţiunile spitaliceşti de *Dr. M. Cânciulescu* . . 103

Din ante-proectul de regul. la legea sanitară 107

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

Bucureşti medical No. 5–6, 7–8 | 1930 111

Buletinul medico-terapeutic 8, 9, 10–11 | 1930 111

Noua revistă medicală No. 5, 6 | 1930 112

Spitalul No. 9, 10, 11 şi 12 | 1930 114

Viaţa medicală No. 9 | 1930 117

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. — MONOGRAFII

Dr. S. Irimescu: **Tratamentul Tuberculosei**—1930 118

Dr. S. Irimescu: **Crisa de energie şi crisa de autoritate — Sănătatea publică în cadrul împrejurărilor de azi — Un partid al Sănătăţii publice**—1931 118

Dr. M. Kernbach: **Colegiul medical**—1931 120

Col. Dr. Gh. Pârvulescu: **Orchi-epididimitele tuberculoase** 1930 122

Instit. Dr. Cantacuzino: **Instrucţiuni pentru întreb. serurilor şi vaccinurilor**—1930 123

Dr. Od. Apostol: **Cunoştinţe folositoare şi practice de desinfecţie şi deparazitare**—1931 124

Dr. Marius Georgescu: **Rombul lui Michaëlis**—1930 . . . 125

Dr. A. Daniel: **Asistenţa Socială şi Medicina**—1930 . . . 126

Dr. G. Banu: **Mortalitatea infantilă în România**—1930 . 126

Director Gh. Banu: **Revistă de igienă socială**—1931 . . 127

Recensate *de Dr. M. Cânciulescu*

Caleidoscopul Medical Românesc al anului 1930 129

(Urmare pag. III-a cop.)

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ

Comitet de Patronaj:

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

Director:

Docent Dr. M. Cânciulescu.

Colaboratori:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D. Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeş - Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: Conf. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau — V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel - Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: Dr. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Gin.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I. — Conf. A. Poenaru.
Infecţioase: Prof. M. Ciuca — Conf. T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur.)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu — Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Conf. St. Drăgănescu —
Nutriţie: Doc. I. Daniel — Conf. G. Litarzeck — Conf. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Haţieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel.
Phisioterapie: Doc. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc. A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — T. Voiculescu.

Secretar de Redacţie: Dr. I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gardan

EXCELENT

ANTIPIRETIC şi ANALGEZIC

EFECT RAPID ŞI INTENS ÎN TOATE MALADIILE FEBRILE, ÎN GRIPĂ ŞI ÎN TOATE AFECŢIUNILE ÎNSOŢITE DE DURERI

Ambalaj original: Tub cu 10 şi flacon cu 25 comprimate de 0,50 ctgr.

279006

◆◆◆◆◆◆◆◆

KRESIVAL

SIROP CONTRA TUSEI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în toate maladiile provenite din răceală, ca şi în toate afecţiunile acute şi cronice ale organelor respiratoare

EXPECTORANT PLĂCUT ŞI AGREABIL ✳ FOARTE MULT APRECIAT

AMBALAJ ORIGINAL: ÎN STICLE DE 125 ŞI DE 500 grame.

„Bayer-Meister Lucius"

SECŢIA FARMACEUTICA — BIROUL ŞTIINŢIFIC

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene şi literatură gratuit prin reprezentanţii generali pentru România:

„PHARMA"-STUDERUS & Co.

BUCUREŞTI II, Strada Spiru Haret No. 5.

TELEFON 349,30

CRONICA

In Consideraţiuni critice asupra criteriilor de vindecare ale sifilisului *D-l* Dr. M. Săceanu, *caută să răspundă la întrebarea dacă* „Se vindecă sau nu sifilisul". — *Criteriile, după cari se judecă evoluţia sau vindecarea infecţiunei sifilitice, sunt: reacţia Wassermann, examenul lichid. lui cefalo-rachidian, comportarea transmisiunei hereditare şi posibilitatea unei reinfecţii; or fiecare din aceste date de orientare n-au o valoare absolută; cel mult dacă gruparea lor la o laltă reuşeşte a da indicaţiuni mai preţioase; şi chiar dacă un diagnostic de vindecare ar ţine seama de toţi aceşti factori deodată, întrucât el nu poate impune certitudinea, tratamentul trebue să dureze peste termenul fatal de 3—4 ani care s-a fixat ca o noţiune cu desăvârşire greşită în mintea bolnavilor; iar medicii trebue să impună acestora a se conforma acelui „Calandrier du syphilitique" pe care îl dă Dr. A. Martinet la pag. 627 a cărţii sale „Les medicaments usuels" 5 édit., Masson, Paris.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

D-l Farm. N. Petrescu, *licencié ès-sciences şi doctor în farmacie al Univ. din Paris, premiat de către universitate cu medalia de argint pentru lucrurea sa „Etude botanique et pharmacologique des Jusquiames", pe care am recensat-o în „Mişcarea Medicală" No. 7—8, 1929, pag. 587, face procesul* „Specialităţilor farmaceutice" *adică al acelor remedii din vreme preparate şi cari poartă pe etichetă cu indicaţia pentru ce boale se potrivesc şi a dozelor, în cari trebuesc luate de pacient.*

Autorul le împarte în „adevărate specialităţi" şi „false specialităţi", cele dintâi se referă la produse noi obţinute pe cale naturală sau sintetică sau la un produs mai vechiu dar obţinut de vre-o fabrică în condiţiuni mai superioare de purificare sau acţiune; celelalte sunt simple amestecuri de droguri cunoscute, combinate în fel şi chipuri şi cari n-au special decât aspectul ambalagiului şi al unui nou nume propriu; pe cele dintâi autorul le aprobă; pe celelalte le condamnă şi le denunţă a fi prejudiţiabile bolnavilor, farmaciştilor şi chiar medicilor.

Promitem a reveni pe larg într'un articol al revistei asupra acestei probleme, arătând: de ce au prins în public şi au forţat prescrierea lor de către medici aceste specialităţi farmaceutice şi

de ce alături de neajunsurile ce pricinuesc, prezintă și avantagii incontestabile, cari le justifica multora dintre ele existența.

Pentru moment ne permitem a remarca D-lui farm. Dr. N. Petrescu că nu Franța este monopolisatoarea acestui comerț ci că toate țările îl practică cu aceiași furie înnăuntrul și înafara hotarelor lor; de aceea asociații respective naționale au luat poziție contra lor în țările lor de origină, dar fără rezultat; iar în afară țările importatoare nu le pot opune o mai eficace barieră, aceste articole de export prevalându-se de drepturi, pe cari și le câștigă prin tot felul de sacrificii.

Unul dintre aceste sacrificii este și acela de a-și asigura publicitate în revistele medicale, dar nu reprezintă acesta cel mai mare scrificiu; dar este unul dintre cele mai eficace sacrificii; cași Soc. de asigurare, care speculează pe medici, casele farmaceutice plătesc revistele, cari le înlesnesc reclama, cu totul sub cifra beneficiilor morale și materiale, ce trag; iar revistele se resemnează numai pentru a-și putea asigura existența.

Cât privește drepturile de proprietate asupra produselor lor, ce fabricanții își încalcă reciproc prin schimbarea numelui și a embalagiului, remarc că urotropina germană azi detronată la noi de uroformina franceză s-a substituit unui preparat (formina) la origine tot francez studiat încă dela 1894 de Bardet și Trillat (A. Manquat, Traité de Thérapeuthique tome II, pag. 117).

*

Fototerapia în erizipel. D-l Dr. Aristide Stere *expune rezultatele favorabile ale fototerapiei totale în erizipel. D-sa este cel dintâiu autor, care a preconizat fototerapia în erizipel, primele D-sale încercări pe 30 de cazuri fiind publicate încă de acum 20 ani în revista „Spitalul"; deasemenea este singurul care a întrebuințat în acest scop lumina produsă de reflectorul cu electrozi de cărbune. Mai afirmă că cu reflectorul adus în țară în 1907 de D-sa, a debutat fototerapia în țara românească. Ultimele 23 cazuri de erizipel tratate prin aceași metodă în interval de 7 ani au confirmat primele rezultate.*

Digitized by Universitatea "Ion Ionescu de la Brad" Iași

*

Diagnosticul precoce al sarcinei prin proba hormonală a lui Aschheim-Zondek *a fost controlat de D-l* Dr. Henric Silberman *pe 32 cazuri cu 97%, rezultate întărite prin controlul clinic ulterior.*

Metoda se bazează pe eliminarea prin urina gravidelor a hormonului hipofisar anterior, hormon care presidă la maturația sferei genitale și care apare puțin timp după concepțiune și dispare îndată după întreruperea sarcinei. Se practică inoculând urina în anumite cantități la șoricei albi, nepuberi, pe cari sacrificându-i după maximum 96 ore se constată în caz când proba este pozitivă, anumite reacții în organele sexuale (ovar sau testicul).

*

Despre dinţii incluşi *tratează D-l* Dr. Iohanas Rosman, *care bazat pe două observ. personale denunţă turburările de multe ori nediagnosticate, datorite existenţei dinţilor incluşi, a căror clasificare, etiologie, simptomatologie şi tratament autorul le expune în amănunţime.*

*

D-l Dr. Silviu Conn *publică observiţia unui* Caz de pleurezie cu hypercholesterinie.

Asemenea cazuri sunt rare şi mecanismul de determinare al acestei hypercholesterinii locale n-a fost încă pe deplin elucidat, precum n-a fost încă stabilită cu precisiune natura lor.

Autorul înclină a considera în speţă o natură tuberculoasă, cu toate că îşi pune un semn mare de întrebare şi pentru cea neoplasică.

Limfadenia generalizată, care ar fi putut foarte bine fi determinată de o leucemie limfatică (cu toate că în obs. nu se dă cifra globulelor albe ci numai formula sanguină cu 86% limfocite) sau de o limfogranulomatosă (cu toate că lipseşte eosinofilia sanguină dar sunt prezente manifestaţii cutanate) are multe probabilităţi de a fi cauza acestei pleurezii chiliforme hipercholesterinice prin intermediul unui proces pleuro-pulmonar.

*

Un caz de eritrodermie bismutică *publică D-nii D-ri* Drăgoescu şi Băcescu. *Cazul prezintă importanţă pentru raritatea eritrodermiilor de origină bismutică şi pentru considerentul că nu trebue continuat un tratament antisifilitic la un bolnav, la care apar erupţiuni medicamentuoase în cursul tratamentului, pentru-că ele pot fi preludiul unei eritrodermii uneori fatale.*

www.libtool.com.cn

*

Tuberculoză miliară iriană şi cheratită interstiţială tuberculoasă vindecată prin radioterapie. *D-l* Dr. I. Glăvan *publică observaţia clinică a unui atare caz survenit în mod secundar la o femee cu tuberculoză pulmonară şi pune în evidenţă rezultatele admirabile obţinute prin radioterapie.*

*

Un caz de surrenalom hipertensiv *publică Docent* Dr. M. Cânciulescu *împreună cu colab. săi D-ri* R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein, I. Vasilesscu. *Tumora supra-renală identificată la necropsie ca un paragangliom atipic, a determinat la început accese paroxistice de hipertensiune, iar spre sfârşit o ridicare permanentă a tensiunei arteriale.*

Din moment ce tumorile medulare tind ca şi cele ale substanţei corticale către hipertensiunea permanentă, distincţia ce se făcea mai înainte între aceste 2 varietăţi de tumori suprarenale nu mai este justificată, iar paroxismele hipertensive pierd valoarea lor de semn funcţional medular, păstrând numai un caracter general

de ordin suprarenal. Bilateralitatea frequentă a tumorilor suprarenale, face să se piardă avantagiul unui diagnostic precoce de sediu, care diagnostic ar fi putut permite o indicaţie operatorie.

*

Un caz de amenoree tratată prin hemoterapie şi diatermie *de* D-l Dr. Scripcă. *Autorul publică observaţia detaliată şi urmărită pe un period mare de ani, ceace îi creşte valoarea clinică, a unui caz de amenoree care, ameliorată temporar prin metoda preconizată în 1925 de D-l Dr. P. Tomescu, a hemoterapiei, a fost definitiv vindecată prin tratamentul cu diatermie locală.*

* *

La ordinea zilei este Ante-proectul de organizare a învăţământului superior, *deci şi a celui medical.*

Autoritatea, care va propune un atare proect, chiar când va fi reprezentată de către un universitar, nu va putea niciodată mulţumi pe toţi şi în primul rând pe medici; pentru multe motive; printre cari cele de ordin personal nu vor fi cele de pe urmă; mai cu seamă când persoana medicală poartă pe picioare o personalitate cu veleităţi universitare încă neîmplinite.

De aceea cei 62 conferenţiari ai Fac. de Medicină din Bucureşti se agită *şi cer abrogarea dispoziţiunilor, cari le impun concursul pentru agregaţie la numai pe jumătate din numărul lor a celor 32 catedre, la cari aspiră;* cea ce constitue ipso facto o justificare în plus a concursului, *iar* docenţii protestează *contra tentativei la însă-şi viaţa docenţei, care se proectează a fi desfinţată:* cea ce nu le poate conferi un drept mai mult celor cari prea s'au înghesuit *în număr nu mai mic la această primă poartă de năzuinţe.*

Personal socotim că nu este un rău că slăvina, prin care s-au scurs prea mulţi de unii şi alţii, trebueşte să fie odată suprimată; suprimată şi bătut cep, nu închisă, ca să nu se mai poată nici prelinge vre-o insinuantă picătură; precum şi că s-a pus stavilă fatalului robinet No. 81, care numai cât urechile acului să mai fi rămas crăpat şi tot s'ar mai fi lăsat trecut de un nou profesor.

*

Care profesor, chiar dacă cu merite de specializare, dar fără perspectiva unui larg orizont al întregei medicine, fără să fi venit în contact cu boala sub diferitele ei aspecte (de formă şi evoluţie), fără să fi fost „practician" *şi încă pe un lung şir de ani, şi tot n-ar trebui să ocupe o treaptă atât de înaltă pe scara învăţământului superior medical, dupe* James Mackenzie, *autorul faimoasei cărţi,* L'avenir de la Médecine, *ce nu facem decât a semnala la pag. 101.*

Cartea acestui celebru cardiolog, făuritor de drumuri noi în studiul aritmiilor, la început modest practician într'un orăşel lângă Londra, trebueşte adâncită de cei cari şi-au luat rolul de organizatori ai învăţământului nostru medical; celor cu bune intenţiuni le va fi de real folos; aşa precum celor cari se pregătesc să intre în templul lui Esculap, adică studenţilor, cetirea cărţilor, cari

tratează asupra „Introducerii la studiul medicinei" *le va lumina calea, iar practicianilor le va deschide ochii* „Les Cercles vicieux en pathologie de I. B. Hurry" *despre care vom referi în numărul viitor.*

* * *

La pag. 118 recensăm broşurile D-lui Dr. S. Irimescu, *în care se preconizează* „Infiinţarea unui Partid al Sănătăţii publice" *la noi, dupe exemplul celui din Franţa.*

Cine îi poate ignora însemnătatea şi cine mai ales tăgădui necesitatea în aceste vremuri în cari greutăţile economice s au adaos la cele morale pentru a pune pe planul al doilea probleme atât de vitale pentru sănătatea individuală şi socială a poporului nostru!

Ne întrebăm numai dacă nu este prematură o atare iniţiativă şi menită a fi compromisă prin lipsa de organizare a însăşi corpului medical românesc.

Cadrele acestuia trebuesc mai întâi bine afirmate, pentru că ele trebue să constitue armătura, pe care se va sprijini noua înjghebare; acestor cadre să li se nască şi recunoască sentimentul strângerei rândurilor şi concepţiunea înaltă a rolului lor în stat; şi mai cu seamă organele oficiale, cu cari s-ar angrena restul medicilor simplu practiciani, de sine stătătoare şi cu destulă stabilitate, să fi suferit această evoluţie superioară; iar în urmă să vină conformarea activării dupe un program unitar, general, precis stabilit şi concis expus.

Toate aceste desiderate credem că nu s-ar putea realiza decât prin afirmarea colegiilor medicale, şi cu timpul poate cu consensul autorităţilor superioare, cari ar ajunge să se considere ca emanaţie adevărată a voinţei şi aspiraţiilor acestui corp.

Numai astfel cuprinse în cadrul unei mişcări generale nu s-ar irosi şi puţinele energii locale, cari n-ar aduce un aport eficace mişcării generale prin mici succese locale şi fără echou.

Dar asemenea probleme nu pot fi desbătute în cadrul restrâns al unei cronici.

* * * *

Urmarea „Caleidoscopului medical românesc al anului 1930" *se face în numărul acesta în continuare la cea ce priveşte publicaţiile medicale româneşti făcută în revistele şi societăţile medicale străine.*

*

Rubrica „Specificului medical românesc" *pe care nu o destinăm în intenţiunile noastre hazului, am dori să ia o extindere cât mai mare prin colaborarea tutulora, cari ar avea ceva de adaos la această observaţie clinică urmărită în spaţiu şi timp a medicului român.*

Dr. M. Cânciulescu.

La Tuse și bronșite

la afecțiunile căilor respiratorii în general

Tablete de DICODID «Knoll»

(Dihidrocodeinon)

Calmant al tusei suveran.
Mai activ și mai economic decât codeina.
Nu produce constipație.

Ambalaje orig. cu 10 și 20 tabl. à 0,005 gr. și 10 tabl. à 0,01 gr.
2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Picături de CARDIAZOL-DICODID «Knoll»

(10% Cardiazol + 0,5% clorhidrat de Dicodid)

Acțiune < **spasmolitică** asupra bronchiilor.
electiv sedativă asupra centrului tusei.

Combinație dovedită eficace și în tusea convulsivă, în laringită și în stările astmatice.

Flacon orig. cu 10 gr.

Pentru sugacii și în prima copilărie 5 picături de 2—3 ori pe zi; pentru copii mai mari 10 picături de 3 ori pe zi pe o bucățică de zahăr sau în suc de poame. Adulți 20 picături de 3 ori pe zi.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

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

Anul IV-lea No. 1—2. Ian.-Februarie 1931.

MIŞCAREA MEDICALA

PUBLICATIE DE MEDICINA GENERALA

CONSIDERAŢIUNI CRITICE ASUPRA CRITERIILOR DE VINDECAREA SIFILISULUI

(Se vindecă sau nu sifilisul?)

de

Dr. M. SĂCEANU - Craiova

Sifiligrafia, de altfel ca ori-ce ramură a medicinei, progresează şi se transformă neîncetat.

Până mai acum un secol sifilisul era considerat ca o maladie cu manifestaţiuni eminamente cutaneo-mucoase.

Pe măsură ce s'a pătruns mai mult în domeniul patologiei lui, s'a demonstrat pe baza observaţiunilor clinice şi faptelor de necropsie că sifilisul nu se limitează numai la teritoriul cutaneo-mucos, ci invadează organismul întreg dând loc la diferite localizări viscerale, încă din primele lui stadii evolutive.

Astfel s'au comunicat cazuri de icter contimporan şancrului sero-negativ (Millian, Tissot, etc.); splenomegalie (Louste); inegalitate pupilară şi linfocitoză în L. C. R. (Nicolau, Ravaut); iar din punct de vedere experimental Neisser a găsit treponema în sângele maimuţelor la 6 zile după inoculare şi în splină la 15 zile; Kolle a găsit-o în ganglionii iepurilor la 5 minute după inocularea intra-testiculară; Eike şi Swabe au găsit spirocheţi în canalul toracic la un individ mort în perioada preserologică, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci sifilisul se poate considera cu drept cuvânt o maladie „totius substantie" încă dela început.

Azi graţie descoperirii agentului patogen (Schaudinn şi Hoffmann 1905), introducerii seroreacţii (Wassermann, Bruck şi Neisser 1906) şi cunoaşteri aprofundate a proceselor histopatologice pe care le produce în diferitele faze, se poate spune fără exageraré că aproape nu există organ care să nu fie atins pasager sau durabil de treponenă, aşa în cât cu drept cuvânt s'a spus că studiul medicinei ar trebui să înceapă cu sifilisul, căci nici-o altă maladie nu impregnează mai mult decât el organismul.

Concomitent cu progresele realizate în domeniul patologiei a evoluat şi tratamentul. Până mai eri totul se mărginea la întrebuinţarea Mercurului şi Iodurului de Potasiù preconizat de Fournier şi Neisser. Modalitatea de tratament a rămas „á maladie chronique, traitement chronique", adăogându-se alte două medicamente: arsenobenzolul (Ehrlich 1910) şi bismutul (Levaditi şi Sazerac).

Deci terapeutica antisifilitică posedă 3 medicamente de o valoare incontestabilă în ceea ce priveşte accidentele contagioase.

Cu tot acest arsenal terapeutic, problema dacă sifilisul se vindecă sau nu a rămas nerezolvată, deşi a preocupat spiritele din toate timpurile.

Prin termenul de vindecare trebue să se înţeleagă: „Vindecarea perfect ideală a sifilisului, ca şi pentru orice altă maladie, adică restitutio ad integrum complectă şi totală; reîntoarcerea la statu quo anterioară a organismului, nu numai în sensul alungărei oricărui oaspete capabil să-şi reia activitatea, virulenţa şi vitalitatea, ci şi în sensul anatomo-patologic şi biologic, istologic şi umoral (Tommasi).

Această problemă a rămas încă nerezolvată de oare-ce criteriile pe care am putea să ne bazăm o convingere, nu au o valoare absolută.

Ştim când s'a vindecat o pleurezie, o pneumonie, dar nu ştim când s'a jugulat o „treponemiază".

S'au adus cazuri de vindecări fără nici un tratament sau cu un tratament insuficient, adică bolnavi cari au trăit până la adânci bătrâneţe fără să prezinte cel mai mic indiciu că infecţia treponemică mai persistă încă, care au procreat copii fără nici un stigmat de sifilis ereditar.

Se cunosc în literatură destule cazuri care să infirme acest mod de a vedea. Voi aminti cazul lui Boas care a observat la un bătrân de 83 ani, un anevrism al aortei la 63 ani după şancru; al lui Hanstein care a comunicat cazul unei femei de 95 ani, cu aortita sifilitică după 70 ani dela infecţie; Cl. Simon a raportat observaţia unui bătrân care după 75 ani dela accidentul primar a prezentat primele semne de tabes, iar Gougerot a găsit o aortită la un bătrân de 80 ani care se infectase la vârsta de 17 ani, deci după 63 ani, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă bolnavii aceştia ar fi murit mai înainte de a le fi pus diagnosticul, ar fi fost desigur consideraţi vindecaţi, deci ar fi servit ca un argument în sprijinul vindecărei spontane a sifilisului.

Prof. Audry, crede că sifilisul se poate vindeca spontan în unele cazuri. El spune că organismul este în stare uneori singur şi prin mijloacele lui proprii să producă anticorpi cari să distrugă complect şi definitiv spirochetul. „Dacă lucrurile nu ar fi stat aşa ce ar fi devenit populaţia Europei? Cazurile de sifilis ereditar de a două şi a treia generaţie ar fi fost extrem de multe, ori azi ele sunt excepţionale. Deci timpul este un element fundamental în vindecarea sifilisului". Carle este contra acestei afirmaţiuni, de oarece neavând criterii sigure nu putem să susţinem această vindecare, care nu trebue anunţată publicului căci ar constitui un dezastrŭ.

Ca să ilustrez ce înseamnă lipsa tratamentului şi deci puterea de vindecare a organismului prin mijloacele lui proprii de apărare, voi cita statistica Matauschek şi Pilz, care au urmărit timp de 30 de ani soarta a 4134 ofiţeri austriaci atinşi de sifilis. Ei au constatat că cei netrataţi sau trataţi numai cu o singură serie de injecţii au devenit paralitici generali în popoţie de 23% şi tabetici

în 11,9%. Dupe Junius şi Arndt procentul pentru P. G. indemni de orice tratament ar fi de 56,4%, după Pette de 68,2%, după Kerin de 80,5%, iar pentru tabetici proporţia este după Neisser de 57%, după Zehrlin de 62%, după Eulenburg de 87%.

Cu totul altfel stă chestiunea sifilisului tratat viguros. Aci trebue să facem o scindare pentru că de curând s'a introdus noţiunea sifiliselor preserologice şi serologice, de unde două terapeutici: abortivă şi curativă.

Tratamentul abortiv are condiţiunile lui: „frappez vite, et fort; faire la course avec la treponéme (Gougerot)" condiţii pe care cred inutil să le mai amintesc. Dacă asupra condiţiilor acordul este făcut, nu tot aşa este cazul cu modalitatea de tratament. Unii preconizează o singură serie de injecţii, alţii două şi chiar trei, etc.

Rezultatele date sunt diferite: unii dau vindecări de 100% (Krefting, Spienthof, Silberstein, Tătaru), alţii 98% (Gennerich) 96% (Hoffmann şi Mergels), 47% Lowenstein, 38% Bayers, etc.

Dacă unii sifiligrafi admit vindecarea prin tratamentul abortiv alţii nu o admit (Sanders); Ravogli spune „tratamentul abortiv poate jugula boala, dar nu cred în vindecarea complectă; sifilisul este o maladie cronică care cere un tratament cronic; iar Peyri „nu cred în posibilitatea unei vindecări prin tratamentul abortiv şi nu ştiu dacă există această vindecare".

Alţii deşi nu o neagă, cred totuşi că se produce „întrùo proporţie oarecare de cazuri" (Stoches); „foarte rar" (Mendes da Costa); „în cazuri excepţionale" (Dind); Audry, Verotti, etc., admit vindecarea teoretică, dar nu practică, iar Cl. Simon o admite practic dar nu teoretic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In rezumat, tratamentul aplicat în faza când infecţia este limitată, cantonată, localizată, trebuia să întrunească majoritatea ca să nu zic umanitatea sifiligrafilor, ştiut fiind că o infecţie cu cât este tratată mai aproape de debutul ei, cu atât şansele de jugulare sunt mai mari.

Ori din citatele de mai sus se poate vedea că deşi este admisă de unii, este negată de alţii, aşa încât cu drept Jadassohn spune „este deficil de a fixa condiţiile în care vindecarea poate fi admisă cu certitudine".

Cu totul altfel stă chestiunea tratamentului aplicat în faza sero-pozitivă a sifilisului, tratament făcut sub forma curelor succesive şi continuat timp de 3—4 ani.

Avem azi într'adevăr tratamentul prin care se vindecă sifilisul?

Aruncând o privire în trecutul apropiat, vom vedea că pe timpul Mercurului şi Iodurului de Potasiu se spera în această vindecare; apoi a venit Ehrlich cu Arsenobenzolii şi a spus „therapia magna sterilisans", în fine s'a introdus Bismutul, şi oare-cari speranţe s'au nutrit şi cu el.

Ori dacă facem bilanţul speranţelor, constatăm cu regret că încă nu avem medicamentul care să ne dea siguranţa vindecărei.

Din cazurile singuratice care ne aduc foarte rar în literatură nu se poate trage o concluzie.

După Levaditi, condiţia eficacităţii tratamentului constă în aceia că „derivaţii proteo-metalici cu ajutorul cărora organismul distruge spirocheţii sunt elaboraţi dintr'o rezervă pe care trebue să o atingem dacă dorim să obţinem prevenţia sau vindecarea sifilisului atât la animale cât şi la om".

Această rezervă metalică tisulară este o dată ipotetică de oarece până azi nu avem nici un mijloc prin care să ne dăm seama dacă am atins-o sau nu. Ori Galliot studiind prin radiografie soarta bismutului injectat intramuscular a constatat persistenţa lui chiar până la un an.

Care sunt criteriile admise azi ca probe de vindecare şi care este valoarea lor?

Aceste criterii sunt de 3 ordine:

I) CRITERII BIOLOGICE:

a) *Sero-reacţia Bordet-Wassermann.*

Aplicarea principiului lui Bordet în diagnosticul sifilisului de către Wassermann, Neisser şi Bruck. a dat speranţa că va aduce odată cu ea claritate în aprecierea evoluţii treponemiazei şi va da certitudine în tratament, cu atât mai mult cu cât antigenul utilizat era constituit din ficatul eredosifilitic, care se ştie cât este burat de treponeme.

Mai târziu Levaditi dovedeşte că nu numai ficatul eredo-sifilitic este apt să producă antigenul ci şi orice alt organ bogat în lipoizi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru explicarea actului intim al sero-reacţii s'a adus diferite ipoteze, care cu toate acestea nu l'au clarificat, rămânând multe necunoscute în el.

Azi este perfect stabilit şi nimeni nu mai contestă acest fapt că reacţiile serologice ale sifilisului nu sunt specifice.

Ne specificitatea nu se limitează numai în domeniul biologic şi trece chiar şi în cel clinic. Se cunosc în literatură cazuri numeroase de sifilise clinicește destul de bogat manifestate, care din punct de vedere serologic erau în minus cu o sero-reacţie negativă. (Cl. Simon, Ruge, Lortat-Jacob, Hudelo şi Rabut, Lacapere, Pautrier, M. Pinard, Spillmann, etc.).

Mai mult, de asemeni se ştie că sifilisul cu cât este mai vechi cu atât procentul pozitivităţii este mai scăzut, ajungând în perioada terţiară la 40—50%.

Aceste fapte dovedesc că „o serologie negativă nu permite eliminarea sifilisului" şi că laboratorul nu trebue să primeze clinica.

Rămân de discutat sero-reacţiile pozitive. Ori pentru P. Chevallier reacţia pozitivă nu-i decât un simptom, care trebue tratat ca ori-care altul. De asemeni şi pentru Prof. Nicolas care scrie:

„Reacţia Wassermann nu este decât un simptom, care nu este specific, care n'are valoare absolută mai mult decât rozelola, angina, cefaleea, căderea părului, etc., foarte bune semne pentru infecţia sifilitică, dar care pot, fie să recunoască alte origini decât sifilisul,

fie să lipsească în cursul acestei infecţii. Reacţia Wassermann este deci un simptom care are oarecare valoare, dar nu o valoare absolută, mai ales când este negativă. Dar chiar pozitivă, ca orice simptom, ea nu este prin ea însăşi patognomică, ea trebue să fie acceptată sub beneficiul de inventar. Asociată cu alte simptome clinice, orientează către sifilis sau deceländu-l net ia o valoare reală. In contradicţie din contră cu semnele clinice, ndicaţiile ei trebue să fie acceptate sub beneficiul de inventar, ia trebue să fie interpretată".

Iar mai departe în ceeace priveşte sero-reacţia din punct de vedere al vindecărei scrie: „N'avem dreptul să considerăm un sifilitic ca vindecat definitiv pentru că R. W. a rămas mult timp negativă, că n'avem dreptul să-l privim ca vindecat pentru că a rămas mai mult sau mai puţin timp fără să prezinte o rozeolă, plăci mucoase, gome, etc. A înceta orice tratament pentru că R. W. este negativă, este pentru mine o gravă imprudenţă. A aştepta ca R. W. să redevină pozitivă pentru a relua tratamentul, înseamnă a reveni în realitate la tratamentul oportunist de altădată, înseamnă a aştepta întoarcerea unei manifestaţiuni sifilitice pentru a trata, înseamnă a face un mare pas înapoi în tratamentul sifilisului".

Vernes prin reacţia imaginată de el şi numită pompos „Sifilimetrie" a crezut că poate înscrie ca pe o curbă grafică cantitatea infecţii sifilitice din corpul bolnavului şi a propus drept criteriu de vindecare legea celor trei opt: absenţa de semne clinice cu R. W. negativă la H.[8] (vechea scară), lichidul cefalo-rochidian normal la H.[8] timp de opt luni. Ori dela început această sifilimetrie a întâmpinat o opoziţie dârză din partea celor mai renumiţi sifiligrafi.

Deci R. W. nu ne poate spune, chiar fiind mult timp negativă, dacă am vindecat sau nu sifilisul, căci cazuri de recidivă îndepărtată cu tot W. negativ s'au publicat. Astfel Meyrowski a publicat cazul unui bolnav care a făcut o P. G. P. cu toate că W. persistase 13 ani negativ după terminarea tratamentului; iar altul considerat vindecat a făcut mai târziu o aortită. Dreyer a comunicat cazul unui bolnav la care reacţia W. a devenit pozitivă dupe 20 ani, etc.

In rezumat R. W. nu-i o reacţie specifică şi nu are o valoare absolută; chiar persistând mult timp negativă nu ne poate da certitudine că bolnavul este ferit de recidive tardive. „R. W. nu trebue să fie pivotul în jurul căruia să se învârtească sifiligrafia (Renaud).

b) *Lichidul cefalo-rachidian.*

Pentru afirmarea vindecărei sifilisului, când sero-reacţia Bordet-Wassermann s'a stabilizat la negativitate, se mai cere un L. C. R. normal, care după cum să găseşte normal sau nu, ne arată dacă infecţia virează sau nu spre un sifilis nervos.

Data la care trebue făcut acest examen este diferită, după autori. Unii (Sezary, Jeanselme) o preconizează după primul an de tratament; alţii (Ravaut, Lacapère, etc.) după anul al 4-lea.

Un L. C. R. este considerat normal când examenul citologic arată o limfocită pe m. m. c. când albumina este la 0,25—0,30;

când reacţiile: Bordet-Wassermann, Nonne-Apelt, Pandy, Lange, etc. sunt negative.

Se ştie că lichidul este patologic în majoritatea cazurilor în perioada secundară (Ravaut). Această stare nu este decât acea găsită de d-l Prof. Nciolau în perioada şancrului seropozitiv sau chiar mai înainte (Audry).

Nu este persistentă, fiind redusă prin tratament.

De curând Ravaut a introdus perioada „preclinică" a sifilisului nervos, adică lichidul este patologic cu mult înainte de a se traduce simptomatic spirochetoza.

S'a spus că pe lângă un Bordet-Wassermann persistent negativ un L. C. R. normal este o garanţie puternică pentru declararea vindecărei sifilisului.

Cu toate acestea s'au publicat cazuri care au dovedit contrariul.

Gougerot a raportat cazuri de arterite cerebrale cu un L. C. R. normal; a mai adus cazul a doi P.. G. şi trei tabetici, cărora li se făcuse în spitalele din Paris, pentru alte infecţiuni, puncţii lombare şi chiar cu tot lichidul găsit normal, n'au fost puşi la adăpost de a face mai târziu peste câţi-va ani, paralizie generală şi tabes. P. O. Laery şi Nelson au găsit sifilise nervoase cu L. C. R. normal.

Raul Bernard scrie: „De trei ani de când am început să-mi revizuesc sifiliticii prin examenul L. C. R., am practicat sute şi am ajuns să cred aceasta: prea mult sifilis şi mai ales la acei la care tratamentul de debut a contrariat imunitatea, dau, după ani şi cu toate aparenţele clinice şi serologice de vindecare, un lichid patologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Invers, am văzut şi publicat observaţii de bolnavi oferind toate garanţiile de vindecare clinică, serologică şi cefalo-rachidiană, făcând brusc, la o lună după aceste probe, o explozie vastă cutanată şi mucoasă. Unde se ascunsese treponema? Cel puţin să nu mi se obiecteze o reinfecţie fără şancru, obiecţiune pe care am prevăzut-o şi respins-o, nici un element nepermiţând reţinerea ei în aceste cazuri".

De curând Lepinay a comunicat cazul unui tabetic cu L. C. R. normal.

Deci, nici această probă nu poate fi considerată ca absolută, aşa încât cu drept cuvânt Waucomont scrie „Integritatea L. C. R. nu-i o garanţie contra unei viitoare alteraţiuni nervoase".

II) LIPSA TRANSMISIUNII EREDITARE.

Pe lângă persistenţa negativităţei R. W. şi un L. C. R. normal s'a mai adus ca argument în favoarea vindecărei sifilisului şi criteriul lipsei de transmisiune ereditară.

Ori, în materie de sifilis ereditar trebue să o recunoaştem că până azi, deşi cunoştinţele noastre au progresat mult, tabloul lui clinic nu s'a închis, de oarece zilnic se aduc stigmate noi.

Pe de altă parte tratatele noastre clasice ne învaţă că o infecţie sifilitică cu cât este mai veche, cu atât are mai multe şanse

de a nu se transmite. Ori această aşteptare nu trădează tocmai nesiguranţa noastră?

Sunt cazuri aduse în literatură în care sifilisul a sărit prima descendenţă şi s'a manifestat la a doua.

Astfel Flandin a publicat observaţia a două femei, în aparenţă sănătoase, fetele unui vechi sifilitic, şi care căsătorindu-se şi una şi alta cu bărbaţi robuşti, nesifilitici, au avut la prima sarcină una un copil surd cu stigmate de sifilis ereditar şi alta un fetus macerat cu placentă sifilitică.

Prof. Gougerot, a raportat cazuri de familii în care primii copii păreau îndemni de orice infecţie şi în care eredosifilisul n'a apărut decât la a treia sau a patra sarcină din cauza recidivei la bărbat. Pe de altă parte s'a adus cazuri, în care fie soţia, fie bărbatul aveau un W. intens pozitiv şi cu toate acestea copii născuţi erau sănătoşi. Finger a comunicat cazul a trei fraţi, fără nici un stigmat, complect sănătoşi, care aflând că tatăl lor a fost sifilitic şi-au făcut seroreacţia şi, spre surprinderea lor, a fost la toţi pozitivă.

S'a mai adus în literatură exemple de „oscilaţii paradoxale" ale virusului, fără intervenţie terapeutică, în familii în care sifilisul era necunoscut; aceste oscilaţii se traduceau printr'o alternanţă de copii sănătoşi şi de heredosifilitici (Gougerot, Boas şi Gammeltoft; Pellizari, Majoechi, etc.).

In practica de toate zilele se întâlnesc cazuri numeroase de aortici care au procreat copii sănătoşi şi cu toate acestea aortita lor era net de natură sfecifică,, tradusă fie printr'un W. pozitiv, fie prin destăinuirea accidentului primar în tinereţe, tratat numai prin câteva fricţiuni, pilule sau injecţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a evidenţia necertitudinea acestui argument voi cita cazul unui paralitic general şi a unui tabetic care au copii complect sănătoşi, viguroşi, născuţi la termen, fără nici-un stigmat de sifilis ereditar; cazul unui aortic care deşi cu W. pozitiv, are o fată perfect sănătoasă fără semne de eredospecificitate.

III) REINFECŢIA.

Reinfecţia este o infecţie nouă la un sifilitic vindecat sau în tot cazul a cărui stare refractară şi alergică a dispărut complect; şi care se traduce printr'un accident primar urmat la scadenţele lui obişnuite de celelalte manifestări ulterioare ale infecţiei (Nicolau).

Pe timpul Mercurului cazurile de reinfecţie erau o raritate. Ele s'au înmulţit odată cu introducerea Arsenobenzolilor. Unii autori consideră reinfecţia ca probă sigură de vindecare a sifilisului anterior, de oarece experienţele făcute pe animale demonstrează că inocularea treponemelor exogene nu reuşeşte să mai producă accidentul primar la cele anterior sifilizate.

Deci din punct de vedere teoretic reinfecţia ar trebui să fie considerată ca proba cea mai sigură. Ori clinica a adus şi aduce încă fapte care o infirmă. Astfel Fournier, Gaucher, Tommasi, Michel, n'au observat în lunga lor carieră nici un caz de reinfecţie. De asemeni prostituatele, care sunt cele mai expuse prin profesiunea

lor, reinoculărilor n'au dat până azi nici un caz. Brandt, Brandweiner, Fiocco, Friedländer, Gennerich şi Zimmern, Pöhlmann, Stümpke, Zieler, Lipkeroff, Fischer, Oro, Zac, etc., au raportat cazuri de infecţie noi la cei cu sifilis cuaternar; iar de curând, din punct de vedere experimental, Prigge şi Rukowski inoculând P. G. cu virusul provenit dela epuri, au decelat reinfecţia prin constatarea spirocheţilor în ganglionii limfatici deşi local nu apăruse accidentul primar.

In domeniul sifilisului congenital, Tarnowski, Le Pileur, de Beurmann, Jullien, Wikau, Gastou, Levy-Bing, Gaucher, Rostain, Taylor, Gougerot, au adus cazuri de sifilis binar; iar recent E. Hoffmann a admis posibilitatea unei a două infecţii la un nou născut atins de sifilis ereditar, în momentul când trece printre organele genitale bolnave ale mamei. Şi în sprijinul acestei afirmaţiuni aduce observaţia unui nou născut cu manifestaţiuni evidente de sifilis congenital care a prezentat un accident primar datorit leziunilor contagioase ale mamei. Prof. Gougerot a publicat cazul unui sifilis incomplect stins care n'a împiedecat apariţia unui şancru sifilitic; de asemeni Lortat-Jacob Robert şi Poumeau.

Din punct de vedere experimental Prof. Hashimoto din Munkden după 27 inoculări făcute la indivizi incontestabil sifilitici, a observat în 6 cazuri, şancre urmate de adenopatie, rozeolă cu prezenţa treponemelor, deci era vorba de sifilise noi.

Reinfecţia n'a întrunit ca argument de vindecare a primei infecţii, aprobarea multor sifiligrafi.

Finger examinând materialul clinicei, ajunge la concluzia că nici căutarea treponomei, nici seroreacţia negativă, nu ne dau argumentul sigur dacă este vorba de o adevărată reinfecţie sau numai de o monorecidivă secundară sau terţiară.

Pinkus nu consideră reinfecţia ca o probă de vindecare a sifilisului, de oarece Stern, Jadassohn, Oplatek au observat concomitent cu accidentele terţiare, apariţia unui accident primar şi rozeolă. Pentru Müller reinfecţia nu este decât reproducerea accidentului primar, cauzat de suşele de spirocheţi care, sustrase acţiunii tratamentului şi-au recăpătat virulenţa, într'un organism în care tratamentul precoce ar fi atenuat numai spirochetul, lăsând organismul în aceleaşi condiţii ca unul nou; iar pentru Orphanides „reinfecţia nu înseamnă în mod absolut vindecarea sifilisului anterior".

La Congresul de Sifilografie din 1926, s'a discutat pe larg chestiunea reinfecţii, superinfecţii, pseudoinfecţii. Marcel Pinard, conchide în raportul său că „o reinfecţie sifilitică nu probează că sifilisul este vindecat, dar reinfecţiile sunt un argument puternic în favoarea posibilităţei de vindecare a sifilisului". Milian, crede că-i „extrem de dificil de a deosebi ceea ce este reinfecţie de superinfecţie şi aceasta din cauză că nu avem criteriu sigur de vindecare". R. Bernard îşi înghee astfel raportul său: „Considerând că suntem în drept să cerem totalitatea celor 15 condiţii cerute de autori înainte de a diagnostica o reinfecţie; Considerând că majoritatea cazurilor zise de reinfecţie nu realizează această totalitate; Considerând pe de altă parte că cea mai mare parte din aceste

Insuficienţă cardiacă — Asociaţiune Digitalină-Ouabaină

DIGIBAÏNE

Realizează un progres indiscutabil asupra administrărei succesive de digitalină şi ouabaină

15—30 picături pe zi — Laboratoires Deglaude, Paris

AGECO S. A., Bucureşti, Str. Sft. Ionică, 9.

Cu bază de ol. jecoris tratat cu chlor (Dakin)

Combustii
Ulcere varicoase
Prurit
Eczeme
Pediatrie

Desitin

pomadă

Pe aceiaşi bază
ovule
pudră
supozitoare

AGECO S. A., Bucureşti, Str. Sft. Ionică, 9.

Eftenirea tratamentului ANEMIEI cu EXTRACTUL DE FICAT hidrosolubil

HEPATRAT

Hepatrat liquid à 100 ccm. . . . . Lei 230
Arsen-Hepatrat liquid à 100 ccm. . . „ 230
Hepatrat Dragées flac. à 50 buc. . . „ 305

Reprezentant: AGECO S. A., Bucureşti, Str. Sft. Ionică, 9.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

condiţii sunt şi ele „sujetes á caution", că ese imposibil să determinăm, să cifrăm un tratament suficient de unul insuficient; că este imposibil să probăm absenţa simptomelor serologice un timp determinat, putându-se totdeauna produce croşete de pozivitate necunoscute; că puncţia lombară nu este decât excepţional făcută şi că chiar negativă ea nu exclude absolut o posibilitate de recidivă; că intervalul cerut între două inocălări este imposibil de determinat în afară de temperamentul fiecărui autor; că posibilitatea de infecţie în termenile normale nu-i de o rigoare ştinţifică absolută şi că confruntarea nu-i decât rar realizată; că localizarea diferită nu poate fi reţinută fiindcă există zone limite din punct de vedere al teritoriilor limfatice; considerând că pe nedrept s'a legat factorul „vindecare de factorul reinfecţie", cu atât mai mult cu cât nu există probă absolută pentru prima ca şi pentru a doua; considerând că înseamnă a intra într'un cerc vicios când voim să stabilim una prin alta şi invers; considerând în ceeace priveşte superinfecţiile că experienţele făcute pe animale sau om, trataţi sau netrataţi, demonstrează posibilitatea de realizare; că experienţele făcute recent pe om de Hashimoto, demonstrează că o reinoculare nu produce regulat tipul clinic al perioadei în care se găseşte bolnavul; considerând că noi inocălări sunt posibile la eredosifilitici, în unele ţări extrem de frecvente; considerând că eventualitatea unei reinocălări este condiţionată de starea de imunitate a organismului; că s'a putut observa că există toate gradele între reinoculabilitatea sifiliticului imunizat şi inoculabilitatea sifiliticului vechi, care a perdut imunitatea fie prin îmbătrânirea boalei, fie prin tratament; considerând că nu-i posibil în aceste condiţii de a declara formal unde se termină superinfecţia şi unde reîncepe reinfecţia; considerând în fine, din punct de vedere practic că apariţia unui nou accident sifilitic, — fie că este vorba de reinfecţie sau superinfecţie — reclamă reluarea tratamentului sifilisului; pentru aceste motive îndepărtând noţiunea de pseudo-infecţie, secundară în desbateri, socotind pe de altă parte că în starea actuală a cunoştinţelor noastre, ar fi mai înţelept de a grupa într'un singur sindrom accidentele care se găsesc etajate dela o extremitate la alta, incluse şi ele, şi în general denumite superinfecţii sau reinfecţii, propun de a le denumi reinoculare sau mai bine *„infectio sifilitica secunda"*.

Deci nici reinfecţia nu constitue o probă absolută de vindecare a sifilisului, de oarece neavând un criteriu sigur de vindecare nu putem şti „unde se termină superinfecţia şi unde începe reinfecţia" (R. Bernard).

IN REZUMAT:

Toate criteriile propuse pentru afirmarea vindecării sifilisului — sero-reacţia Bordet-Wassermann examenul lichidului cefalorachidian, lipsa transmisiunei ereditare, reinfecţia — n'au o valoare absolută şi deci nu putem şti „dacă un sifilitic este sigur şi radical vindecat adică pus la adăpost de-o rea surpriză ulterioară", (Orphanidès).

Diagnosticul de vindecare este un diagnostic de probalitate, şi în materie de sifilis mai mult ca în orice altă maladie această probabilitate nu trebue să existe, de oarece el nu se limitează numai la cel infectat ci se transmite şi descendenţei, făcând „ca marea generaţie a războiului să fie săracă în unităţi, dar bogată în eredosifilitici", (Hericourt).

Termenul de vindecare reclamă sterilizarea organismului adică distrugerea tuturor spirocheţilor, oricare ar fi forma lor, în circulaţie sau în cuiburi de latenţă, în aşa fel încât recidivele să fie imposibile. Putem spune că am vindecat sifilisul când nu avem un criteriu sigur de vindecare?

S'a spus că persistenţa negativităţii sero-reacţii Bordet-Wassermann, un L. C. R. normal, constitue argumente puternice pentru declararea vindecărei. Ori din cele relatate se poate vedea că ele nu sunt sigure, ori când putând fi în dificit mai de vreme sau mai târziu. Cazurile publicate de Noiré, Chevallier, Bizard, L. Kleeberg, Stransky şi Schiller, de sifilitici care au beneficiat de tratamentele cele mai moderne şi mai viguroase, şi care cu toate acestea au avut o descendenţă încărcată ereditar, — deşi criteriile dădeau dreptul la permisiunea căsătorici fără nici un risc, — sunt încă un argument contra infabilităţei criteriilor noastre de vindecare.

Cunoaştem tratamentul suficient?

Ceeace este suficient pentru unii, este insuficient pentru alţii, aducându-se de obicei ca argument contradictoriu că spaţiile între serii a fost prea mare, că nu s'a injectat doza maximă de Neosalvarsan (1,½ ctgr. pe kgr. de greutate), că doza totală de asemeni nu s'a făcut (0,08 pentru D-l Prof. Nicolau, 0.10 ctgr. pentru Gougerot).

Pe de altă parte se cunosc iarăşi cazuri în care peioada de latenţă a fost desul de lungă, în care spirocheţii au dormitat mult timp în cuiburile lor de latenţă. Majocchi, Unna, Passini, Arning, Klein, Hoffman, Sandmann, Arzt, etc. prin cercetări histo-patologice şi prin inocuţări la animale au demonstrat că treponemele pot rămâne mult timp în stare de latenţă în cicatricele şi pigmentaţiile leziunilor sifilitice. — (Passini = 2 ani; Engman şi Eberson = 10 ani).

Mai mult, cazurile de sifilis traumatic, publicate de Tarnowsky, Passini, Gougerot, etc., sunt încă o dovadă evidentă de persistenţa treponemelor în diferite focare ale organismului. De asemeni trezirea lor, prin maladiile intercurente şi prin tratamente insuficiente. (Pellizari, Gennerich, Herxheimer, Millian, Queyrat, Vernes, etc.).

Pentru Eberson, starea de latenţă este explicabilă prin acţiunea pe care ar avea-o substanţele imunizante asupra treponemelor. Prin cercetările întreprinse, el a arătat că serul sifiliticilor vechi în stare de latenţă posedă o acţiune inhibitoare asupra treponemei, acţiune pe care n'o are serul sifiliticului în perioada de activitate a maladiei.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

Această acțiune inhibitoare este datorită formărei de substanțe imunizante, care distrug sau atenuiază virulența spirochetului și-l reduc deci în stare de inerție și latență. Odată cu dispariția acestor substanțe el își reia activitatea.

Ori noi nu putem ști precis dacă aceste substanțe sunt definitive sau efemere, noi nu putem ști cât timp poate rămâne latent clinic și serologic sifilisul în corpul omului.

De curând Levaditi au reluat chestiunea ciclului evoluti al treponemei adusă pentru prima oară în clinică de Siedleczy.

Prin cercetările întreprinse pe animale el ajunge la concluzia că treponema așa cum o vedem la ultramicroscop și în cupele histologice nu este decât faza vizibilă și că ar exista o alta invizibilă, ultravirusul lui Manouelian sub formă granulară, care ar constitui forma de rezistență.

Rămâne de verificat. In caz că s'ar adeveri concluziunile lui Levaditi, ele ar demonstra inperfecțiunea eficacității medicamentelor noastre, recunoscute azi ca treponemicide, ar lămuri chestiunea perioadelor de latență și ar dovedi nevindecabilitatea sifilisului.

De oarece până azi nu avem nici un criteriu sigur prin care să ne dăm seama cât poate rămâne latent clinic și serologic sifilisul, prudența reclamă un examen minuțios la anumite perioade al: pielei, mucoaselor, ganglionilor, L. C. R., sângele, sistemul nervos, căci diagnosticul de vindecare este un diagnostic de probabilitate, el trebue să sufere controlul clinic, serologic și al timpului de oarece „nici clinica, nici laboratorul nu ne dau rezultate sigure care să ne permită să afirmăm vindecarea sifilisului" (Ravaut), „de oarece proba absolută a vindecării sifilisului nu poate fi făcută (Millian), de oarece „din nenorocire în starea actuală a științei nu există criterii absolute de vindecare" (Gougeot).

Atunci dacă nu avem criterii sigure de vindecare datoria noastră nu trebue să se limiteze numai la tratamentul de 3—4 ani, el trebue să se prelungească și peste această dată. Trebue să acceptăm și să facem tratamentul preconizat de Prof. Gougerot „d'asurance contre la maladie".

CBU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Ch. Audry: Periode Primaire de la Syphilis. (Paris Medical No. 9. Mars 1924. p. 191.

Ch. Audry: Sur la guérison spontanée de la Syphilis. (Bruxelles Medical 19 Juin 1924.

R. Bernard: Reinfection syphilitique; pseudoreinfection, superinfection. Raport la III-a congres de sifiligrafie. Analizat în Presse Medical No. 67. 1926 p. 1062.

R. Bernard: Les syphilis synchrones. Bruxelles Med. 1927 p. 108.

Bizard et Bralès: Existe-t-Il des signes de certitude de la guérison de la syphilis? An mal. vener. 1924. p. 677.

Carle: A propos de la guérison spontanée de la Syphilis. Bruxelles Med. No. 61. 26 Juillet 1924 p. 1047.

P Chevallier: Les syphilis évolutives avec un Wassermann negatif. L'hôpital No. 212 bis. Avril 1928.

Dujardin: Chancre redux septans après la contamination. Scalpel.

Flandin: Guérit-on la Syphilis? Bul. Medical No. 1926. p. 1251.

Flandin: De la valeur des reactions serologiques dans la syphilis, Presse Medic. No. 98—1928 p. 1561.

Gougerot: La syphilis guerit-elle? Journal des Practiciens No. 23-1927 p. 869.

Gougerot: Paradoxes et imperfections de la reaction de Bordet-Wassermann. Journal des Practiciens No. 48 | Nov. 1924 p. 785.

H. Hecht: Recidive après le traitement abortif et syphilis latente de plusieurs années. Dermat. Woch. 10 Sept. 1927 | No. 37 p. 1291

Jeanselme: Du danger de prendre pour unique criterium de la guérison de la syphilis les indications fournies par le laboratoire. Soc. de Dermat de Paris. Sed. 12 Februarie 1925.
Jordan: A propos du sort des syphilitiques. Analizat în An. mal. vener. 1928 p. 537.
Lepinay: Tabes sans alterations du L. C. R. chez un indigène du Maroc. Soc. de Dermat. de Paris. Sed. 13 Mar. 1924. p. 164.
Lortat Iacob, Jean Roberti et Poumeau-Delille: Les reinoculations syphilitiques. Anal. de Dermat No. 1 Janv. 1930. p. 2.
Milian: Valeur pratique de la reaction de Bordet-Wassermann Paris Medic. No. 20 Mai 1927 p. 468.
Nicolas et Gaté: Sur la valeur de la reaction de Bordet-Wassermann. Soc. de Dermat de Paris. Sed. 2 Avril 1925.
Nicolau: Considerațiuni asupra stărilor de imunitate și alergie în sifilis. Clujul Medical No. 4 Aprilie 1928.
Nicolau: Considerațiuni critice relativ la unele concepțiuni noi de tratament în Sifilis. România. Medicală No. 8. 15 Aprilie 1927.
Nicolas et Gaté: La sérologie a-t-elle transformé le probléme du diagnostic et du traitement de la syphilis? le Monde Medic. No. 755 1 Sept. 1929.
Noiré: Syphilis, Wassermann et Mariage. Presse Medic. No. 12. Febr. 1924 p. 193.
Orphanidès: Troisième chancre syphilitique de réinfection. Annales des mal. vénér. 1928 p. 332.
Orphanidès: Douze Années de thérapeutique antisyphilitique. Annales de Maladies vénér. Mai 1927 p. 366.
Portilla: Latence prolongée et recidive primaire tardive. Actas dermo-sifiligraficas No. 5 1927. p. 398.
Petroff. Un cas de syphilis non traité à marche latente durant 42 ans. Analizat in Annales de mal. vener. 1928. p. 199.
Poehlmann: Früh oder Spätbehandlung der Shphilis. Münch. mediz. Woch. No. 8 1927. p. 307.
Simon Cl. La question dela guérison de la syphilis. La Medicine. Noembre 1926. p. 151.

RÉSUMÉ : Considérations critiques sur les critériums de guérison de la syphilis *par le* Dr. M. Săceanu.

Après une analyse complète de la question qui concerne la guérison de la syphilis et après avoir passé en revue les données de la séro-réaction Wassermann, de l'examen du liquide cephalo-rachidien, du manque de transmission héréditaire et de la réinfection, l'auteur conclue qu' aucun de ces critérium proposés n'a pas une valeur absolue; le diagnostic de la guérison est un diagnostic de probabilité, qui doit être controlé par l'epreuve clinique, sérologique et celle du temps d'evolution; la symptomatologie de latence clinique et sérologique de la syphilis n'étant pas bien connue le traitement doitêtre prolongé au delà du terme de 3—4 ans.

© Babeș-Bolyai University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG : Kritische Betrachtungen über die Heilungskriterien der Lues (Wird die Syphilis geheilt oder nicht) *von* Dr. M. Săceanu.

Nachdem der Verfasser die Frage der Syphilisheilung genau prüft und die Wassermannsche-Reaktion, die Analyse der Lumbalflüssigkeit, das Fehlen hereditärer Vererbung, die Reinfektion genau bespricht, kommt er zu dem Schluss, dass keines der vorgeschlagenen Kriterien absoluten Wert beanspruchen kann. Die Heilungsdiagnose ist eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, die klinische, serologische und Zeitproben erfordert. Aus diesen Gründen glaubt Verfasser, dass die Behandlung bedeutend länger als 3—4 Iahre in Anspruch nehmen muss, da nicht klinisch bzw. serologisch einwandfrei nachgewiesen werden kann, ob die Syphilis geheilt ist.

SPECIALITAŢILE FARMACEUTICE

de

NICOLAE PETRESCU

Licenţiat în ştiinţe şi Doctor în farmacie dela Paris

Chestiunea specialităţilor farmaceutice, ar putea forma şi a format chiar obiectul unei conferinţe întregi; pentru că azi este cred cea mai arzătoare chestiune, nu numai pentru farmacist ci pentru existenţa însăşi a farmaciei.

Originare din Franţa, unde comerţul liber a obligat pe farmacist să-şi întindă câmpul de activitate şi în alte tărâmuri, trecute apoi prin toate statele, *specialităţile farmaceutice înseamnă medicamente într'un ambalaj original, care reprezintă formula specială a unui farmacist, chimist sau chiar medic.*

Numărul lor, mic la început, s'a mărit în aşa grad în cât azi reprezintă un haos; căci numai la noi în ţară, specialităţile aprobate de Consiliul Sanitar Superior şi puse în comerţ întrec cifra de 4000, cifră care depăşeşte cu mult numărul tuturor medicamentelor puse la îndemâna terapeuticei.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

Considerând apoi că acest număr, departe de a se limita, creşte în mod vertiginos, cred că nu este lipsit de interes a arunca o mică privire asupra acestor musafiri nepoftiţi şi a le fixa locul şi dreptul lor în gama mijloacelor de tratare puse la îndemâna medicului.

Pentru aceasta, dela început, divid numărul total al specialităţilor în două mari grupe:

1) SPECIALITAŢI PROPRIU ZISE reprezentând circa 7% din numărul total.

Ele sunt:

a) *Unii corpi noi terapeutici* ai diverşilor fabricanţi reprezentând într'adevăr un pas înainte în medicină, înregistrate în diverse state cu nume depuse (brevete). Cele mai multe din ele sunt astăzi foarte cunoscute tutulor. Este destul să cităm câteva: aspirina, diplosalul, diuretina, phytina, pyramidonul, thiocolul, urotropina sau preparatele contra sifilisului: salvarsanul, trepolul, iodobismutatul, etc.;

b) *Coloizii electrici şi chimici:* electrargolul, sulfiodolul, etc.;

c) Toate *produsele opoterapeutice* foarte multe la număr; ovarina, thiroidina, testiculina, etc.;

d) Anume specialităţi puţine la număr, cari fac parte din *grupa substanţelor iradiate.* Iradierea se efectuează asupra ergosterolului

cu ajutorul unei surse puternice de lumină (Lampa de Mg., vapori de Hg.), cari dau radiaţii de undă scurtă (270—300 $\mu\mu$) transformând ergosterolul în produs iradiat, având acţiune analoagă cu vitamina D.

Pe acest principiu sunt în comerţ următoarele specialităţi toate cu ergosterol iradiat în soluţie 1% în oleu (irasterina, sterogilul, vigantolul, gouttes Uve).

Fosfat de calciu (fosfatul iradiat Pinard). Untură de peşte (ultragadolul). Cu erogsterol în granule de fosfaţi de calciu (opocalciul iradiat, tricalcina iradiată).

2) SPECIALITAŢI CE NU-ŞI MERITA NUMELE, cari nu au decât forma exterioară a unui ambalaj mai mult sau mai puţin elegant, a unui flacon de cele mai multe ori în formă plăcută; dar cari de fapt nu sunt decât:

a) *Simple substanţe chimice din farmacopee,* debitate pentru solide în diverse forme medicinale (tabete, dragele, pilule, capsule, etc.), iar pentru lichide sunt nenumărate specialităţi cari de fapt nu sunt altceva decât flacoane pline cu medicamente cunoscute.

Câteva exemple edificatoare; oleul de vaselină bisrectificat întrebuinţat ca laxativ este ambalat de diverse laboratoare în flacoane de diverse forme şi botezate după împrejurări Lansoil, Laxioil, Oleolax sau chiar Nujol.

Siropul jodotanic după codexul francez a dat naştere la noi în ţară la unsprezece specialităţi, căci fiecare laborator român şi-a făcut o cinste de a da în comerţ această specialitate.

Siropul de hipofosfiţi compuşi după formula lui Fellows copiată în toate farmacopeele, a dat naştere la alte 10 specialităţi debitate în comerţ chiar sub numele adevărat şi la 2 specialităţi cu nume mascate;

b) *Aceleaşi simple medicamente din farmacopee cărora li se aplică o operaţie uşoară de laborator* constitue de multe ori noi specialităţi: este cazul tuturor granulelor cu zahăr (glicerofosfat, kola, săruri de litină, piperazină, etc.);

c) De cele mai multe ori însă aceste celebre specialităţi sunt *simple amestecuri de diverse substanţe cunoscute* şi debitarea lor ca specialitate în comerţ constitue o înşelare. Câteva din aceste amestecuri sunt foarte cunoscute publicului. Este destul să cităm toate pastilele antinevralgice (până acum 12 la număr), gudroanele tuturor laboratoarelor, vinurile tonice şi atâtea alte preparate care dacă ar fi scuturate am vedea că nu reprezintă aproape nimic din punct de vedere terapeutic. Iacă de exemplu formula vinului Bravais unul din cele mai celebre vinuri din lumea întreagă:

Extr. cola fl. 0,20
Extr. coca fl. 2,
Cafeină 0,20
Theobromină,
Vanilină āā 0,0005
Na benzoic 0,26

La 100 grame vin Piedro Ximenes.

Se poate compara formula aceasta sărăcăcioasă cu un vin

tonic formulat de oricare din medici? Unde mai punem preţul enorm al vinului Bravais căci un flacon de 400 grame costă lei 230.

Nu îmi permite locul de a prezenta şi alte formule de acestea aşa zisele specialităţi pentru a arăta că cea mai mare parte din medicamentele specializate din aceasta a doua categorie conţin prea puţin sau aproape deloc principii activi.

Specialităţile farmaceutice sunt deci într'adevăr un progres penştiinţă şi devin un ajutor indispensabil medicului cu condiţia să facă parte din prima categorie.

Din nenorocire numărul acestora nu este nici 7% din numărul total.

Imediat însă ce specialitatea este un simplu medicament bine cunoscut sau un amestec din mai multe medicamente cunoscute, ea nu mai are dreptul de a se numi specialitate şi trebue înlocuită cu formula ce o reprezintă.

O triare a specialităţilor este deci absolută necesară. Dacă Consiliului Sanitar Superior i-a fost indiferentă comercializarea acestor mii de preparate şi a admis-o pentru marele taxe ce le-a încasat, pe noi nu ne poate lăsa indiferenţi. *Farmacia se ruinează din cauza lor. Arta farmaceutică a dispărut.* Sunt zile întregi când farmacistul nu execută nici-o ordonanţă medicală ci face pur şi simplu oficiul de desfacere al cutărei sau cutărei specialităţi. Medicina este de asemenea lovită pentru că marele reclame ce se fac prin ziare, fără nici-un control şi fără nici-o seriozitate, aduc publicului la cunoştinţă că se pot vindeca de orice boală prin specialităţi ce se găsesc cu uşurinţă peste tot şi deci nu mai are nevoe să consulte medicul, care la rândul său îi prescrie tot o specialitate. In afară de îndepărtarea bolnavului de medic specialităţile mai au desavantajul de *a obliga pe medic de a introduce bolnavii în acelaş calapod în loc să facă calapod special după fiecare bolnav.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O triare serioasă ar aduce la lumină multe lucruri interesante din punct de vedere ştinţific. A arăta de exemplu că multe specialităţi întrebuinţate de multă vreme de medici, de şi au nume diferite sunt unul şi acelaş lucru în afară de cazul Vigantolului, Sterogilului şi Irasterinei deja citat sunt multe alte exemple care dovedesc acest fapt. Hexamethylentetramina descoperită de germani a fost înregistrată de fabrica Schering sub numele de Urotropină. In Franţa aceiaşi substanţă a fost înregistrată de Gobey sub numele de Uroformină. Azi nu greşesc spunând că Uroformina lui Gobey (copia) este prescrisă mai mult ca Urotropina lui Schering (original) şi iarăşi cred că nu greşesc spunând că sunt farmacişti şi medici cari nu ştiu că este unul şi acelaş corp.

Phenylethylmalonylurea deasemenea fabricată în Germania a fost înregistrată de către Bayer sub numele de Luminal; acelaşi corp în Franţa poartă numele de Gardenal.

O triare serioasă a specialităţilor ar reduce numărul lor la circa 300 şi ar da posibilitate farmaciei şi medicinei să se desvolte în mod normal cum era înainte vreme. O cercetare serioasă a reclamelor din ziare cari induc marele public în eroare ar readuce pe bolnav la cabinetul medical şi la farmacie în loc să-l îndepărteze de medic şi să-l facă să se trateze în mod empiric.

De aceia cred că *un front al medicilor şi al farmaciştilor* ar fi singura soluţie ca să putem scăpa dacă nu total cel puţin parţial de această tumoare a profesiei medico-farmaceutice.

RÉSUMÉ: Les specialités pharmaceutiques *par le* Farm. Dr. N. Petrescu.

L'auteur dénonce les desavantages de la grande extension, qu'a prise le commerce des préparés pharmaceutiques aux dépens tout d'abord de la pharmacie, puis des malades et en dernière instance des médecins.

ZUSAMMENFASSUNG: Pharmazeutische Spezialitäten *von* Ap. Dr. N. Petrescu.

Weist auf die Nachteile der starken Verbreitung hin, die der Handel mit pharmazeutischen Preparaten erreicht hat zum Schaden in ersten Linie der Apotheker, dann der Kranken und schliesslich auch der Aerzte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL FITOTERAPIC

AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

FOTOTERAPIA IN ERIZIPEL*)

de
Dr. ARISTIDE STERE
«Medic Primar» Bazargic.

Sunt douăzeci de ani împliniţi de când excelenţa revistă Medicală *„Spitalul"* publica articolul nostru intitulat *„Lumina roşie este cel mai eficace tratament al erizipelului"*. In acea epocă destul de îndepărtată, am arătat că lumina produsă de un reflector cu electrozi de cărbune, proectată asupra placardului erizipelatos, după ce mai întâiu fusese trecută printr'un geam de culoare roşie, face ca evoluţia acestei afecţiuni să se desfăşoare nu numai într'un timp cu mult mai scurt ca de obiceiu dar şi sub o formă cu desăvârşire atenuată.

Experimentarea făcută pe 30 cazuri, din care unele, forme foarte grave, au fost în această privinţă, cât se poate de concludente.

Aceste încercări făcute de noi, n'au găsit însă imitatori un timp relativ îndelungat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abia din 1916 începem a întâlni, din ce în ce mai frequent, tentative de combatere a erizipelului prin phototherapie.

Felul luminei nu este însă acel utilizat de noi. Toate speciile de radiaţiuni ca şi toate sursele de lumină, afară de acele întrebuinţate de noi, au fost încercate rând pe rând, atât în ţară cât şi aiurea.

Găsim că expunând câteva date din **istoricul acestei chestiuni**, nu facem decât ceva, ce interesează şi în acelaş timp foloseşte.

O. Müller publică în Mediziniche Klinik din 1916, rezultate admirabile obţinute de el în cea mai mare parte din cazurile tratate cu lumina roşie; el a servit ca sursă luminoasă fie soarele fie o lampă incadescentă, fie în fine o lampă cu petrol.

Tot în 1918, Dr. V. Capelle şi ceva mai târziu ca el W. Karl întrebuinţează pentru combaterea erizipelului radiaţiile ultraviolete emise de lampa Bach. Acest autor afirmă că tratamentul descris de el, este superior tuturor celorlalte tratamente cunoscute inclusiv seroterapiei antistreptococice.

Prof. F. König, la sfârşitul anului 1916 în tratarea aceleaşi infecţiuni, se foloseşte de lampa Bach şi de o serie de lampi incandescente.

El iradiază placardul timp de 15 minute, punând lampa Bach la o dis-

*) Comunicare făcută la Societatea de Radiologie din România în ziua de 15 Decembrie 1930.

tanţă de 30—50 cent. depărtare de bolnav. Mărturiseşte că pe lângă foarte multe şi incontestabile succese, a avut şi cazuri de erizipel în care acţiunea radiaţiilor arătate, este mai mult de cât neputincioasă.

In 1917, W. M. Torenta şi în 1919 H. Koblentz şi Woodbury şi apoi Thedering în 1923 anunţă rezultate foarte promiţătoare în cazurile de erizipel tratate numai cu lămpi incandescente de dimensiuni obişnuite.

Rezultate favorabile date de radiaţiile ultraviolete au fost semnalate şi de R. Brunnauer, Bech, Bude, Peteny, Achnek, Popp, Syovall Czepa, Prerovsky şi de încă mulţi alţi autori.

In ultimul timp apare la noi în „România Medicală" lucrarea D-rilor O. Moeller şi J. Dumitrescu. Felul de a aplica radiaţiile ultraviolete este aproape identic ca acel arătat de Prof. Koenig, adică procedeul dozelor masive. Aceşti distinşi medici recomandă ca sursa de lumină să fie ţinută la 15—20 cent. depărtare de bolnav şi ca iradiarea să se facă timp de 15—20 minute.

După părerea acestor doi autori erizipelul se vindecă după una până la trei şedinţe.

Paralel cu încercările făcute prin radiaţiile chimice sau termice vedem utilizându-se în aceleaşi afecţiuni radiotherapia superficială. Primul care a tratat erizipelul prin razele X este Magalhaes, care prin 2 lucrări, una în 1916 şi alta în 1917, comunică rezultate excelente obţinute prin acest mijloc; Hesse în 1917, Schmidtz în 1918 şi Luden în 1921, aplicând acelaş tratament la numeroase cazuri de erizipel, ajung şi ei la concluziuni favorabile ca şi Magalhaes.

Pentru a fi nu numai complecţi dar mai cu seamă obiectivi, vom cita şi părerile acelor autori reputaţi cari nu văd de loc în phototerapie ultimul cuvânt al therapeuticei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Birck şi Schall în marele tratat Lehrbuch der Strahlentherapie, volumul al 3-lea, apărut în 1929, scrie: „In erizipel, Schenk şi Popp au observat vindecări prin actinotherapie. Noi n'am constatat niciodată aşa ceva". In acelaş tratat pag. 703, Artur Lippmann afirmă: „De asemeni ultravioletotherapia erizipelului este redată din multe părţi ca foarte eficace (Czep, Karl, Beck)". Din potrivă F. König are cu acest tratament, nu rare ori, insuccese. Acum de curând Thedering a părăsit radiotherapia pentru ca să utilizeze în locul ei "Lumina roşie" cu care acest autor este convins că se poate obţine rezultate superioare. Aceasta dovedeşte că efectul se datoreşte căldurei. Pare însă că erizipelul nu este un domeniu atât de potrivit pentru phototherapie.

Din acest scurt istoric se poate vedea între alte fapte mai importante că *primele încercări phototherapice în erizipel sunt acele făcute de noi între anii 1907—1912*, şi în acelaş timp că noi suntem singuri *cari am întrebuinţat în scopul arătat lumina produsă de reflectorul cu electrozi de cărbune.*

Deşi din 1923, ne stă la îndemână 2 lămpi de raze actinice (Bach şi Jessionek) şi 2 mari Soluxuri, noi totuşi am rămas credincioşi reflectorului cu cărbune, care după noi este nu numai superior în eficacitate dar şi ca aparat foarte practic şi foarte economic.

Intensa acţiune antiflogistică a acestei din urmă surse luminoase a fost de altfel pusă în evidenţă de noi în numeroase

împrejurări, din care unele au fost date la timp publicităţei. Astfel în 1910 am descris efectul conului luminos produs de acest aparat asupra erizipelului; în 1912 am publicat într'un tratat intitulat „Phototherapia şi electrotherapia în ginecologie", acţiunea antiinflamatoare a aceluiaş aparat, în diverse infecţiuni acute şi cronice ale uterului şi anexelor; în 1923 în Rev. ginecologică a D-lui Prof. Daniel, am relevat aceiaşi preţioasă calitate; în acelaş an am publicat în „Spitalul" efectul salutar şi cu adevărat surprinzător ce aceiaşi sorginte de lumină o are în pustula malignă. Din aceste experienţe ca şi din altele ce n'au văzut încă lumina zilei am putut vedea că *lampa cu arcul de cărbune este cea mai indicată sursă în combaterea inflamaţiunilor superficiale şi profunde produse de anumiţi agenţi patogeni.*

Afirmaţia ce facem în această privinţă nu este rezultatul unei simple vederi teoretice sau chiar a iluziunii înşelătoare. Ea se sprijină pe experienţa noastră de toate zilele ce am câştigat-o în aproape 15 ani de practică. *Acţiunea antiinflamatorie a tratamentului nostru se explică prin aceea că se dă întrebuinţare concomitentă la toate radiaţiile spectrului,* cari radiaţii ştim că fără excepţie posedă apreciabile calităţi antiflogistice. Noi nu excludem nici radiaţiile actinice cum greşit vor unii şi nici radiaţiile termice cum nejustificat recomandă de câtva vreme alţii.

Toate aceste specii de radiaţii sunt deopotrivă de utile şi separarea lor nu face decât să diminuieze efectul terapeutic al luminei totale, proporţional cu eficacitatea radiaţiilor excluse. Cea ce ne spune Gebhard despre metoda lui Finsen în tratamentul lupusului, este aplicabil încă mai mult, în cazurile de care ne ocupăm in lucrarea de faţă. Trece un prea lung timp până ce apar primele semne de ameliorare şi după cum scrie însuş Finsen o lună sau două.

Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu

După părerea mea aceasta nu-i decât consecinţa absolutei excluderi a radiaţiilor de undă lungă. Şi cred că aci (în Lupus) Finsen a pornit pe o cale greşită. Eu cred că nu are nici o raţiune această excludere şi nu aşi admite-o decât atunci când ni s'ar aduce probe directe că razele infraroşii ar ajuta la desvoltarea bacilului Koch. Repet încă odată că prin unirea razelor luminoase cu cele termice, suportabile, se va produce un efect mai rapid, ca atunci când lumina a fost separată de razele ei termice. Nu mai puţină importanţă dă Guillaume radiaţiilor calorifice, în tratamentele ulcerelor şi plăgilor inflamate. Iată ce scrie ultimul autor în această privinţă:

„Vasodilatarea şi accelerarea locală a schimburilor ţesuturilor, permit să obţinem o forte ameliorare sau cicatrizare a plăgilor şi a leziunilor ulceroase. Dacă se combină aceste proprietăţi ale radiaţiilor I. R. cu proprietăţile radiaţiilor ultraviolete şi vizibile, se obţine prin iradiarea artificială rezultate pe care le au soarele şi marea. Sursa luminoasă trebue să aibă proprietăţi cât mai apropiate de acele ale soarelui".

In afecţiunile inflamatorii acute sau cronice în care am utilizat phototherapia nu numai că nu am exclus niciodată radiaţiile

termice ci le-am întrebuinţat în doze maxime suportabile, adică doze care întrecute ar aduce nu numai senzaţii foarte dureroase, dar ar pune în pericol şi integritatea ţesuturilor ce se tratează. Doza suportabilă variază însă nu numai dela bolnav la bolnav ci şi la acelaş bolnav în diferite epoci ale tratamentului. Astfel copii nervoşi ca şi începătorii reacţionează mai curând ca adulţii viguroşi şi ca acei ce au căpătat o oare care obişnuinţă prin câte-va aplicaţiuni anterioare. După noi, doza suportabilă în genere este cuprinsă între 42^0—46^0 Celsius.

REFLECTORUL CU ARC DE CARBUNE.

Reflectorul cu arc de cărbune este un aparat de construcţie foarte masiv şi de aceea prea greu pentru a fi transportat în afară de clinici sau spitale.

Un reflector se compune din următoarele părţi:

1) Un cilindru gol, ce este dispus orizontal pe un suport şi pe care se poate mişca în toate direcţiunile.

2) Un angrenaj automat care îngrijeşte de arderea regulată a cărbunilor.

3) O oglindă metalică concavă care cu ajutorul unui mâner se poate mişca în sensul axei lungi a cilindrului descris.

Electrozii sunt făcuţi de cărbuni, şi uneori de cărbune în care se încorporează sub formă de filoone, fine, diverse pulbere metalice ca fer, zinc, cadmiu, tungsten, calciu, etc. Dispoziţia cărbunilor în interiorul cilindrului diferă după felul curentului ce alimentează reflectorul. La aparatele cu curent continuu ei sunt aşezaţi orizontal şi în axa lungă centrală, iar la aparatele bronşate pe curent alternativ electrozii sunt aşezaţi în plan vertical cu o înclinare de 75 grade unul faţă de celălalt.

Lampa cu arcul de cărbune dă un spectru care se aseamănă cel mai mult cu spectrul pe care soarele îl resfiră asupra pământului.

Contrar lămpilor cu arc de mercur, aceste 2 spectre de mai sus sunt continui, având totalitatea radiaţiilor vizibile, un foarte bogat spectru infraroş (90%) şi o apreciabilă cantitate de radiaţii de undă scurtă (5—6%).

Din punct de vedere technic putem spune că reflectoarele ce funcţionează cu curent continuu sunt superioare celor cu curent alternativ. In adevăr la aceste din urmă arderea cărbunilor este mai puţin uniformă, lumina mai puţin clară, temperatura medie inferioară şi regularea automată mult mai puţin satisfăcătoare. Pe lângă aceste inconveniente, ultimele modele mai ales produc un sgomot întrerupt, săltăreţ, care prin perzistenţa lui plictiseşte câte odată pe medicii şi pe bolnavii nervoşi.

Din punct de vedere clinic însă diferenţa între unul şi celălalt reflector este neapreciabilă. Noi care ne-am servit în decursul timpului de ambele modele de reflectoare nu am putut observa niciodată superioritatea de efect a unuia şi inferioritatea celuilalt.

Digitized by Google Digitized by Google

Noi posedăm de mai mulţi ani 2 reflectoare care sunt construite pentru 7 amp. şi 70 volţi. Ca la toate aparatele de acest gen însă, numărul amperilor poate fi ridicat sau scoborât până la oare-care limită, fără ca fiinţa aparatului să fie periclitată sau tulburată în funcţionare.

Modele mari, de 70 amp. nu pot aduce mai mult folos în aceste împrejurări. Afară de aceasta întreţinerea lor este foarte costisitoare.

Dat fiind folosul nemăsurat ce am putut scoate dela această specie de aparate, ne este inexplicabil, că ele sunt atât de puţin răspândite nu numai la noi ci şi aiurea şi că chiar acolo unde ele există, fiziotherapii fac prea rar uz de ele. *Ca dată istorică a phisiotherapiei române trebue să relatăm că acest reflector a fost adus în ţară pentru prima oară de noi în 1907.*

Putem spune din cele ce cunoaştem, că noi suntem nu numai primul ce am întrebuinţat în ţară acest gen de reflector, dar avem credinţa că acesta este primul aparat cu care a debutat phototherapia la noi.

Atât de puţin este cerut acest reflector încât fabrica „Sanitas" dela care am comandat modelele de care ne-am servit şi acel de care ne sevim, ne a anunţat încă de acum 6 ani, că a încetat complect fabricarea lor. Cu toate acestea iată cum vorbeşte Biancani de reflectorul cu arc de cărbune: „Şi totuşi aceste surse de radiaţiuni sunt foarte interesante din punct de vedere therapeutic".

Ar fi deci de mare folos să cercăm a-i suprima inconvenientele ce am semnalat mai sus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MODUL DE APLICARE AL TRATAMENTULUI.

Bolnavul se aşează pe un scaun sau în caz de slăbire excesivă pe un pat. Aparatul este pus la o distanţă de 75 cent. până la un metru de bolnav. De altfel distanţa ce separă pe bolnav de reflector nu prea are un rol atât de important ca la lămpile cu mercur. Intensitatea luminoasă până la oare-care punct depinde de oglinda metalică cu care se concentrează radiaţiile şi numai atunci când electrozii prin combustiune au rămas prea scurţi, pentru a obţine un grad suficient de concentrare este nevoe să deplasăm aparatul spre bolnav până la 40 cent. şi chiar mai aproape. In prima sau primele 3 şedinţe din prima zi intensitatea să fie mai moderată. In acest interval să nu trecem de 40—42 grade Celsius, pentru ca pielea să aibă putinţa de a se obişnui atât ca senzaţie cât şi fiziceşte cu iradiaţiile la care este supusă. Durata fiecărei aplicaţii este de 20 minute. După a 3-a şedinţă atât durata cât şi intensitatea radiaţiilor vor fi crescute fără teamă până la limita maximă a suportabilităţei. In cazul când nu vom ţine cont de această recomandaţie, vom face aplicaţia foarte penibilă pentru bolnav, din care cauză riscăm a-l face să nu se mai supună tratamentului.

Creşterea încetul cu încetul a intensităţei şi a duratei, la fiecare şedinţă, se indică mai ales la copii şi la cei debilitaţi, la cari

senzaţiile de căldură, produse de radiaţiile infraroşii se suportă încă cu mai multă dificultate.

Când intensitatea radiaţiilor este suficientă? Primul element de conducere în această ocaziune este senzaţia subiectivă a bolnavului. Aceasta trebue să aibă la locul unde se aplică tratamentul, o senzaţie de căldură intensă, care să nu fie însă prea arzătoare. Când bolnavul reacţionează, dispersăm radiaţiile conului luminos, până ce acesta le poate tolera fără nici-o suferinţă.

La bolnavi timizi şi la copii indocili ne vom conduce de alt element care are însă o importanţă mai relativă: Aspectul luminei la locul proectat. Aceasta nu trebue să fie albă strălucitoare ci să aibă o nuanţă de galben luminos. Se înţelege dela sine că o noţiune exactă asupra acestei unităţi de măsură nu se poate da numai prin această descripţie. O practică elementară de foarte scurtă durată ar învăţa mult mai uşor de cât cea mai magistrală descriere.

Numărul şedinţelor depinde de gravitatea cazului. In erizipele puţin virulente o singură şedinţă zilnică este suficientă. In erizipelele mai grave recomandă 2 sau chiar 3 şedinţe pe zi. Durata unei şedinţe este de 20—25 minute. Cu cât se observă o slăbire a virulenţei streptococului cu atât numărul şi durata şedinţelor se vor diminua treptat. In nici un caz nu se va întrerupe tratamentul înainte de a se împlini 2 zile de apirexie.

După prima sau chiar după primele aplicări, placardul devine palid, acesta scade la nivelul pielei şi în fine devine nedureros. Sunt şi noi invazii, însă cu totul atenuate. Să nu ne aşteptăm însă în nici un caz la miracolul ca, placardul să fie reţinut în loc dela prima şedinţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Devine erizipelul tratat neinfecţios? Cele necesare pentru a întreprinde cercetările pe care s'ar baza răspunsul la această firească întrebare lipsindu-ne, nu putem satisface o atât de legitimă curiozitate ştiinţifică. Totuşi din faptul că nu am avut infecţiuni în mediul în care am lucrat şi niciodată recidiva afecţiunei, am putea-o conchide, că odată cu vindecarea leziunei streptococul este distrus.

Tot în acest capitol adăogăm ca în cazurile grave să se utilizeze şi tratamentul medicamentos.

In primele noastre cercetări am utilizat „lumina roşie" adică lumina reflectorului trecută printr'un geam de culoare roşie. Am părăsit această practică întrucât experimentările clinice ce-au urmat ne-au dovedit că rolul culoarei roşii în această ocaziune este numai de-a complica tratamentul şi de a-l face mai sugestionant pentru bolnavi şi chiar pentru medici.

Cum se explică efectul therapeutic în erizipel, adus de fiecare din speciile de radiaţie utilizate?

Vom examina pe rând pentru toate felurile de radiaţii, părerile cele mai plauzibile ce s'au emis pentru a se explica rezultatul therapeutic ce fiecare din acestea l'au dat în erizipel.

Vom începe cu radiaţiile actinice, care din punctul de vedere,

ce ne interesează aci, au dat loc la cele mai largi discuţiuni şi au prilejuit cele mai variate şi mai numeroase teorii. Aceasta din cauza dificultăţilor de neînvins ce au întâlnit cercetările făcute în această direcţiune.

Vom aminti în primul rând mai mult pentru curiozitate, de acele teorii foarte seducătoare, altă dată la modă, ce sunt bazate pe de o parte pe modificarea electricităţei ţesuturilor, fie ale unui organ, fie ale organismului întreg şi pe de altă parte pe un presupus proces de ionizare, care ar avea loc după unii în sânge, iar după alţii în ţesuturi. Aceste teorii nu pot înfrunta nici cele mai indulgente critici. Insuşi fenomenul cunoscut sub denumirea magică de „ionizaţie" pe care se sprijină toate aceste teorii, sunt mai cu seamă în aceste împrejurări o ipoteză încă neverificată. S'a crezut multă vreme că efectul actinotherapiei s'ar datora proprietăţei bactericide a radiaţiilor chimice.

Nu se poate admite însă un efect bactericid direct, cum s'a constatat în vitro de German, Schreiber şi alţii. Cercetările lui Roste şi König au arătat în chip peremptoriu că streptococul, bacilul Koch, pătrunşi în piele, nu pot fi ucişi direct de razele actinice, de oarece acestea sunt absorbite în întregime în epidermul cornos deci la un nivel cu mult îndepărtat de locul unde sunt cantonate aceste bacterii.

Tot aşa de puţin întemeiată a fost supoziţia că, radiaţiile actinice s'ar bucura de-o puternică proprietate antitoxică. C. Sonne, Kisch, Hansen au arătat însă că, atunci când reuşim să obţinem anihilarea unei toxine printr'o iradiere intensă, puterea antitoxică este datorită nu radiaţiilor actinice ci radiaţiilor infraroşii ce le acompaniază. Walter Karl crede că efectul salutar al radiaţiilor ultraviolete în erizipel s'ar datora numai hyperemiei ce aceasta provoacă la locul aplicărei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Brunauer atribue efectul actinoterapiei profundelor modificări coloide, ce au loc în protoplasma celulară. Substanţa coloidală împrăştiată normal sub formă de granulaţii fine în corpul celular, se precipită sub influenţa acestor iradiaţii sub o formă grosolană.

In acelaş timp albuminele scad, iar globulinele îşi măresc mult cantitatea. Dar fenomenul cel mai important este următorul: Fermenţii, cari joc un rol hotărîtor în viaţa celulei, după cum au dovedit subtilele experienţe ale lui Keller, sunt atenuaţi şi uneori distruşi chiar cu doze actinice foarte moderate. Prin acest complex proces biologic ce are loc în interiorul celulei, se creează streptococului un mediu neprielnic de desvoltare şi de viaţă.

Keller crede că acţiunea razelor ultraviolete, este adusă de schimbările ce sufere endoteliul capilarelor din corpul papilar şi leucocitozei intense ce se produce în urma iradierei. Absorbiţia bruscă a produselor toxice ce iau naştere prin alterarea endoteliului vascular are o acţiune identică cu şocul produs prin injectare de albumine.

Guillaume după îndelungate cercetări microscopice descrie fenomenele locale ce au loc sub influenţa razelor chimice şi totodată explică efectul therapeutic produs de acestea.

Tratamentul

SIFILISULUI

prin Bismutul

LIPOSOLUBIL

Solmuth

Soluţie uleioasă limpede şi incoloră de Campho carbonat de Bismuthyl

1 ccm. = Ogr. 04 Bi metal

Tratament: săptămânal câte 2 fiole a 1 ccm.

INDOLOR

Eliminaţiune regulată.

Tratamentul arsenical al

SIFILISULUI

pe cale bucală

prin

Treparsol

Acid formyl-méta-amino-p-oxiyphenylarsenic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comprimate: Ogr, 25 adulţi
Ogr. 10 copii
Ogr, 02 sugaci

Pozologie: Adulţi 1—până la 4 comprimate timp de 4 zile consecutive urmate de 3 zile repauz. Durata seriei: 8 săptămâni.

Copii: 0,02 pe zi şi kg. Acelaş tratament ca pentru adulţi.

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND

Levallois (Seine)

Reprezentant: AGECO S. A., Bucureşti

str. Sfţ. Ionică, 9.

O parte din radiaţii sunt absorbite în epidermul cornos dând naştere la o florescenţă, iar cealaltă parte sunt absorbite treptat în straturile suprapuse ale epidermului mucos, producând leziuni mai mult sau mai puţin grave, în celulele acestui din urmă.

Produsele toxice sunt vărsate odată cu humorile spaţiilor perivasculare şi sistemului lacunar în interiorul vaselor. Prin urmare o asemănare isbitoare cu teoria precedentă a lui Keller.

In ceeace priveşte mecanismul acţiunei terapeutice al radiotherapiei în erizipel, cunoaştem foarte puţine păreri. Amintim aci numai de teoria lui Hesse. El crede că vindecarea leziunei se face prin modificarea coloidală şi prin distrucţia fermenţilor celulari.

Iată în fine modul de-a vedea a lui Biancani asupra acţiunei radiaţiilor infraroşii, mod de a vedea împărtăşit aproape în totul şi de Guillaume. Pe de oparte aceste radiaţii ridică temperatura ţesuturilor ce le absoarbe, modifică starea coloidală şi accelerează în acelaş timp schimburile osmotice. Pe de altă parte aceiaşi iradiare măreşte calibrul vascular prin o excitare a vazo-dilatatorilor care are ca consecinţă scoborîrea presiunei capilare hidrostatice.

Activitatea schimburilor osmotice a presiunei hidrice şi creşterea calibrului vascular sfârşesc prin a duce lichidele sistemului lacunar către reţeaua arterială, venoasă şi limfatică. In afară de aceste fenomene biologice ce se nasc în ţesuturi sub influenţa radiaţiilor actinice, vizibile şi infraroşii, care au drept rezultat de-a crea pe cale indirectă arme de luptă sau rezistenţă faţă de invazia microrganismului în cauză, putem presupune că aceste radiaţii au şi o acţiune directă?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceace priveşte radiaţiile actinice răspunsul este lesne de dat şi nu poate fi decât negativ. Epidermul cornos constitue el singur un obstacol de neînvins pentru radiaţiile a căror lungime de undă este inferioară de 3300 A. ceace însemnează că totalitatea radiaţiilor emanate de sursele actinogene artificiale sunt absorbite de această pătură a epidermului.

Nu tot atât de simplă poate fi însă explicaţia în rezultatul obţinut graţie radiaţiilor vizibile şi infraroşii. Procesul de combatere a microorganismului, ce are loc sub influenţa acestor din urmă iradiaţii este după noi ceva mai complex. Aci pe lângă reacţia biologică descrisă în chip magistral de Biancani, noi suntem îndreptăţiţi a presupune că intervenţia acestor 2 specii de radiaţii este în acelaş timp şi directă, pur fizică, adică că radiaţiile vizibile şi infraroşii acţionează asupra streptococului şi bacilului cărbunelui sau a toxinelor lor, ce se află în ţesături, de aceiaşi manieră, însă desigur mai atenuat, după cum ele influenţează asupra aceloraşi microbi sau toxine în vitro.

Ce parte de rezultat terapeutic se cuvine efectului direct, nu se poate spune de ştiinţa de azi. Totuşi dacă o metodă de investigare directă a acestui fapt ne lipseşte, avem în schimb la îndemână o sumă de cunoştinţe care să ne facă să nu vedem nimic hazardat, dacă acordăm radiaţiilor termice şi vizibile acţiunea fizică, de care am vorbit mai ales în aceste împrejurări în care toxina şi microbul

sunt cantonaţi în ţesuturile superficiale, cum este cazul şi în erizipel şi în pustula maligna.

In adevăr în una şi în cealaltă din aceste două infecţiuni sediul agenţilor patogeni sunt ţesuturile cele mai superficiale ale organismului.

Astfel în erizipel, care este o limfangită a spaţiilor lacunare ale epidermului mucos, acompaniată de o inflamaţie vasculară exudativă, streptococul este aşezat în limphatice şi în ţesutul reticular al acestui strat al epidermului. Nu vorbim aci desigur de cazuri excepţionale, privite ca complicaţiuni grave în care streptococul trece în ţesutul celular subcutanat şi în vasele sanghine capilare, cazuri în care tratamentul nostru îşi declină orice competinţă. Tot avantajos pentru noi este locul ocupat de bacilul cărbunelui. Acesta este aşezat în formă de coroană în jurul pustulei maligne, în interiorul acesteia de jur împrejurul glandelor sudoripare, foliculilor piloşi şi în ganglionii respectivi. Şi aci ca şi în erizipel, în caz excepţional, infecţiunea se poate generaliza trecând însă numai în torentul circular vase limfatice şi capilare dar niciodată în ţesuturi. Ori Willam, C. Sonne au arătat că nu numai în epidermul cornos, mucos şi în derm, unde este sediul obişnuit ales de aceste două microorganisme, ci şi în ţesutul subcelular temperatura se ridică sub influenţa radiaţiilor infraroşii până la 42 de grade, iar a celor vizibile chiar până la 47 grade.

Este inadmisibil ca o temperatură atât de ridicată ce acţionează timp de 20—25 minute să nu influenţeze deleter, direct şi să nu aducă distrugerea sau cel puţin o diminuare a vitalităţei bacteriilor sau o amortizare a toxinelor a acestora. Ştim că streptococul este distrus în vitro de-o temperatură de 45 grade în 25 minute, iar bacilul cărbonos îşi încetează orice activitate vitală şi inmulţire dela 43^0 în sus pentru a fi ucis într'o oră la 50 grade.

Nu numai că noi nu vedem cum s'ar putea nega un efect direct al radiaţiilor infraroşii şi vizibile, dar ceva mai mult avem convingerea că acest efect direct, faţă de anumite infecţiuni joacă un rol de-o importanţă covârşitoare.

Acest fel de a vedea şi înţelege rolul diverselor radiaţii, explică pentru ce noi în împrejurările de faţă punem o însemnătate deosebită pe radiaţiile infraroşii şi vizibile şi pentru ce noi nu suntem alături de autori cari în aceleaşi infecţiuni, sau altele subtilizează în mod nefiresc phothotherapia, excluzând din spectru când un element component când celalt.

O acţiune directă asupra ţesuturilor şi elementelor anatomice situate dincolo de epiderm, adică a tuturor ţesuturilor ce pleacă din derm, nu poate fi decât rezultatul iradiaţiilor vizibile sau infraroşii. Dacă se vorbeşte de efectele profunde ale luminei, se înţelege evident o acţiune a razelor vizibile sau infraroşii şi mai exact a acestor din urmă (Guillaume).

Incă mai categoric în această privinţă este Biancani la pag. 81 din tratatul său „Lumina şi razele infraroşii". Razele I. R. şi cele vizibile din spectrul luminos au o acţiune locală şi în special o acţiune asupra troficităţei ţesuturilor şi circulaţiunei.

http://Digital.lib.ucv.ro University library of Craiova

Hyperemia activă determinată de aceste radiaţii, la nivelul tegumentelor, asemenea unei metode Bier, face să crească mijloacele de apărare contra infecţiunilor superficiale.

Astfel vom vedea că razele I. R. acţionează favorabil în afecţiunile pielei dând rezultate interesante în infecţiuni cutanate şi subcutanate.

Pentru că se vorbeşte aci de infecţiuni superficiale, găsim necesar a estompa puţin entuziasmul pe care l'ar aduce în imaginaţiunile şi în speranţele unora sensul generic şi nelimitat al acestor 2 cuvinte. Sunt şi infecţiuni superficiale cum sunt acele datorite stafilococului, ca antraxul şi furonuculoza care în faza acută se arată foarte puţin sensibile faţă de acest tratament. In adevăr străduinţele noastre n'au fost niciodată încoronate de succes, nu numai atunci când am avut aface cu leziuni intense cauzate de stafilococ, dar nici când leziunea ce avem de tratat a fost un simplu şi unic furuncul.

Nu tot astfel se comportă însă substratul inflamator, consecutiv unui proces stafilococic.

In acest caz sub influenţa tratamentului inflamaţia retrocedează, durerea scade treptat cu fiecare şedinţă, iar reparaţia ţesuturilor se face cu o repeziciune în adevăr uimitoare.

Din 23 cazuri de erizipel tratate de noi în interval de aproape 7 ani nu vom descrie decât 2 cazuri, cari deşi de-o gravitate excepţională, au fost influenţate în chip favorabil, într'un timp foarte scurt. După aceste cazuri se va putea lesne aprecia eficacitatea tratamentului şi în rest. Ab uno disce omnes:

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

F. R. de ani 67, este trimis de un confrate din localitate cu apelul disperat de a-l interna în spital, pentru starea extrem de gravă în care se găsea. Temperatura între 39 şi 39.5.

Puls intermitent. Slăbiciune extremă, delir. In regiunea cefei un antrax operat de 15 zile s'a infectat ulterior de erizipel. Ceafa, spatele până în unghiul inferior al scapulului un placard gras, foarte dureros, erizipelatos. Albumină 3 gr. Confratele îmi cere să încerc şi eu dacă cred că se poate faec ceva cu lumina.

După a 3-a zi de aplicaţie, fără alt tratament decât tonice cardiace permise pentru această stare, placardul s'a şters aproape complect. Temperatura normală — plaga operată roşie burgeonantă. Bolnavul în stare excelentă. Chem a 4-a zi pe confratele S. care priveşte abia crezând că acesta este bolnavul ce a crezut de cuviinţă a ni-l recomanda. Bolnavul mai urmează 3 zile tratamentul. Revăzut după câteva luni este în excelenţă stare în ce priveşte vechea infecţie. Se plânge însă de o sciatică rebelă, de care se vindecă abia peste 5 luni.

Gh. 62 ani, erizipel al feţei al capului întreg al gâtului şi al corpului până la mijloc. Starea generală foarte rea. Temperatura dela 38 şi 39.6 inapetenţă. Se supune tratamentului timp de 6 zile. Placardul se mai întinde la început încă puţin, cam 20 cent. însă slab, palid, abia perceptibil. După a 3-a zi capul începe a se dezinflama şi pe corp placardul abia se mai cunoaşte. A 6-a zi temperatura normală. Ese vindecat în această zi.

RÉSUMÉ: La photothérapie de l'erisipèle *par le* Dr. Aristide Stere.

L'auteur expose les résultats favorables de la photothérapie totale dans l'érysipèle; il est le premier auteur, qui a préconisé cette thérapie de l'érisipèle, les essais de début sur 30 cas en étant publiés dans la revue „Spitalul" il y a 20 ans; et dans ce but il a employé la lumière produite par le réflecteur aux électrodes de charbon; il afirme de même qu' avec le premier réflecteur apporté dans le pays en 1907 par lui a debuté la photothérapie dans la Roumanie; les dermiers 23 cas traités par la même méthode dans l'intervalle de 7 ans ont confirmé les premiers résultats.

ZUSAMMENFASSUNG: Lichtbehandlung des Erysipels. Dr. Aristide Stere *berichtet über die günstigen Resultate der Lichtbehandlung bei Erysipel.*

Er ist der erste, der Lichtbehandlung bei Erysipel empfohlen hat. Seine ersten 30 Fällen sind vor 20 Jahren in der Zeitschrift „Spitalul" veröffentlicht worden. Als einziger hat er damals zu diesem Zweck, Licht von Kohlen-Elektroden verwandt, und im Iahre 1907 zum ersten Mal die Lichtbehandlung in Rumänien eingeführt. Die letzten 23 mit dieser Methode in Verlauf von 7 Jahren behandelten Erysipelfälle haben die ersten Resultate bestätigt.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

INTREBUINŢARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine:

Clorhidrofosfolactat de Calciu	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi	Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c.' 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriţiunii generale.

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

Laboratorul Serviciului Medical al Spitalului Israelit Galaţi
Medic primar: Dr. D. Ornstein

DIAGNOSTICUL PRECOCE AL SARCINEI PRIN PROBA HORMONALA A LUI ASCHHEIM-ZONDEK *)

de
Dr. HENRIC SILBERMAN
Medic secundar în secţia de Gynek.-Obstetrică.

In numărul din 1 Februarie 1930, al revistei „România Medicală", a apărut un articol semnat de către D-l Prof. Zaharescu-Karaman, conţinând în mod teoric metodele biologice în diagnosticul timpuriu al sarcinei.

Printre metodele în deosebi reţinute şi detailate de domniasa, este şi metoda aşa numită a lui **Aschheim** şi **Zondek,** care a produs în ultimul timp o puternică luare aminte asupra sa de către lumea biologică în genere şi cea obstetricală în special. Şi cu drept cuvânt a acesteia din urmă în special, de oarece de exactitatea rezultatelor şi confirmărilor acestei metode noi depinde rezolvirea într'o proporţie neobţinută încă până azi de toate celelalte procedee biologice a problemelor, uneori atât de dificile, de diagnostic diferenţial de sarcină şi a sarcinelor uterine sau extrauterine precoce, ce au întotdeauna o însemnătate practică necontestabilă.

Pornită din Germania unde a fost încercată în toate clinicile de specialitate şi în cari s'au obţinut rezultate demonstrative, fără excepţii, în proporţia de 98—99%, a produs în Franţa o modificare a procedeului, cu care se obţine rezultate în 100% din cazuri! (după **Brouha** şi **Simonnet).**

Dacă în adevăr s'a ajuns la această procentualitate, se poate spune că problema diagnosticului sarcinei uterine sau parauterine, precoce sau nu, a fost rezolvată. Să fie oare un indiciu în această privinţă faptul că laboratorii de prima categorie din Franţa şi Germania anunţă şi execută în mod curent această probă, cu uşurinţa şi siguranţa oricărei alte probe şi examen de laborator.

---

*) Articol primit la redacţie la 10 Dec. 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe ce se bazează această metodă şi cari sunt avantajele ei?

In urma recentelor cercetări ale lui **Aschheim** şi **Zondek,** s'a dovedit că glanda hypophisară şi anume lobul ei anterior, este necesară în maturaţia sferei genitale, că adică această desvoltare — **maturaţia,** — nu se produce decât sub influenţa hormonului hypophisar anterior; iată deci primul punct care a fost câştigat. Pe de altă parte se cunoaşte acţiunea extractului ovarian — foliculina — care este urmarea maturării funcţionale ovariene sub influenţa anthypophisei, şi care constă într'o transformare la animalele femele nepubere, a sferei genitale inferioare (congestiune vulvo-vaginală şi mărirea uterului şi trompelor).

Hormonul hypophisar anterior, activatorul funcţiunei ovariene, a fost izolat de către **B. Zondek,** care l-a denumit „prolan A". Această substanţă (pe care **Zondek** o prepară din urina femeilor canceroase, care conţine 80% prolan A, sau din aceea a femeilor castrate, cu 75% prolan), injectată la animale, provoacă o maturaţie anatomică şi funcţională a ovarelor lor, cari la rândul lor prin intermediul foliculinei rezultate, dau congestiunea şi mărirea tractului genital inferior (vulvă, vagin, uter, trompe). Şi injecţiunea unui extract ovarian oarecare dă naştere unor transformări asemănătoare, însă spre deosebire de prolanul A, lasă ovarele infantile, nematurate; constitue ceeace A. şi Z. au denumit reacţiune de gradul I. (gr. I).

Amândouă aceste substanţe — prolanul A, caşi foliculina — se află şi în organismul, deci şi în urina persoanelor negravide (castrate, canceroase, în klimakterium).

Dar lobul anterior al hypophisei, nu conţine numai hormonul „prolan A."; tot **Zondek** a fost acela care în urma cercetărilor lui **Aschheim** şi împreună cu acesta a întrevăzut o a doua substanţă, pe care a denumit-o „prolan B.", neizolată încă de prolanul A. cu care se găseşte în urina femeilor gravide, şi care este decelabilă numai la organismele gravide, putând da naştere în sfera genitală a şoarecilor albi, infantili, unor transformări cari constitue „testul" sarcinei.

Această din urmă substanţă, pe care o vom nota în rândurile ce vor urma, cu denumirea generică de hormon hypophisar anterior, lăsând de o parte prolanul A., se află în cantităţi însă neglijabile, în organismul oricărui individ.

Meritul lui Ascheim şi Zondek este de a fi demonstrat că organismul femeilor gravide, din primele zile ale sarcinei chiar, imediat după nidarea oului în organismul matern şi a pătrun-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

derii trophoblaştilor în sistemul circulator al mamei, conţine hormon hypophisar anterior, (prolan A.), în cantităţi enorme, (de câteva mii de ori mai mare faţă de negravide), care se elimină şi este decelabil în sângele şi mai ales în urina gravidelor (şi numai în a acestora), şi că introducerea unei cantităţi chiar infime ,de urină, provenită dela o femee gravidă, la un şoarece alb nepuber, dă naştere unor formaţiuni la nivelul ovarelor, formaţiuni caracteristice sarcinei, care constă în: 1) „puncte hemoragice", rezultatul hiperemiei ovariene şi ruptura vaselor thecei, constituind reacţiunea de gradul II, şi 2) corpi galbeni atretici, constituind reacţiunea de gradul III.

Acesta este principiul pe care se bazează metoda lui **Aschheim** şi **Zondek,** pentru diagnosticul hormonal, al sarcinei.

Hormonul hyp. ant. (care este termolabil, solubil în lipoizi şi foarte puţin rezistent faţă de alcool şi acizi concentraţi), apare în urina gravidelor în mod brusc, explosiv, îndată după nidaţiune, şi iată prin urmare posibilitatea de a avea o confirmare a acestei nidaţiuni în mod neobişnuit de timpuriu. (Foliculina din contră apare în primele 4—8 săpt. de sarcină, în mod lent şi progresiv).

Sfârşitul sarcinei normale, corespunde cu scăderea cantitativă a hormonului prehypophisar, pentru ca să asistăm la dispariţia sa din sângele şi urina femeilor gravide, câtva timp (o săptămână —10 zile) după naştere. Sarcinele patologice nu fac excepţie dela pozitivitatea reacţiunei, iar moartea produsului concepţiunei în uter sau în afara sa, (sarcina extrauterină ruptă), coincide cu dispariţia destul de rapidă (câteva zile), a hormonului amintit, deci cu un rezultat negativ al probei. După **Aschheim** şi **Zondek,** numai reacţiunile de gr. II şi gr. III confirmă o graviditate, reacţiunea de gr. I, putând fi pusă pe seama altor turburări hypophisare (tumori ale acestei glande, mixoedem), sau ovariene (amenorhee hyperhormonală).

Autorii francezi, în frunte cu **Bar,** constatând că la femelele nepubere o reacţiune poate fi pozitivă (după A. şi Z. numai de gr. I), chiar sub influenţa foliculinei unei femei presupusă gravidă, au pornit la modificarea metodei iniţiale, (şi **Bar** a prezentat un raport Academiei de Medicină din Paris), propunând injectarea urinei de cercetat animalelor mascule nepubere a căror sferă genitală nu se poate matura decât sub influenţa hormonului hypophisar anterior, (eventuala foliculină ce s'ar afla în urină, neavând nici o influenţă); se produce în acest caz o mărire apre-

ciabilă cu ochiul liber a testiculelor, glandelor şi canalelor seminale, ca şi a cantităţii lichidului seminal (de 3—4 ori faţă de animalele adulte). Acest autor a experimentat această modificare la masculi, în 150 cazuri în serviciul Prof. **Brindeau** din clinica Tarnier şi a obţinut în toate, rezultate corespunzătoare (100%); iniţiatorii acestei modificări sunt **Brouha** şi **Simonnet.**

Intrucât aceste rezultate corespund realităţilor, — şi nu ne îndoim că seriozitatea autorilor lor, sunt o chezăşie a veracităţii acestora, — ne-am propus să obţinem în interesul acestei subtile şi însemnate probleme de diagnostic sigur şi precoce al sarcinei, o confirmare prin rezultatele ce vom avea ocaziunea să înregistrăm.

Technica urmată a fost aceea dată de autorii probei, în încercările lor asupra femelelor nepubere, şi aceea a lui **Brouha,** asupra masculilor nepuberi, considerând pozitivă (+), proba în care chiar numai la un singur animal injectat, a fost decelată o reacţiune de gr. II sau gr. III; am injectat la şoricei albi, femele, nepubere, (de 3—4 săptămâni sau de 6—8 g.), în grupe de câte patru, urina de dimineaţă, recoltată în mod aseptic, în doze variind între 1,2—2,4 cm.^{3} împărţite în 6 injecţiuni de câte 0,2—0,4 cm.^{3}, aceste doze rămânând constante pentru acelaş animal şi lăsând fiecărui grup de animale un martor de aceeaşi vârstă; după 96 ore au fost sacrificaţi, după anestezie cloroformică, şi cercetate rezultatele; (sacrificarea prin gazul aerian ni s'a părut a împiedica într'o măsură oarecare cetirea acestor rezultate). Pentru technica la masculi: inj. zilnice cu 0,1—0,3 cm.^{3} urină, obţinută ca mai sus, timp de 8—10 zile, la şoricei albi nepuberi, masculi (8—10 grame), apoi sacrificaţi şi cercetaţi ca mai sus.

Uşurinţa executării acestei probe, a fost un îndemn pentru noi de a o încerca şi de a o dori introdusă în practica noastră curentă. Urina subjectului de cercetat este foarte uşor de obţinut — iar cantitatea de 10—15 cm.^{3} este suficientă pentru o probă. Avantajul important al metodei este că nu se execută asupra materialului omenesc, o piedică uneori serioasă în efectuarea probelor biologice.

Procentualitatea rezultatelor obţinute de marea majoritate a cercetărilor (98—100%), procentualitatea neîntrecută de ce-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

lelalte probe existente, constitue un fapt care nu numai nu trebueşte înlăturat, dar constitue argumentul cel mai puternic în sprijinul ei.

Obiecţiunea ce se încearcă a i se face, este că cere un număr de zile prea mare (5), pentru obţinerea unui răspuns; este mai bine să înlăturăm din uzul nostru o probă atât de sigură, decât să aşteptăm câteva zile, pentru rezolvarea unui diagnostic, câteodată atât de dificil? Pentru noi, din acest punct de vedere, nu poate exista decât un răspuns prielnic probei. Ceeace însă nu putem nega, este că laboratorul unde se execută aceste reacţiuni, e de dorit: 1) Să fie pregătit cu cele necesare unui examen microscopic al secţiunilor ovarelor extirpate, (în cazul unui rezultat îndoelnic macroscopic, ceeace de altfel nouă nu ni s'a întâmplat, în cursul cercetărilor noastre), şi 2) Să aibă la dispoziţia sa, o cantitate suficientă de animale de experienţă (în speţă şoareci albi), pentru a face faţă eventualelor pierderi survenite din cauza sau independent de proba de executat (se produce în genere o pierdere de 10—15%).

Primele noastre cercetări, provenind atât din practica noastră particulară, cât şi din diferite servicii ale spitalului, în număr de 32, făcute în laboratorul serviciului de medicină internă a spitalului israelit, din îndemnul şi sub controlul D-lui Dr. D. Ornstein, ne-au dat rezultatele pe care le vom analiza mai jos, şi cari adăugate cazurilor adunate în clinica obstetricală din Iaşi vor forma materialul lucrării inaugurale a Dr. Ghidalison, colaboratorul nostru în executarea primelor noastre probe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cele 32 cazuri, notate în tabloul de mai jos, am avut de cercetat 9 sarcini cu diagnosticul probabil şi la cari am căutat a controla prin proba lui A. şi Z. concordanţa clinicei şi a laboratorului; în 8 din ele am obţinut un rezultat pozitiv (+) — 2 la animale mascule nepubere, — deci corespunzând clinicei, iar în al 9-lea (vezi obs. 26 din tablou) un rezultat negativ (—), proba fiind făcută cu urină fiartă, deci cu hormonul prehypophisar distrus. In 6 cazuri cu diag. îndoelnic de sarcină, am obţinut rezultate pozitive în toate 6, cu controlul ulterior clinic corespunzător (două din aceste probe efectuate la masculi).

No.	Vârsta	Para	Scopul cercet. probei	Rezult.	Control ult. clinic	Observaţii	Anamneza
1	28 ani	VI	sarcină?	+ gr. II	+	nihil	8 cur. ant amenoree 10 zile; uter sensibil
2	26 »	II	sarcină	+ gr. II	+	3 anim. deced	amen. 6 zile; cystită acum 2 luni; fenom. subj. de gr.
3	32 »	IV	contr. probei	+ gr. II	+	nihil	gr. mens VII, diagnosticată cord foet. 120 pe minut.
4	29 »	III	kist ovar?	+ gr. III	+	corp. ga. num.	amen. 1 an; diag. kist ov. dr. pregătită p. laparotom.
5	24 »	II	sarcină?	+ gr. III	+	corp. ga. num.	uter uşor mărit; alăptează curat timp de 10 luni.
6	22 »	I	gr; control	+ gr. II	+	nihil	uter mărit; dureri abd. leucoree; fără fenom. subj.
7	19 »	I	amenoree?	+ gr. II	+	nihil	amen. 3 luni; uter infantil ooph. dr.
8	22 »	I	gr; control	+	+	la masculi	se repetă pr. dela No. 6.
9	19 »	I	amenoree	—	—	inj. 0,2—0,3 cm.³	amen 2 luni; în 27/VII pr. în 28/VII survine menstr.
10	19 »	I	»	-	—	la masculi	aceeaş anamneză.
11	29 »	V	sarcină?	+ gr. II—III	+	r. poz. la 0,3	vezi obs. detailată
12	28 »	III	kist ov. stg	—	—	reacţ gr. I	ventr. fix. acum 3 ani; kist ov. stg; dureri abdominale.
13	27 »	nuli	gr. extr. ut. hematocel.	+ gr. II—III	oper. 29/8	la 0,2—03 gr. I.	metroragii! vezi obs.
14	26 »	»	gr. mens IV? fibr. uterin	+	+	la masculi	amen. 4 luni; dureri abdom. colostru; fibr. al corn. stg.
15	44 »	IV	menopauză	—	—	la masculi	amen. 6 săpt. f. subj. menop.
16	43 »	II	menopauză	—	—	la femele	amen. 3 luni f. subj. menop.
17	24 »	nuli	sarcină?	+	+	la masculi	amen. 2 luni, colostru. greţ. uter mărit ca de 11 luni.
18	26 »	I	gonor. gr	—	—	nlci o. r	amen 5 luni de lact; leucoree cu diplococi gram.
19	28 »	II	sarcină?	+	+	la masculi	Syf. în trat; amen. 7 săpt.
20	24 »	nuli	sarcină?	+	+	r. gr. II—III la 0,2 cm³	amen. 8 săpt; colostru uter mărit, Piskacek
21	20 »	I	amen. de lact	—	—	r. gr. I la 0,1	amen. 4 zile; lipsesc f. subj.
22	31 »	II	gr extr. ut? metroragii	—	—	slabă r. gr. I la tot grup.	vezi obs. detailată.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca

No.	Vârsta	Para	Scopul cercet. probei	Rezult.	Control ult. clinic	Observaţii	Anamneza
23	23 ani	nuli	ret. placent metroragii	+	+	extr. plac.	av. spont. 3 luni; extr. plac. cateter. 8 ore după avort.
24	19 »	nuli	gr. 5 săpt?	+ gr. II	+	r. (+) la 0,3	nimic deosebit.
25	28 »	II	gr la term.	+	+	la masculi	naşte 3 săpt. de la probă.
26	19 »	nuli	gr. 5 săpt? urină fiartă	—	+	r. (+) gr. 1	urina de la No. 24, fiartă.
27	20 »	nuli	av. imin 4 s. metroragii	+	+	la masculi	elimină rest. ovulare.
28	26 »	—	urină bărb.	—	—	la masculi	inj. zilnice, 8 zile. 0,2—0,3.
29	27 »	II	amen, de lact?	+	+		alăpt; uter mic;
30	26 »	—	urină bărb.	—	—	nici o r.	
31	30 »	—	acromegalie	—	—	(+) la 1 mas.	menoragii; turb. caract. de acromegal.
32	30 »	»	acromegalie	—	—	la femele nici o r.	turb. caract. de acromegal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din 5 amenoree şi 2 menopauze, am obţinut un eşec, (o amenoree de 3 luni, vezi No. 7 din tablou), la care deşi rezultatul probei a fost pozitiv (r. gr. II), controlul ulterior clinic, ne-a convins că subj. cercetat era îndemn de graviditate.

Două cazuri trimise cu diagn. de sarcină extrauterină, au dat, unul un rezultat pozitiv (obs. No. 13), deşi operaţiunea demonstrează un hematocel, iar celălalt (obs. No. 22 din tablou) un rezultat negativ. Detaliile acestor două observaţiuni, cari împreună cu obs. No. 11, ni s'au părut destul de interesante pentru a fi notate în deosebi, dovedesc ajutorul incontestabil pe care-l putem cere acestei probe. Iată-le:

OBS. No. 11. D-na M. S. 29 ani, V-pară, consultă pentru o amenoree de 6-8 zile; deobiceiu fenomene subj. de gr. cari de astădată lipsesc; metrită cronică tratată; uter uşor mărit şi sensibil; anexele idem. Se ia pentru probă, urină prin cateterizare, în ziua de 22/VII/930; rezultatul (+) r. grad. II şi III (26/7/, la animalul injectat cu 0,3 cm. urină. Pacienta nu revine decât în ziua de 14/VIII/930 când ne anunţă că i-a survenit menstruaţiunea ca deobiceiu (11/2 zile) după 4 săpt. de amenoree; la examen un uter mărit (ca de 5 săpt.); aducem îndoiala noastră la cunoştinţa pacientei, ca şi rezultatul examenului nostru biologic (rugând-o să ne ţie în curent cu evoluţia ulterioară a stărei ei gynecologice. La 16/VIII/1930, suntem chemaţi de urgenţă de

către bolnavă pentru o metroragie abundentă, şi dureri lombo-abd.; la examen colul permeabil de un deget şi chiaguri, pe cari le scoatem din vagin; ghiaţă, opiacee, repaus în pat. La 17/VIII/930 elimină un embrion de câteva săpt. şi bucăţi de placentă; controlul uterin dă numeroase resturi placentare.

OBS. No. 13. Nulipară care ne consultă pentru o metroragie ce datează de 2 săpt. anemie pronunţată; semne caract. de sarcină extra-uterină ruptă (declară că nu a avut nici o zi de întârziere); colostru; puncţia în Douglas (+); se ia pentru proba lui A. şi Z. care se face a doua zi (29/VIII/930). La intervenţiune: ruptura trompei stg. iar între chiaguri se găseşte oul; reacţiunea A-Z a dat un rezultat (+)-r. gr. I foate intensă pentru primii 2 şoareci şi o r. gr. II şi III într'unul din ovarele animalului injectat cu 0,4 cm. de urină;

Concluziuni: pentru noi proba a fost pozitivă şi pare-se că oul deşi trompa a fost ruptă, nu încetase de a se hrăni, sau nu cu mult timp înaintea intervenţiunii.

OBS No. 22. Bolnava M. J. 31 ani, II-pară, trimisă cu diagn. de gr. extra-ut. stg. neruptă (puncţia în Douglas (+); metrorakii caracteristice de 2-3 săpt; înaintea intervenţiunei se ia pentru proba lui A. şi Z., care dă un rezultat (—), la toate animalele din probă; o nouă puncţiune în Douglas dă un lichid inflamator; se îndepărtează ideea operaţiunei şi se aplică un tratament adequat: proteinotherapie, ghiaţă, irigaţii vaginale etc. După câtva timp infl. este aproape complet dispărută (30/8/930).

Două urini provenite dela bărbaţi, una dela un chist de ovar şi alta dela o gonoree, ne-au dat rezultate negative; o acromegalie dela care am executat proba atât la masculi cât şi la femele ne-a dat un rezultat negativ la ultimele, şi un rezultat intens pozitiv la masculul injectat cu 0,3 cm. urină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Două urini provenite dela femei cu metroragii post-ab. au dat un rezultat pozitiv, explicabil prin aceia că urina primului caz (No. 23), un avort spontan în 3 luni, cu o retenţie complectă de placentă, a fost prelevată puţin timp (8 ore) dela expulsia fătului, iar în al doilea caz (No. 27), este ovrba de o metroragie la un avort iminent de câteva săpt. deci cu oul încă în conexiuni cu organismul matern (probă efectuată la masculi).

In total, din numărul de 32 cazuri, am efectuat proba de 9 ori la masculi şi de 23 ori la femele, cu rezultate corespunzătoare în 31 cazuri şi 1 eşec, ceeace ne dă procentualitatea de succese de 97% (procentualitate care poate deveni şi mai favorabilă, dacă numărul cazurilor cercetate este mai însemnat). Precocitatea de diagnostic ne-a fost confirmată prin probele dela No. 1, 2, 21, 24 şi 26 din tablou, pozitivitatea sau negativitatea referindu-se în

unele cazuri (No. 1, 2, 21) la întârzieri de menstruaţiune de câteva zile.

In concluziune putem spune că:

1) Proba lui A. şi Z. (pentru diagnosticul hormonal timpuriu, al sarcinei), se bazează pe eliminarea prin urina organismului gravid, a hormonului hypophisar anterior, care prezidă la maturaţia sferei genitale, hormon care apare puţin timp după concepţiune şi dispare tot atât de repede după întreruperea sarcinei.

2) Este o probă, foarte uşor de efectuat, ea necesitând materialul omenesc şi fiind suficiente 8—10 cm. urină de dimineaţă, luată în mod aseptic.

3) Rezultatele se obţin în maximum 96 ore dela începerea injecţiunilor.

4) Technica constă în inocularea urinei subiectului în cercetare, la şoriceii albi nepuberi, femele sau masculi (de 3—4 săpt. sau 6—8 gr.) în grupe de 4 animale, câte 1, 2-2, 4 cm. împărţiţi în 6 injecţiuni, fiecare animal primind o doză constantă de urină; pentru animalele mascule, inj. zilnice cu aceleaşi doze, timp de 8 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) Sacrificarea animalelor se face de preferinţă prin chloroformizare, (gazul aerian provocând congestiuni organice ce împiedică cetirea rezultatelor).

6) Proba se consideră pozitivă (+), dacă se constată cu ochiul liber sau microscopiceşte (pentru animalele femele), reacţiuni de II (hemoragii foliculare) sau de gr. III (corpi galbeni atretici) — reacţiuni caracteristice sarcinei, — la cel puţin unul din ovarele animalelor din probă; iar pentru masculi mărirea (de 2—3 ori) testiculelor, canalelor deferente, glandelor seminale, etc.

7) Numărul primelor noastre încercări se urcă la 32, cu circa 97% rezultate corespunzătoare ulteriorului control clinic, procentualitate neobţinută până în prezent, cu nici una din probele pentru diagnosticul precoce sau nu, al sarcinei normale sau patologice.

Este necesară o cantitate suficientă de animale, (se produce în genere o pierdere de 10—15% şoareci), şi un laborator utilat cu cele necesare unui control microscopic al secţiunilor.

9) Este o probă adjuvantă de cel mai mare folos, în cazurile îndoelnice de graviditate normală sau patologică, precoce sau nu.

10) Este o probă care ar fi de dorit să se introducă printre obişnuitele probe şi examene de laborator.

BIBLIOGRAFIE

1. COUDERT et DAUNAY: . . . . Sur la valeur du labor. pour le diagn· grossess· Journ. de Med. et de Chir. 10 | V | 24.
2. MOUZON: . . . . . Valeur therap. du lobe ant. de l'hypophise Presse Med. 77 | 1927.
3. ASCHHEIM und ZONDEK: . . . . Die Schw. diagn. aus dem Harn durch Hyp. vord. ho Klin. Woch. 30 şi 31 | 928.
4. MORHARDT: . . . . . Le diagn. de la gross. et l'horm du lobe ant. Presse Medicale No. 7 | 23 | I | 929.
5. . . . . Die diagn. Bedeut. der Schw. react. nach A. u. Z. Deut. Med. Woch. Umfrage. 51 | 929.
6. Prof. ZAHARESCU-KARAMAN: . . Diagn. timpuriu al sarcinei prin met. biolog. România Medicală 3 din 1 | II | 30.
7. BROUHA, HINGLAIS, SIMONNET: Diagn. biologique de la grossesse. Paris Medical Mars | 930.
8. B. ZONDEK: . . . . . Zur met, der Schw. react. aus dem H. durch H. v. h. klin. Woch. No. 21 | 930.
9. MORHARDT: . . . . . Horm. prehypoph. Gyn. et Obst. No. 3 | Sept. 930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Le diagnostic précoce de la grossesse par l'epreuve hormonale d'Ascheim-Zondek *a été controlé par le* Dr. H. Silberman *sur 32 cas; le pourcentage des cas superposés à l'ulterieur contrôle clinique a été de 97%.*

La méthode est basée sur l'élimination dans l'urine par les femmes gravides de l'hormone hypophysaire antérieur, hormone qui préside à la maturation de la sphère génitale; et qui apparait peu de temps après la conception pour disparaître de suite après l'interruption de la grossesse.

La méthode se pratique par l'inoculation de l'urine dans de certaines quantités aux souris blanches inpubères, les quelles en étant sacrifiées après maximum 90 h. l'on constate en cas de positivité de réactions d'irritation dans les organes sexuels (ovaires ou testicules).

ZUSAMMENFASSUNG: Die Frühdiagnose der Schwangerschaft durch die Aschheim-Zondecksche Hormonalprobe *ist von* Dr. Henrik Silberman *an 32 Fällen mit 97% pozitiven Resultaten, die nachträglich durch klinische Kontrolle erhärtet wurden, fest-*

gestellt worden. Diese Methode stützt sich auf den Nachweis der Ausscheidung des Hypophysen-Vorderlappenhormons im Harn von Schwangeren. Dieses Hormon regelt die Ovarialfunktion und erscheint kurze Zeit nach einer Konzeption und verschwindet sofort nach Unterbrechung der Schwangerschaft. Die A-Z-Reaktion wird nachgewiesen, indem man Schwangerenharn in gewissen Mengen weissen, noch nicht geschlechtsreifen Mäusen einimpft und bei welchen nach mx. 96 Stunden, im Falle einer positiven Probe, bestimmte Reaktionen in den Sexualorganen (Ovar oder Testikel) gefunden werden können.

Dans les
bronchites chroniques
grippe
tuberculose
Plumes négligées,
Toux rebelles
Asthme
une cuillerée à soupe matin, midi et soir,
pur ou mieux dans une tasse de thé, lait ou tilleul de
SIROP FAMEL
calme rapidement la toux, facilite l'expectoration
influence favorablement l'état général.
Echantillons et littérature gratis et franco
Charles TAULÈGNE, 7-9 Str. Gheorghe Coşbuc (Fosta Lirei) BUCAREST

DESPRE DINȚII INCLUȘI

de

Dr. IOHANAS ROSMAN - Cernăuți

Ca și în celelalte ramuri ale medicinei tot așa și în stomatologie, radiologia a făcut să se cunoască și să se poată pune și clarifica multe diagnoze. Una din diagnozele, cari au profitat dupe urma acesteia e și aceia a dinților incluși.

Sub dinți incluși înțelegem acei dinți cari nu apar la timpul lor normal, obișnuit, în arcada dentară ci din contră rămân în maxilar.

După Boisson, dinții incluși pot fi împărțiți în trei grupe: 1) **Dinții incluși propriu zișii,** sunt aceia cari datorită unui obstacol ce se opune evoluției lor, nu pot ocupa locul lor normal în arcada dentară. In majoritatea cazurilor obstacolul îl constitue un alt dinte. Cazuri tipice de incluzie totală ar fi: dinții de minte dispuși orizontal în ramura orizontală a maxilarului inferior și pătrunzând în molarul precedent, sau caninii incluși așezați orizontal în maxilarul superior. 2) **Dinții rău așezați,** sunt aceia cari ocupă dintr'o cauză oarecare un loc anormal în arcada dentară. 3) **Dinții neevoluați,** sunt aceia cari cu toate că sunt normal formați, așezați în axa normală și nefiind oprați de nici-un obstacol, totuși nu înaintează prin țesutul osos și gingival pentru a ocupa locul lor normal în arcada dentară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Boisson se pot găsi toate aceste trei forme la un acelaș dinte. In adevăr un molar sau un canin poate în același timp fi inclus rău așezat, sau rău așezat și neevoluat, etc.

Scheff împarte dinții incluși în două și anume: a) **dinți total incluși,** și b) **în semi-incluși.** Total incluși sunt aceia cari se găsesc complect în maxilar, iar semi-incluși aceia cari au o parte din coroana dintelui ieșită în afară.

Pot fi incluși atât dinții temporari cât și dinții definitivi, mult mai des cei din urmă.

Din punctul de vedere al **etiologiei** părerile sunt împărţite, nimic precis încă nu există.

Pentru unii ar fi cauze locale: Presiunea dinţilor alăturaţi; densitatea osului şi a ţesutelor învecinate; desvoltarea insuficientă a maxilarelor mai ales a acelui inferior ar justifica retenţia dintelui de minte respectiv; rămânerea în arcada dentară a dinţilor de lapte peste termenul normal, aşa de exemplu se citează cazuri de canin de lapte şi de al doilea molar de lapte rămaşi până la vârsta de 50 ani, ceiace ar explica după unii retenţia dintelui permanent respectiv, care nu poate intra la locul ce îi este destinat; prin aceia că alveola, ce este destinată unui dinte, e ocupată de un alt dinte vecin apărut înaintea celui căruia îi ia locul (cazul caninului superior); prin sudarea rădăcinilor a doi dinţi învecinaţi (cazul dintelui de minte superior); sudarea dintelui cu partea osoasă înconjurătoare. Infecţiuni locale, boale eruptive în timpul tinereţei, cari au provocat schimbări inflamatoare în os, etc.

Pentru alţii ar predomina cauzele generale: fenomene trofice, secreţia endocrină, sau chiar insuficienţei de vitamine. Bolile generale au fost deasemenea încriminate: sifilisul congenital, tuberculoza, boalele eritematoase, rachitismul, etc. După cum am spus mai sus nimic precis în această privinţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Partsch sunt incluşi în ordinea frequenţei dinţii permanenţi după cum urmează: la maxilarul superior caninii şi incisivii centrali: la maxilarul inferior dinţii de minte şi premolarii. Foarte rar însă se întâmplă retenţia primului sau acelui de al doilea molar inferior, totuşi Stoppany, Luneatschek, Fliege, citează astfel de cazuri.

Importanţa cunoaşterei dinţilor inscluşi constituie un capitol tot atât de interesant pentru stomatologi cât şi pentru ceilalţi medici practiciani. Dinţii incluşi sunt uneori cauza complicaţiilor ce se produc nu numai în maxilare ci şi în tot restul corpului omenesc.

Upson citează că din 58 pacienţi suferinzi de diferite boli mintale examinaţi de el, 32 prezintau dinţi incluşi şi pretinde că dinţii incluşi prin fenomene reflexe influienţează asupra sistemului nervos central şi pot fi luaţi în considerare ca una din cauzele determinate ale boalelor mintale.

Se citează cazuri de nevralgia trigemenului datorită dinţilor incluşi. Margel Kogers precum şi observaţia noastră

No. 2 arată nevralgii faciale datorite dinţilor incluşi. Williger prezintă un caz de nevralgie temporală tot din aceiaş cauză.

Pe lângă aceste complicaţii de ordin nervos putem avea şi complicaţii de ordin inflamator. Un dinte inclus poate fi cauza kistelor foliculare şi radiculare, sau provoca abcese, osteomielite, etc. Vedem importanţa dinţilor incluşi prin numeroasele complicaţii, ce le pot da. Deci ori de câte ori ni se ivesc cazuri cu simptomele de mai sus nu trebue să ne scape din memorie că una din cauzele ce le pot provoca pot fi şi dinţii incluşi. De multe ori punând diagnosticul la timp vom evita tratamente inutile şi ineficace şi vom face astfel un deosebit serviciu pacientului nostru.

Putem bănui prezenţa unui dinte inclus atunci când examinând arcadele dentare constatăm fie prezenţa unui dinte de lapte, care rămâne cu mult peste termenul normal de când ar fi trebuit să fie înlocuit; sau dacă constatăm lipsa vreunui dinte iar în locul lui găsim un loc gol, pacientul afirmând cu siguranţă că nu i s'a extras acel dinte. De multe ori putem găsi la maxilar deasupra regiunii unde lipseşte dintele o ridicătură putând bănui acolo prezenţa dintelui, ce lipseşte. Pentru a tranşa diagnosticul vom face o radiografie, care ne va lămuri complect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un cuvânt despre radiografiile în materie de dinţi incluşi: nu trebuie să uităm că dacă radiografia obişnuită ne arată precis că există un dinte inclus, ne arată dacă e în poziţie verticală sau orizontală, nu ne arată însă poziţia dintelui în grosimea maxilarului lucru ce e de oimportanţă capitală, căci după cum el e mai aproape de partea vestibulară sau palatină ne va da indicaţiile locului pe unde trebuie să intervenim; nu rareori la operaţie se începe pe calea vestibulară pentru a constata că dintele inclus e prea adânc pe această parte şi imposibil de scos şi trebuie să părăsim această cale spre a reîncepe operaţia pe partea palatină. Pentru a evita aceste neplăceri atunci când e posibil, se recomandă o radiografie stereoscopică care ne va indica foarte precis starea dintelui în raport cu grosimea maxilarului. Când o radiografie stereoscopică nu e posibilă, neputându-se face în oraşul unde specialistul practică, trebuie să ne mulţumim cu radiografii simple luate însă în mai multe poziţii pentru ca în acest mod să ne dăm seama cât posibil de situaţia dintelui.

Din **punct de vedere al tratamentului** vom împărţi dinţii incluşi în trei grupe:

Grupa I-a ar fi a dinţilor aşa numiţi semi-incluşi şi în care voi pune numai grupa premolar, canin şi incisiv.

Grupa II-a va cuprinde dinţii incluşi cari nu au dat nici un fel de complicaţii.

Grupa III-a, în care intră toţi dinţii incluşi şi semi-incluşi cari sunt cauza complicaţiilor fie de ordin nervos fie de ordin inflamator.

Grupa I. Incisivii, caninii şi premolarii atunci când sunt semi-incluşi, rădăcinile lor având direcţia normală stabilită prin radiografie, iar spaţiul ce normal trebuie să-i adăpostească este suficient de mare pentru a permite intercalarea lor şi dacă n'au dat nici o complicaţie fie de ordin nervos fie de ordin inflamator, pot fi aduşi (coborîţi) la poziţia normală. Pentru coborîrea şi intercalarea în poziţia lor normală în arcada dentară există mai multe metode egal de bune, vom arăta mai jos una spre edificare.

Luăm de exemplu un canin superior drept semi-inclus. Vom face cu ajutorul unei fraze un mic canal transversal pe faţa anterioară a caninului cam la nivelul coletului (natural dacă e posibil) şi în care vom introduce un mic pivot cu extremitatea din afară ceva mai umflată şi pe care îl vom cimenta.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

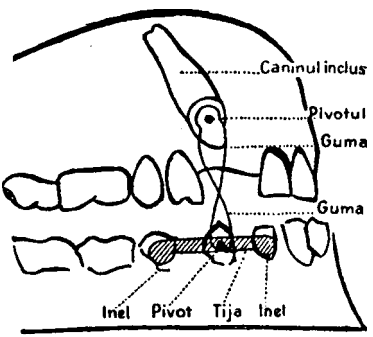


Fig. 1.

La maxilarul inferior pe caninul drept şi pe al doilea premolar drept vom face câte un inel în aur sau aluminium. La aceste două inele vom suda pe faţa lor vestibulară o tije aşa încât să formeze un singur tot cu inelele; la mijloc tija va fi prevăzută pe faţa externă cu un pivot cu buton asemănător celui cimentat la caninul de sus. Acest mic aparat va fi fixat cu ciment pe caninul şi al doilea premolar de care vorbim. Apoi vom uni pivotul caninului cu pivotul tijei printr'o gumă care prin acţiunea ei şi după un timp ce variază va coborî dintele semi-

inclus în arcada dentară. Guma se schimbă mereu după nevoie.

E o metodă bună, singurul desavantaj este că e cam jenantă pentru bolnav, căci angajează ambele maxilare.

Grupa II. In această grupă clasăm toţi dinţii incluşi cari n'au dat nici o complicaţie şi aici vom proceda deosebit la maxilarul superior şi la cel inferior. La maxilarul superior vom păstra expectativa, vom atrage însă atenţia pacientului asupra prezenţei dintelui sau dinţilor incluşi, îi vom atrage atenţia asupra complicaţiunilor posibile. La maxilarul inferior însă părerea noastră e că orice aşteptare e condamnabilă; mai ales dacă e vorba de vre-un molar sau în special de dintele de minte, căci cunoaştem cât de uşor acest dinte poate deveni sediul unor procese patologice, uneori chiar cu urmări tragice. Nu vom ezita deci ca la maxilarul inferior unde pericolul infecţiunii e mult mai mare ca la cel superior şi unde a lucra într'un mediu infecţios înseamnă a expune bolnavul să capete şi alte complicaţii, de exemplu o osteomielită; fără a mai lua în consideraţie desavantajul de a fi nevoit să lucrăm cu anestezie generală sau a ne lupta cu inconvenientele unui trismus al maxilarului; deci, cum am zis, nu vom ezita a face o intervenţie precoce imediat ce întâmplător am făcut diagnosticul de dinte inclus sau chiar semi-inclus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Grupa III. In această grupă clasăm toţi dinţii incluşi şi semi-incluşi care au dat complicaţii fie de ordin nervos fie de ordin infecţios. In ambele cazuri nu se începe nici o ezitare, cauza acestor complicaţii trebuie imediat îndepărtată, deci intervenţie grabnică.

După cum am mai spus înaintea oricărei intervenţii vom face o radiografie dacă e posibil o radiografie stereoscopică, pentru a vedea calea cea mai bună pentru efectuarea intervenţiei şi direcţia inciziei.

Incizia, indiferent de care dinte e vorba, trebuie să fie făcută largă şi trebuie ca bisturiul să taie deodată cu mucoasa şi periostul până la os, reclinarea mucoasei şi a periostului aşa încât să ne aflăm în prezenţa maxilarului, în centrul căruia să se găsească dintele de extras; cu dalta şi ciocanul tăiem osul atâta cât e nevoie spre a descoperi complect dintele pentru extras, fără a fi nevoie la extragerea lui să întrebuinţăm câtuşi de puţin forţa, care ar putea produce leziuni, de exemplu ca mortificarea dinţilor învecinaţi, etc. După extracţia dintelui şi după împrejurări vom sutura sau nu plaga.

OBSERVAȚII PERSONALE

Observația No. 1. — D-na L. E. în vârstă de 65 ani, se prezintă în ziua de 6 Februarie 1930, în cabinetul nostru spre consultație.

Pacienta se plânge că acum 5 zile a căpătat o tumefacție în regiunea stângă a maxilarului superior și că are într'una dureri mari. A consultat un technician dentar, care i-a recomandat comprese calde, dar văzând că după 5 zile tumefacția și durerile perzistă i-a recomandat să mă consulte.

La interogatoriul nostru, pacienta ne spune că de 15 ani a pierdut complect toți dinții și de atuncea poartă un aparat complect în cauciuc atât de sus cât și de jos; a fost tot timpul foarte mulțumită de această proteză putând mânca bine și neavând nici o durere. La examenul cavității bucale se se constată la nivelul regiunii canin premolar stâng o tumefacție de mărimea unei nuci și care la palpație e net fluctuentă. Bănuind că e vorba sau de vre-o rădăcină rămasă în urma unei extracții anterioare sau de un dinte inclus, am recomandat bolnavii să facă o radiografie. Spre regretul meu în orașul unde practic nu se poate face o radiografie stereoscopică, deaceia am făcut radiografii în diferite poziții.

BCU Cluj / Central University Library Clu

Fig. 2.

Examenul radioscopic (fig. 2) a confirmat bănuiala mea arătând prezența unui canin stâng inclus. După anestezie locală am procedat la incizia tumefacției, din care s'a scurs o cantitate mică de puroi și apoi m'am dus de a-mi descoperit dintele procedând la extracția lui. Având în vedere fenomenele inflamatorii nu am făcut nici o sutură ci am pus numai o meșă cu gaz iodoformat pe care am schimbat-o de câteva ori. Vindecare s'a făcut în timp relativ scurt.

Observația No. 2. — D-l Gh. D. în vârstă de 55 ani, se prezintă în ziua de 10 Decembrie 1930, în cabinetul nostru pentru consultație. Pacientul ne povestește că de 6 luni sufere de dureri mari în obrazul drept. Dureri cari

vin la intervale mici şi cari după cum ne declară el sunt insuportabile. A consultat medicul său curant, care i-a prescris diferite medicamente fără nici un folos însă; a fost trimis de el la un specialist pentru nas, gât şi urechi, cu diagnosticul de nevralgie facială. A stat timp de 2 săptămâni în tratamentul acestui specialist dar fără vre-un rezultat satisfăcător şi a fost în urmă trimis să mă consulte. La examenul local constatăm că bolnavul prezintă în regiunea dreaptă a maxilarului superior o punte în aur, care merge dela al doilea molar superior drept până la incisivul lateral din aceiaşi parte. Puntea prezentând defecte recomand bolnavului s'o scot ceia ce el admite. Sub punte găsesc dinţii cari serviau de pilieri ca fiind dinţi vii. Faţă de lipsa molarului, premolarilor şi caninului cari, după cum ne declară bolnavul, au fost extraşi şi deoarece în regiunea canină simt la palpaţie o ridicătură a maxilarului, m'a făcut să bănuiesc posibilitatea unui dinte inclus şi i-am propus facerea unei radiografii. Examenul radiografic (fig. 3) indică prezenţa unui

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3.

canin drept inclus. Faţă de complicaţiile de ordin nervos ce prezintă decid de comun acord cu pacientul intervenţia. După anestezie locală procedez la operaţie. Incizia e făcută pe partea vestibulară şi după reclinarea mucoasei şi periostului, cu dalta şi ciocanul pun în evidenţă dintele pe care-l scot apoi cu ajutorul unui elevator drept. Am făcut un punct de sutură. A doua zi bolnavul nu mai prezintă nici o durere. Plaga s'a vindecat în 6 zile, până azi bolnavul nu prezintă dureri.

RÉSUMÉ: Sus les dents incluses *traite dans son article le* Dr. Iohanas Rosman, *qui se basant sur deux obs. personnelles dénonce les troubles si souvent méconnues et dues à l'existence de dents incluses, dont la classification, éthiologie, symptomatologie et traitement sont exposés en détail par l'auteur.*

ZUSAMMENFASSUNG: Uber eingeschlossene Zähne berichtet Dr. Iohannes Rosman *(Cernăuţi), der auf Grund zweier beobachteter Fälle häufig nicht diagnostizierte Störungen von eingeschlossenen Zähnen festgestellt hat, deren Klassifizierung, Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung er eingehend erörtert.*

Spitalul Filantropia-Craiova
Serviciul Dermato-Veneric

UN CAS DE ERYTRODERMIE BISMUTICA

de

Dr. V. DRAGOESCU
Medic primar

Dr. S. BACESCU
Medic secundar

Erytrodermia este o erupţie cutanată caracterizată printr'o roşeaţă inflamatorie foarte întinsă sau generalizată, persistentă, scuamoasă şi pruriginoasă; un syndrom care reprezintă reacţia eruptivă a unei pieli predispuse sau hipersensibile faţă de cauze toxice, auto-toxice sau infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dintre medicamentele ce se întrebuinţează ca tratament în sifilis, în special arsenicul, neosalvarsanul, determină această erupţiune. Erytrodermia de natură bismutică pură este foarte rară.

La reuniunea Societăţii de Dermatologie din Strasbourg, şedinţa dela 8 Iunie 1930, *Emery, Rasís* şi *Morín* semnalând acci dentele medicaţiunei bismutice, între care şi erytrodermia, spun: „această erupţie, dealtmintrelea, foarte rară, apare mai ales când arsenicul este asociat bismutului sau la bolnavi cari au avut înainte erytrodermie pur arsenicală şi cari în urmă, urmând tratamentul cu bismut pur, aceiaşi erupţie a reapărut. Erytrodermia, însă, bismutică, primitivă, pură, este o raritate".

Primul caz de erytrodermie bismutică a fost semnalat de *Lortat-Jacob* şi *Roberti* la Congresul de dermatologie din Paris din anul 1922. *Hudelo Cl. Simon* şi *Richon* comunică un caz de erytrodermie bismutică şi stomatită la Societatea de dermatologie şi sifiligrafie din 8 Februarie 1923. *Marcel Pinard* şi *Marassí,*

la Societatea medicală a spitalelor din Paris, din 3 Noembrie 1922, prezintă observaţia unui bolnav care făcuse injecţii cu muthanol dela 10 Iulie până la sfârşitul lui Septembrie, fără nici un incident şi care, la reluarea tratamentului la 18 Octombrie, cu acelaşi produs, a avut după câteva zile după prima injecţie o dermatită exfoliantă semănând cu un hidrargirism, ocupând mai ales abdomenul, coapsele şi subţiorile, notând simultan un lizereu gingival marcant şi urme de albumină. *Gaston* şi *Pontoiseau* la Societatea de dermatologie din 14 Decembrie 1922, a observat la un bolnav, tratat cu bismut coloidal şi care a primit 3 injecţii intravenoase în 5 zile, la 2 zile după a 3-a injecţie un eritem papulo-scuamos confluent localizat mai ales la flancuri, torace şi abdomen şi uşor pruriginos. In 1929, şedinţa dela 18 Aprilie, la aceiaşi societate, *Louste* şi *Pinoche* mai comunică un caz de erytrodermie bismutică.

Acestea ar fi cazurile de erytrodermie bismutică comunicate şi publicate până în prezent:

Iată observaţiunea cazului nostru:

Femeea **P. I.**, în vârstă de 45 ani, necăsăt., vine în serviciul nostru pentru a fi consultată, trimesă fiind de un confrate care o îngrijea făcându-i un tratament cu iodo-bismutat de quinquină (16 inj. a 0.30 ctg. pe fiolă) şi care prezenta o erupţiune eritrodermică care ocupa antebraţele, torace şi membrele inferioare. Este oprită în serviciu chiar în aceeaşi zi 25 Februarie 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedentele hereditare şi colaterale: fără importanţă.

„ **personale:** n'a suferit de nici-o boală până în prezent afară de un sifilis contractat la vârsta de 29 ani şi pentru care s'a tratat regulat timp de 4 ani. In urmă, a făcut tratament mai rar, reacţiunea Wassermann fiind în tot timpul negativă. Fricţiunile mercuriale mai ales, au fost întrebuinţate. De mai bine de un an şi jumătate nu mai făcuse nici un fel de tratament, fapt care a determinat-o să meargă la confratele pentru a-i face o serie cu injecţii de bismut.

Istoricul maladiei: Bolnava, până la a 13-a inj. cu iodo-bismutat de quinquină n'a observat nimic deosebit. După această injecţiune, însă, a simţit mâncărimi în diferite părţi ale corpului, apărându-i în acelaş timp o erupţiune pe ante-braţe şi membrele inferioare, care în urmă s'a generalizat foarte repede devenind papulo-veziculoasă şi scuamoasă. Deşi a făcut cunoscut medicului său existenţa acestui eritem, totuşi a continuat să primească mai departe din 3 în 3 zile încă 3 injecţii cu bismut.

Starea prezentă: Bolnava de constituţie destul de bună, prezintă un eritem veziculo-bulos al membrelor superioare, torace şi memb. inf., zemuind, pruriginos şi descuamativ. La mâini şi la axile prezintă pe placardul eritematos vezicule şi bule, cu lichid turbure, variind ca mărime dela aceea a unui bob de mazăre până la aceea a unei alune americane. In reg. plicilor inguinale, la mamele, plicile cotului, reg. retro-auriculară şi interdigitală, pielea are o apariţie eczematoasă secretând abondent şi prezentând crăpături. Pielea capului prezintă deasemenea un eritem descuamativ în lame albe cenuşii dar fără zemuire. Bolnava mai prezintă şi un edem al feţei mai accentuat la pleoape încât fanta palpebrală este redusă aproape complect. Pielea, în general, descuamează: scuame furfuracee şi în lamele pe alocurea, adevărate lambouri la mâini şi picioare. Pruritul este foarte intens. Pacienta prezintă un lizereu bismutic gingival şi o senzaţie de frig destul de accentuată. Temperatura variază între 38—38.5^0. Urina prezintă 0.25$^0/_{00}$ albumină. La 10 Martie, 15 zile după intrarea sa în spital, bolnava face un acces febril: 39.5, eritemul accentuându-se şi el ca apoi, atât temperatura cât şi eritemul, să meargă descrescând, astfel că la data de 11 Aprilie temperatura ajunge la normal, iar ţesutul cutanat descuamat este complect renovat. Pe ziua de 14 Aprilie, bolnava complect vndiecată părăseşte serviciul, după o şedere de 6 săptămâni. Ca tratament în tot timpul boalei, s'a prescris regimul lactat, diureticile şi injecţiile intravenoase cu bromură de stronţiu 10%, 10 cc. din 2 în 2 zile. Extern, s'a aplicat linimentul oleu calcarat cu 1% acid fenic şi s'a pudrat tegumentele cu pulbere de talc asociată cu camfor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In rezumat: Este vorba de o bolnavă care a prezentat o erytrodermie generalizată apărută în urma a 16 injecţii cu iodobismutat de quinquină, primele manifestări apărând dela a 13-a injecţiune. Cazul prezintă importanţă, în primul rând: dat fiind că erytrodermiile de origină bismutică pură sunt foarte rare; şi în al doilea rând: că nu trebuie niciodată continuat un tratament anti-sifilitic la un bolnav când în cursul tratamentului apar erupţiuni, care pot fi preludiul unei erytrodermii, adesea grave, câteodată chiar fatale.

RÉSUMÉ: Un cas d'erithrodermie bismuthique *publient les* Dr. V. Drăgoescu et S. Bacescu, *cas dont l'importance réside dans la rarité de cette s rte d'erithrodermie d'origine bismuthique, de même que dans la considération qu'il ne faut pas continuer le traitement antisyphilitique à un malade, qui présente une éruption medicamenteuse dans le cours du traitement, parce que cette manifestation cutanée peut conduire à une issue fatale.*

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Fall von Wismut-Erythrodermie *von* Dr. Drăgoescu *und* Dr. Băcescu.

Dieser Fall ist deshalb von Bedeutung, weil Erythrodermien nach Wismutbehandlung s lten auftreten und weil eine spezifische Behandlung bei einem kranken, der Medikamentöse Hauterscheinungen aufweist, unterbrochen werden muss, da sonst bisweilen verhängnissvolle Formen von Erythrodermien auftretten können.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUR UN CAS DE SURRENALOME HYPERTENSIF*)

par

Docent M. CÂNCIULESCU et R. HIRSCH, S. PAULON, I. ROSENSTEIN, I. VASILESCU

La question des tumeurs surrénales accompagnées d'hypertension arterielle paroxistique est à l'ordre du jour.

La première observation en fut publiée en France par M. Labbé, Tinel et Doumer en 1922[1]), et par la suite des cas superposables[2]) en furent relatés par Oberling et Jung en 1927; par Vaquez, Donzelot et Géraudel en Février 1929; de nouveau par M. Labbé, Violle et Azérard en Juin 1929.

Il y a encore les observations de Kerpola, de Mayo, de Oppenheim et Fischberg, dont compte rendu est fait dans la thèse de Lohèac[3]) de 1928, observations qui rentrent dans le même cadre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mais, de l'avis même de Labbé, c'est Orth[4]) qui avait dès 1920 publié le premier cas.

L'exposé clinique, anathomique et pathogénique de la question a été fait magistralement par M. le Prof. Vaquez et ses collaborateurs, dans leur étude du No. 11/1929 de la Presse Médicale, de telle sorte qu'au **„Surrénalome hypertensif"** presenté sous ce nom et sous un aspect plus étendu que celui d'une tumeur localisée strictement à la medullaire surrénale, il n'y a plus rien à ajouter.

Le hasard amenant dans notre service un tel cas, nous avons l'honneur de vous en faire l'exposé:

Il s'agit **cliniquement** — en résumé: d'un garçon agé de 13 ans, qui 2 ans auparavent avait commencé à présenter des palpitations avec douleurs précordiales, dyspnée d'effort, indisposition genérale avec amaigrissement progresif, du vertige, de la pâleur et des transpirations abondantes; parfois ces phenomènes s'exacerbaient.

A l'hôpital une première fois entre le 19 Janv. et le 16 Févr. 1930, l'on constate: de l'instabilité thérmique avec temperature oscillant entre 37^2—37^6, (à l'entrée 38^4); des pulsations fortes de l'aorte dans la fourchette sternale et

*) Comunication faite à la *Soc. Médicale des hôp. de Bucarest* dans la Séance du 21 Mai 1930 dans la présence de Mr H. Vaquez, prof. à la Fac. de Mèdecine de Paris et membre de l'Academie de Médecine.

sous l'écran un arc aortique très pulsatil avec convexité accentuée dirigée vers la droite; un souffle diastolique avec propagation vers le bord gauche du sternum et une tension artérielle se maintenant autour du 17—13 (une seule fois, le 11 Février, la tension a presenté un denivellement apréciable en montant après une demi-heure de 17—13 à 21—14$^1/_2$; pas d'albumine.

Revenu à l'hôpital une deuxième fois, entre le 16 Mars et le 9 Avril, jour de sa mort, pour afaiblissement de la vue, l'on constate des hemorragies réthiniennes avec décollement des réthines; de l'albumine en quantité de 0,25 ctg., avec des celules rénales et des globules rouges; une tension artérielle oscillant cette fois entre 19—15: des transpirations continuelles, presque de l'imobilité, quand brusquement il manifeste de la tendence à vomir, une agitation intense, cécité complète, puis des vomissements sanguinolents, raideur de la nuque; dans le liquide céphalo-rachidien on trouve 2 gr. d'albumine et aucune réaction cellulaire; dans le liquide gastrique rendu 0,85$^0/_{00}$ urée et 1,40% dans le sang; le pouls devient filiforme et le souffle diastolique de la base disparait: il sucombe avec des convulsions géneralisées et température de 39°.

L'autopsie a été pratiquée le 10. IV. 1930: cadavre d'un jeune garçon agé de 13 ans, d'aspect normal n'ayant aucune particularité notable au point de vue du système osseux, articulaire et tégumentaire.

Les poumons, d'un rouge clair, sans splénisation présentent à la base droite et gauche une congestion oedémateuse et laissent s'écouler par pression après l'incision une sérosité sanguinolente et mousseuse; l'on trouve des adhérences dans la partie toute postérieure de la base gauche et des adhérences pleuro-diafragmatiques de date ancienne à la base pulmonaire droite.

Le coeur: poids 257 gr., un peu gros, surtoût développé aux dépens du ventricule gauche, dont la parroi musculaire mesure 12 mm. d'épaisseur; le ventricule droit, d'aspect extérieur normal a l'epaisseur de la parroi musculaire de 5 mm; le péricarde sans adhérences contient une petite quantité de liquide sero-citrin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'aorte, souple et un peu dilatée, présente une paleur remarquable et en séction l'on remarque des plaques jaunâtres athéromateuses vers la crosse; ouverte et etallée, elle mesure en aval de l'émergence de la carotide une largeur de 7$^1/_2$ cm.; les orifices arteriel et auriculo-ventriculaire n'ont rien de particulier à signaler.

Foie: poids 932 gr.; la face inférieure au voisinage de la vésicule biliaire présente des adhérences avec une néoformation tumorale, qui semble faire corps avec le rein droit.

La vésicule biliaire un peu distendue, contient une bile de coloration jaune-verdâtre.

La rate: poids 70 gr. résiste à la section et est enveloppée d'une capsule en partie ratatinée.

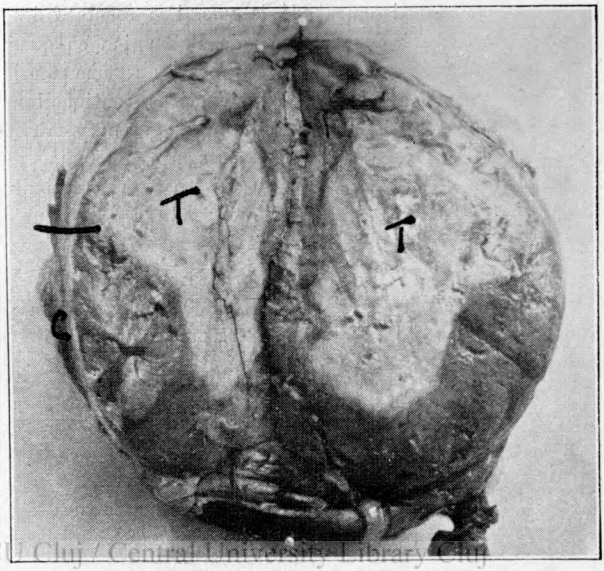
Les intestins sont pleins de scyballes.

Le rein droit de forme normale mais plus petit que le gauche; poids 94 gr. un peu dur à la séction, se decortique mal.

Le rein gauche poids 104 gr. de même aspect, dur à la séction, se décortique aussi mal. Macroscopiquement les reins ne présentent pas les altérations de la néphrite chronique.

Au dessus du rein droit on trouve une **tumeur ovalaire** qui empiète sur le pôle supérieur rénal; elle mesure 12/10 cm. et pèse 179 gr. Une lame de tissu fibreux passe du rein droit sur la tumeur et les maintient accolés.

En section la tumeur présente une substance medullaire d'aspect jaunâtre, avec un noyan de tissu necrosé; à la périphérie on remarque une autre substance de coloration brune foncée, ayant 2 cm. d'epaisseur. En totalité la tumeur est solide, de consistance ferme, avec par place des zones plus molles et depressibles.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1. – Photographie de la tumeur surrenale droite sectionnée et étalée; en T tissu de la subt. medull. neoplasiée; en ▬ siège des séctions pour l'examen microscopique.

La capsule surrénale gauche est le siège d'une néoformation analogue, mais plus petite; elle pèse 21 gr. La tumorette a les dimensions d'une petite noix, présentant disseminé dans le tissu néoplasique un piqueté hemorragique et quelques zones de consistence molle et d'aspect jaunâtre. Au voisinage de cette tumorette un peu au dessous d'elle l'on trouve une surrenale accessoire.

L'examen au microscope des sections montre d'après Mr. le Dr. A. Babès:

Sur la grande tumeur, à droite: à la périphérie des coupes l'on trouve une capsule fibreuse formée par des faisseaux conjonctifs épais et hyalinisés. La tumeur est constituée par 2 zones: une zone périphérique, plus mince, dans la quelle les éléments sont encore bien conservés et une zone centrale, plus étendue que la première, dans laquelle les éléments ont perdu totalement leurs caractères tinctoriaux specifiques de nécrose.

La zone périphérique, dans laquelle les éléments ont gardé les affinités tinctoriales, est constituée dans la plus grande partie par des formations alvéolaires et par des boyaux épiteliaux; les formations alvéolaires sont de dimensions variées, les petites sont rondes et bien délimitées, les grandes sont plus irrégulières et ont des rebords moins precis; les boyaux sont d'habitude minces, formés par plusieurs couches de cellules, d'autres sont un peu plus gros.

Fig. 2. — Photographie de la tumeur surrenale gauche en séction etalée.

A part ces formations epithéliales on trouve des groupes epithéliales plus petites; les unes formées seulement de 2—3 cellules, les autres formées par un nombre plus grand de cellules, de même que par des cellules épithéliales isolées parmi les elements du stroma; dans d'autres endroits de la préparation, les cellules épithéliales ne sont pas groupées, mais disséminées, en donnant un aspect plutôt sarcomateux.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

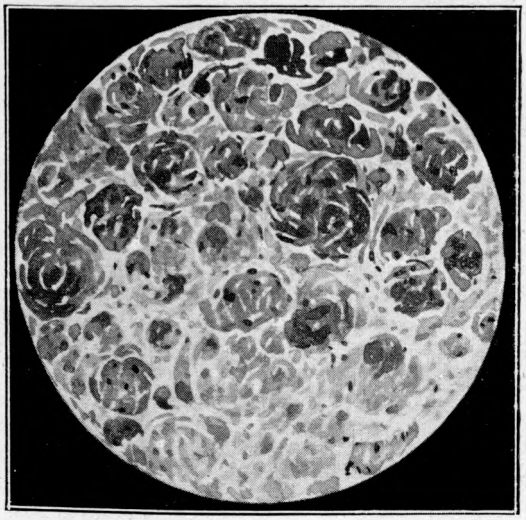
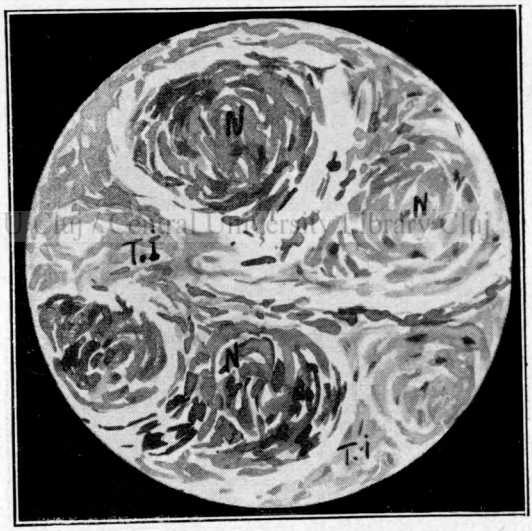


Fig. 3. — Aspect des séctions à un faible grossissement: nodules néoplasiques et tissu interstitiel.

Les cellules, qui constituent les formations épithéliales plus haut décrites, ont des formes et dimensions variées; mais par endroit leurs formes et dimensions ne peuvent pas être établies à cause du manque de limite entre les cellules; là, où la forme et les dimensions des cellules sont conservées, l'on peut constater que les cellules sont riches en protoplasme, qu'elles ont une forme poligonale, allongée, cilindrique, triangulaire, ou avec des prolongements; de même les dimensions des cellules varient en limites assez grandes, le protoplasma des cellules est bien coloré, légérement basophile, homogène et rarement un peu granuleux; les noyaux des cellules sont de forme et de dimensions fort variées, quelquefois il sont très grands, irréguliers et hyperchromatiques; d'ailleurs les plus nombreux noyaux sont intensément colorés et riches en chromatine disposée sous forme de granulations; entre les formations épithéliales décrites l'on trouve un stroma conjonctif, plus ou moins prononcé, des capillaires avec un caractère sinusoidal, ou des vaisseaux avec une parroi un peu plus epaisse.

A la périphérie de la tumeur, sous la capsule, l'on trouve quelques boyaux avec les caractères de la substance corticale.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 4. — Aspect des séctions au grossiss. No. 7; N nodules néoplasiques; TI tissu internodul. avec des éléments normaux de la surrenale.

Sur les coupes de la petite tumeur à gauche: à la périphérie dela tumeur l'on trouve une quantité plus grande de tissu, avec les caractères de la corticale surrénale; la structure fondamentale est la même que celle de la tumeur du côté droit; pourtant il existe ici une prédominence des formations alvéolaires et très souvent le stroma est reduit à des capillaires avec le caractère sinusoidal; à part cela, il est à remarquer que les plus nombreuses cellules néoplasiques contiennent dans leur protoplasma des nombreuses granulations brune-jaunâtres, soit diss minées dans le protoplasma, soit sous forme de groupes compactes; enfin, dans d'autres endroits des sections, l'on voie de très grandes cellules, avec un ou plusieurs noyaux monstrueux.

Les reins présentent une intégrité parfaite des glomérules.

Diagnostique anatomo-pathologique: paragangliome atipique.

TOATE AFECŢIUNILE
BRONCHO - PULMONARE
sunt rapid ameliorate prin

SIROPUL DUBOIS

CU CRÉOSAL

GUST PLĂCUT, FĂRĂ MIROS
CU TOATĂ TĂRIA IN PRINCIPII ACTIVE

SPECIFIC IN

TUSE

RECALCIFIANT PUTERNIC
ANTIBACILAR

***Créosalul Dubois** are în compoziţia sa: **Gaïacol, Fosfor** şi **Calciu** pe care terapeutica le-a asociat totdeauna*

◆◆◆◆◆◆

PRINCIPALELE FORME FARMACEUTICE:
SIROP, SOLUŢIE, COMPRIMATE,
GRANULE, FIOLE

LABORATOIRES LALEUF, PARIS (XVe)

Eşantioane medicale şi literatură la singurul concesionar pentru România:
PAUL ILUTZA, Str. Enăchiţă Văcărescu 20 (f. Poetului)
BUCUREŞTI V. – Telefon 350/14

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'on trouve donc à l'autopsie une tumeur volumineuse à la place de la surrénale droite, une autre tumorette remplace la surrénale gauche et près de celle-ci une petite surrénale accessoire présente au microscope le même tissu néoplasique que les autres; les reins sont indemnes de toute lésion.

*

Par conséquent: des symptomes d'ordre circulatoire, une tension élevée, pas des lésions rénales, tumeur surrenale bilatérale.

Et tout ça, chez un enfant agé de 13 ans, indemne de toute autre maladie.

Il n'en faut pas davantage pour faire la liaison entre l'élévation de la tension arterielle et la présence de la tumeur surrénale; et la concéption de M. le Prof. Vaquez sur l'origine surrénalienne de l'hypertension arterielle, soutenue depuis 1904, se trouve une fois de plus confirmée.

De fait, l'on avait parlé dès la première entrée du malade à l'hôpital de quelque syndrome surréno-vasculaire sans pouvoir toutefois nous fixer l'attention.

En ce qui concerne la variété de cette hypertension et le siège de la tumeur, identifiée comme un medullo-surrenalome ou paragangliome, nous croyons que notre observation se superpose fidélèment à celle de M. Vaquez, Donzelot et Geraudel publiée dans la Presse Médicale du 6 Février 1929 dans sa deuxième phase, c'est-à-dire au moment quand de paroxystique l'hypertension était devenue permanente.

BCU Lausanne / Central University Library Lausanne

Notre malade n'a pas presenté ces à-coups paroxystiques, que l'on a atribué specialement au surrénalome médullaire; ou bien, peut-être, ne sommes nous pas tombés sur eux; nous ayant observé notre malade en période finale, trois mois avant la mort, quand la tension progressivement elevée s'était stabilisée à un niveau supérieur.

Passée la première période, quand, peut-être, ces paroxysmes hypertensifs se produisent plus facilement par surprise et non accoutumance de la parroi artérielle, si le malade n'est pas emporté par un accident d'ordre circulatoire ou autre, il s'achémine nécéssairement vers l'hypertension permanente.

Sur ce fond de tension élevée les à-coups, masqués, se traduisent plutôt par des accidents localisés.

Du moment que le surrénalome medullaire tend vers l'hypertension permanente et que la forme paroxystique ne se réalise

plus forcément, la distinction[5]) que l'on maintient encore entre les neoplasies corticales avec hypertension permanente et les neoplasies médullaires, aux quelles peuvent manquer les paroxysmes et s'installer de même un régime pérmanent de haute pression, cette distinction n'est plus soutenable.

C'est aussi la manière de voir de M. le Prof. Vaquez, qui réclame pour les paroxysmes hypertensifs seulement un cachet général surrénal, mais pas un cachet special medullo-surrenal.

Ameuille[6]) montre la facilité avec laquelle les cellules de la médullaire prennent les caractères de la corticale et inversement.

Nous ne manquerons pas, de même, d'attirer l'attention sur la généralisation de la néoformation aux deux surrenales accessoires.

Langeron et Lohéac[7]) montrent de même que tous les auteurs ont été frappés par la fréquence de la bilatéralité des tumeurs surrénales et ils en donnent la raison: une atteinte simultanée est rendue possible par la très grande proximité des surrénales et par le grand nombre de relations nerveuses et vasculaires d'entre elles; et par les mêmes conditions la généralisation à l'autre glande peut s'en suivre ultérieurement.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Peut-être qu'il y a encore d'autres causes qui font réagir en masse un tissu aussi spécialisé que celui-ci, et ses conexions d'origine avec le système sympathique n'y sont pas étrangères.

La fréquence de cette possibilité assombrit davantage le prognostic des interventions chirurgicales à faire dans l'avenir.

Le mécanisme de la mort s'est fait chez notre malade par des phénomènes d'oedème cérébral (à considérer les 2 grammes d'albumine sans réaction cellulaire du liquide C. R. en face de la sérosité albumineuse de l'oedème pulmonaire) au milieu de manifestations urémiques, ce qui fait supposer que ces sortes de malades en seront toujours emportés de la même manière d'ordre circulatoire, quand une infection intercurrente n'interviendra pas.

BIBLIOGRAPHIE:

1) *M. Labbé, Tinel et Doumer:* Crises solaires et hypertension paroxistique en rapport avec une tumeur surrenale «Bull. et Mém. de la Soc. méd des Hôp», Séance du 23 Juin 1922.

2) *Oberling et Iung:* Paragangliome de la surrénale avec hypertension paroxystique «Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp» Séance du 18 Mars 1927.

Vaquez, Donzelot et Géraudel: Le surrénalome hypertensif, Presse médicale No. 11 | 1929

M. Labbé, Violle et Azérard: Adénome médullaire surrénal et hypertension paroxystique. «Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp». Séance du 28 Juin 1929.

3) *Lohéac:* Thèze de Lille 1928.
4) *Orth.* Sitzungsbericht d. K. preuss. Akad. d. Wiss., t. II, 1914, p. 34 citat de M. Labbé,
5) *M. Labbé, Violle et Azérard:* L'adénome médullaire surrenal avec hypertension paroxystique, Presse médicale No. 33 | 1930.
6) *Ameuille* citat de *Langeron* et *Délcourt* Arch. des mal du coeur, Févr. 19.8.
7) *Langeron* et *Lohéac.* Annales de Méd Oct. 1928.

RÉSUMÉ: Un cas de surrenalome hypertensif *publie le* Dr. M. Canciulescu *avec ses coll.* R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein et I. Vasilescu.

La tumeur surrenale bilatérale identifiée à l'examen microscopique comme un paranganglíome atipique a déterminé au debut des accès paroxistiques d'hypertension arterielle et puis un régime final d'hypertension permanente.

Ce fait oblige les auteurs de tirer la même conclusion que Mr. le Prof. Vaquez d'ailleurs, c'est-à-dire que, du moment que les tumeurs medullaires tendent de même que celles de la corticale vers un régime d'hypertension permanente, la distinction sur ce point entre les deux catégories de tumeurs surrenales n'est plus soutenable.

Et la bilateralité si souvem constatée des lésions fait qu'un diagnostic de côté, mis encore avec si peu de certitude pendant la vie, perde l'avantage d'être suivi par une opération utile.

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Fall von hypertonischem Hypernephrom *von* Doz. M. Cănciulescu *gemeinsam mit seinen Mitarbeitern* Dr. R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein, I. Vasilescu.

Dieser beiderseitige Tumor, der bei der Sektion als ein atypisches Paragangliom gefunden wurde, hat anfänglich paroxysmale Anfälle von Hypertonie und zum Schluss dauernde Steigerung des Arteriellen-Blutdrucks ausgelösst. Mit Rücksicht darauf, dass die Tumoren des Nebennierenmarks ebenso wie diejenigen der Rindensubstanz gewöhnlich dauerude Hypertonie bedingen, ist der Unteschied, den man früher zwischen diesen beiden Tumorarten machte, nicht mehr berechtigt, und die paroxysmale Hypertonie verliert ihre Bedeutung als funktionelles Symptom nur des Nebennierenmarks und behält den allgemeinen Charakter von seiten der Nebenniere.

Das haüfige beiderseitige Vorkommen der Nebenniere-Tumore lässt nicht frühzeitig eine Lokalisation diagnostizieren, die eine operative Indikation möglich macht.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TUBERCULOZA MILIARA IRIANA ŞI KERATITA INTERSTIŢIALA TUBERCULOASA, VINDECATE PRIN RADIOTERAPIE *)

de

Dr. I. GLĂVAN

Medic Primar al Serviciului Oculistic de la Spitalul de Stat din Oradea.

Aplicarea radioterapiei în afecţiunile oculare este de o dată cu totul recentă. Nu s'a împlinit nici un sfert de veac de când **Birsch-Hirsefeld, Koster, Wossing** şi alţii au descris cu multe detalii, în urma cercetărilor experimentale, leziunile produse asupra diferitelor membrane oculare de razele X şi au enunţat, cu aproximaţie, doza maximă suportată de ochi.

Perfecţionările technicei radioterapiei au determinat, în ultimii 10 ani, pe oculiştii de pretutindeni să recurgă mai des la acest procedeu terapeutic şi rezultatele frumoase, obţinute în special în tuberculoza oculară, n'au întârziat să se arate.

Stock, Scherer, Rollet şi **Celrat,** au fost cei cari au precizat formele de tuberculoză oculară în care este indicată radioterapia. Rollet în special este operatorul cel mai de seamă al acestui util procedeu terapeutic şi el a reuşit să evidenţieze până în cele mai mici detalii superioritatea lui asupra altor procedee utilizate până aci şi necesitatea aplicării lui în cele mai variate forme de tuberculoză oculară.

In literatura noastră medicală nu cunoaştem, până acum, altă lucrare asupra radioterapiei în tuberculoza polului anterior al ochiului, de cât a asistenţelor clinicei oftalmologice din Cluj, **Diacicov** şi **Munteanu,** publicată în colaborare cu **Gavrilescu,** dela Institutul de radiologie din Cluj. (Dr. Diacicov, Dr. Munteanu şi Dr. Gavrilescu: Consideraţiuni asupra a două cazuri de tuberculoză miliară iriană, vindecate prin radioterapie. Clujul Medical No. 10, din 1930).

Aceste două cazuri, cari ne sunt şi nouă cunoscute din timpul când eram asistent al clinicei D-lui Prof. Michail, au avut în adevăr o evoluţie atât de fericită, în urma tratamentului radioterapic, în cât pot fi un îndemn mai mult pentru oculiştii cari mai au încă rezerve faţă de această terapeutică.

*) Articol primit la redacţie la 7 Noembrie 1930.

Radioterapia în tuberculoza oculară este, uneori, singura terapie la care trebue să recurgem, în cazurile în cari starea generală a bolnavului nu ne permite aplicarea altor procedee terapeutice, cum e tuberculinoterapia, de exemplu.

Avem deci toate motivele să considerăm acest procedeu ca un mare câştig în terapeutica oculară şi să recurgem la el cu toată încrederea.

In timpul scurt de când conducem serviciul de boli de ochi al Spitalului din Oradea, am avut ocazia să observăm de aproape şi să urmărim evoluţia frumoasă a unui caz de keratită interstiţială tuberculoasă şi tuberculoză miliară iriană, tratat prin radioterapie.

Observaţia clinică a cazului este următoarea:

Bolnava T. R. de 22 de ani, casnică, domiciliată într'un sat lângă Oradea, intră în serviciul nostru la 25 August 1930, pentrucă nu mai vede.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antec. personale: Acum 8 luni s'a îmbolnăvit de o boală de plămâni, care a ţinut-o multă vreme în pat. Când fenomenele pulmonare s'au ameliorat şi a putut să umble, s'a dus la un medic să-l consulte şi i s'a spus că sufere şi de o boală de inimă.

Istoric: Boala de ochi datează de vreo 2 luni. Debutul a fost lent, cu diminuarea vederei şi dureri uşoare. La 3 săptămâni după debut n'a mai văzut cu ochiul drept, iar la câteva săptămâni în urmă s'a petrecut acelaş fenomen şi la ochiul stâng. A cerut ajutorul unui medic specialist din Oradea, care a tratat-o cu diferite medicamente şi în cele din urmă a îndrumat-o la Spital.

Starea prezentă: Bolnava este mult ameciată, cu ţesutul celulo-adipos redus, iar tegumentele şi mucoasele palide.

Pulmonar prezintă îndurаţie bacilară la ambele vârufri şi pleurită exudativă la baza stângă.

La cord se constată o miocardită.

Reacţia Wassermann în sânge este negativă; reacţia la tuberculină nu s'a făcut.

Bolnava este subfebrilă.

Starea oculară: Ochiul drept prezintă o intensă injecţie perikeratică a conjunctivei bulbare. Corneea este apalescentă în 3/4 infer. atât de intens în cât nu se poate distinge nici un detaliu înapoia ei. In cadranul infero-nazal, între orele 4—5, este străbătută de un vas sanguin gros, care porneşte dela conjunctivă şi străbate corneea pe o distanţă de 3—4 mm. dela limb.; Aci se ramifică în alte 5 vase mici, cari se răspândesc în cea mai mare parte în spre jumătatea internă a corneei. In cadranul infero-temporal, cam la ora 8, un vas sanguin, identic cu cel descris, străbate corneea până aproape de centru, aci ramificându-se în alte 3 mici vase, cari se încrucişează cu cele descrise, formând o reţea fină vasculară în tot centrul corneei. Prin mica porţiune transparentă din cornee, la partea superioară, se vede camera anterioară de profunziune normală. Irisul este decolorat, iar marginea pupilară supe-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rioară, singura care se poate observa, este liberă şi mobilă. La o distanţă de câţiva milimetri de marginea pupilară irisul prezintă un grup de tuberculi miliari, de culoare cenuşie.

Ochiul stâng prezintă aceeaş injecţie perikeratică pe care am remarcat-o şi la cel drept. Corneea este transparentă în $1/2$ superioară, cu luciul normal, iar în $1/2$ infer. transparenţe este alterată. Pe faţa posterioară se disting numeroase precipitate de descemetită, grupate cu deosebire în $1/4$ infer. In centrul corneei se disting, în straturile profunde, 4 mici tuberculi, de mărimea unei gămălii mici de ac, de culoare galben-închis, înconjuraţi de o zonă opalescentă şi dispuşi la o distanţă de 1—2 mm. unul de altul. Contrastul între culoarea lor şi a precipitatelor de descemetită este net. Irisul, congestionat, prezintă la marginea internă a pupilei un tubercul de mărimea unui bob de mei, de culoare gălbue, înconjurat de câteva mici vase sanguine. La acest nivel irisul prezintă o puternică sinechie posterioară. In rest marginea pupilară este liberă.

Fundul ochilor nu se poate lumina la dreptul, iar la cel stâng se luminează foarte slab, în cât nu se poate examina.

Bolnava prezintă o intensă fotofobie.

Acuitatea vizuală = { OD. = percepţia luminei.
OS. = numără degetele la $1/2$ metr.

Skiascopia nu se poate face.

Tensiunea oculară, măsurată cu tonometrul lui Schiötz, este:

OD. = 24 mm. OS. = 26 mm.

Starea generală a bolnavei nepermiţându-ne aplicarea tuberculinoterapiei, a trebuit să ne rezumăm la tratamentul local, cu instilaţii de atropină, termofor, antinevralgice şi altul general, constând dintr'o alimentaţie bună iş glicerofosfat de calciu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 2. IX. 930, starea oculară a bolnavei era aceiaş. Temperatura era sub 37^0 dimineaţa, iar seara varia între 37^{040}—37^{080}, în fiecare zi.

Tensiunea oculară = { OD. = 28 mm.
OS. = 31 mm.

La această dată **se începe tratamentul radioterapic.**

A făcut, în această serie, 6 şedinţe. Tratamentul aplicat la serviciul radiologic al Spitalului, de însuşi medicul primar al serviciului, **D-l Dr. Găldău,** a fost următorul: 120 Kw. 2 Ma. 30 F. P. localizator mic. Filtrul 1 Alum. 3 H. repartizaţi pe 6 zile de fiecare ochi. Şedinţele s'au succedat la fiecare 2 zile.

Pentruca dozele să fie exacte s'a socotit doza aplicată numai după încălzirea prealabilă a anticatodului.

In timpul tratamentului în cele 7 zile, cari au urmat ultimei şedinţe de radioterapie, nu s'a aplicat nici un tratament local, ci s'a continuat numai cel general.

După primele 2 şedinţe radioterapice ambii ochi erau mai injectaţi şi prezentau o fotofobie mai intensă: toate fenomenele acestea au fost însă trecătoare, în cât a 5-a zi dela începutul tratamentului ochii erau mult mai liniştiţi.

Tensiunea oculară s'a menţinut aceiaş în tot timpul tratamentului şi 5 zile după ultima şedinţă, la ochiul drept, după care s'a redus la 24 mm. La ochiul stâng tensiunea s'a menţinut tot timpul acesta între 30—33 mm.

La 13. IX. ochii erau complect liniştiţi, fenomenele inflamatorii fiind minime.

Tensiunea oculară = { OD: 24 mm. / OS: 33 mm.

V OS. = numără degetele la 1 metru.
OD. = percepţia luminei.

Corneele şi irisul ambilor ochi erau în aceiaş stare ca până aci.

La această dată se reia tratamentul local, aplicat anterior.

La 23. IX. 930. OD: corneea este ceva mai vascularizată ca până aci; în afară de cele 2 trunchiuri vasculare, descrise mai înainte, se mai văd încă 2 vase conjunctivale de un calibru mai mic decât celelalte, cari trec peste limbul corneean cu 3—4 mm. şi se pierd în reţeaua vasculară existentă. Injecţia perikeratică este cea mai intensă. Tuberculii irieni se menţin, au însă o culoare ceva mai deschisă. OS: Precipitatele de descemetită, mai reduse ca număr, lasă liberă o porţiune din cornee mai mare ca până acum. Tuberculii corneeni au luat o culoare ceva mai deschisă ca până acum şi se menţin ca număr şi mărime.

T OD. = 25 mm.
OS. = 45 mm.

V OD. = percepţia luminei.
OS. = numără degetele la 3 metri.

Ochiul stâng prezentând o tensiune mereu crescândă şi ireductibilă cu medicamente, pe de altă parte bolnava având dureri oculare destul de accentuate, se practică o paracenteză a camerei anterioare.

24. IX. Camera anterioară a ochiului stâng refăcută. Ochiul indolor şi liniştit.

28. IX. OD: Precipitatele de descemetită au dispărut, în cea mai mare parte, în cât jumătatea inferioară a corneei este mult mai clară. Tuberculii corneei sunt pe cale de dispariţie; au luat o culoare galbenă deschis, sunt mai reduşi în volum, iar zona de opalescenţă, care-i înconjura, a dispărut.

OS: In afară de vascularizaţia corneei, ceva mai intensă ca până acum, prezintă aceiaş stare ca mai înanite.

V OD. = percepţia luminei.
OS. = 5/70.

9. X. OD: Precipitatele de descemetită sunt foarte rari şi punctiforme. Tuberculii corneeni au rămas de mărimea unui vârf de ac, iar zona de opalescenţă, ce-i înconjura, nu se mai cunoaşte. Irisul prezintă aceiaş sinechie posterioară, la nivelul tuberculului irian, care se menţine.

OS: Corneea începe să se clarifice, foarte slab însă, la periferie. Tuberculii irieni sunt pe cale de dispariţie.

V OD. = distinge mişcări înaintea ochiului.
OS. = 5/30.

Fenomenele inflamatorii au dispărut complect la ambii ochi.

La 15. X, adecă la 32 zile dela ultima şedinţă, se reia tratamentul radioterapic.

Tensiunea oculară, la această dată, era { OD. = 38 mm. / OS. = 35 mm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a repetat şi de această dată, acciaş doză de raze X ca la început, repartizată pe 6 şedinţe.

In tot timpul tratamentului radioterapic n'am observat nici cea mai mică reacţie oculară. Tensiunea a suferit o mică scădere în cele 12 zile de tratament.

La 26. X. Starea oculară se prezintă astfel: OD. Corneea începe să se clarifice la periferie, în special în partea externă şi superioară. Irisul cu desenul bine conturat. Tuberculii miliari au dispărut.

OS. Corneea clară pe toată suprafaţa. Precipitatele de descemetită au dispărut complect. Doi din tuberculii corneeni au dispărut, lăsând în urma lor 2 mici puncte opalescente. Ceilalţi sunt şi ei pe cale de dispariţie. Tuberculul irian este mult redus în volum.

V OD. = distinge mişcări la 1 metru.
OS. = 5/15.

Tens. oculară = { OD. : 20 mm.
OS. : 30 mm.

Starea generală este următoarea: Bolnava se hrăneşte bine şi a câştigat în greutate. In tot timpul de când stă în spital, temperatura nu s'a urcat peste 37^{08}, dar totdeauna a fost seara peste 37^{0}. Exudatul pleural dela baza stângă, este resorbit aproape în întregime. Cordul prezintă aceleaşi leziuni ca la intrarea în serviciu.

2. XI. Corneea dreaptă este mult mai transparentă, pe toată întinderea, datorită resorbţiei infiltratelor profunde. Acum se poate distinge bine conturul pupilei, pe toată întinderea, ceeace a fost imposibil până aci. Vascularizaţia corneei perzistă.

Irisul în 1/3 superioară, cât se poate examina, este normal. Tuberculii miliari au dispărut complect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Corneea stângă este complect transparentă; tuberculii au dispărut toţi. Tuberculul irian este mult mai redus de volum; sinechia posterioară iriană este tot aşa de puternică cum era la început. Vascularizaţia iriană, care înconjura tuberculul, a dispărut.

T OD. = 23 mm.
OS. = 30 mm.

Acuitatea vizuală = { OD. = numără degetele la 1/2 m.
OS. = 5/7.

Bolnava, fiind atât de mult ameliorată atât ca stare generală cât şi locală, este cerută de familie şi părăseşte Spitalul la această dată.

Să recapitulăm faptele importante din această observaţie clinică: E vorba de o tuberculoză pulmonară, la o bolnavă de 22 de ani, cu manifestări secundare la ochi: Keratită interstiţială, tuberculi corneeni şi tuberculoză miliară iriană.

Singura terapeutică aplicată, afară de cea generală roborantă, a fost radioterapia.

In curs de 60 de zile, dela intrarea bolnavei în serviciu, au dispărut tuberculii miliari irieni, dela ochiul drept, iar corneea s'a clarificat mult; la ochiul stâng au dispărut tuberculii corneeni şi precipitatele de descemetită.

Acuitatea vizual, la OD: dela percepţia luminei, cu care a venit în serviciu, a ajuns să numere degetele la 1/2 m., iar la os: dela numărarea degetelor la 1/2 m., cât era la intrare, a ajuns 5/7, deci normală.

Ochii au prezentat o hipertensiune, relativ, destul de mare; în tot timpul tratamentului, nefiind influenţată decât în mod trecător şi inconstant, de radioterapie.

Am dat publicităţii această observaţie clinică cu intenţia de a atrage atenţia asupra rezultatelor admirabile obţinute prin radioterapie. Această terapeutică, în care se pun cele mai frumoase speranţe, credem că este prea puţin utilizată la noi.

Cazurile publicate din clinica oftalmoloigcă din Cluj şi al nostru nădăjduim să fie un îndemn mai mult la utilizarea pe o scară mai întinsă a acestei preţioase terapii.

RÉSUMÉ: Tuberculose miliaire irienne et kératite interstitielle tuberculeuse guéries par la radiothérapie. *Le* Dr. I. Glăvan *publie l'observation clinique et la guérison par la radiothérapie d'un tel cas survenu d'une manière secondaire chez un femme malade de tuberculose pulmonaire.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Miliartuberkulose der Iris und tuberkulöse interstitzielle Keratitis geheilt durch Strahlenbehandlung. Dr. I. Glăvan, *berichtet über die klinische Beobachtung eines sekundär eingetretenen Falles bei einer Frau mit Lungen-Tbc., und erörtert die ausgezeichneten Resultate, die er mit Strahlungbehandlung erziehlt hat.*

UN CAZ DE PLEUREZIE HYPERCOLESTERINICA*)

de

Dr. SYLVIU D. CONN

Călăraşi-Ialomiţa.

Raritatea pleureziilor cu colesterină este îndeajuns de cunoscută, că apariţia unui nou caz, să nu suscite o nouă discuţie, şi o nouă încercare de punere la punct a etiologiei acestei afecţiuni.

Aceste pleurezii reprezintă un tip curios şi rar de pleurezie.

In cazul nostru cercetat cu deamănuntul în spitalul Călăraşi de sub conducerea D-rului Samarian, se va vedea că totul a mers aproape paralel cu o limfadenie biinguinală, biaxilară, mai evidentă la stânga, bicervicală cu aceeaş menţiune şi cu un oedem moale al regiunei dorsale a mâinii stângi (pleurezia fiind în stânga), în plus un oedem al membrelor inferioare.

La toate acestea se mai adaugă o urticarie rebelă, cu plăci urticariene ajunse în stare de supuraţie.

Digital Copy / Babeş-Bolyai University Library Cluj

Aşa se prezenta cazul la intrarea în spital.

In anul 1924, Prof. Chauffard publică în „Journal des Practiciens", un documentat articol, cercând a da o nouă interpretare afecţiunii.

Zuns, Gowaerts, Coyon, Fiessinger, Meignant, fiecare cu un lux de argumente, voesc să se depărteze de tema lui Dieulafoy, a pleureziilor intarisabile, de cea gresoasă a lui Debove şi de cea a lui Gueneau de Mussy a transformării pleureziilor serofibrinoase în purulente, dealungul anilor — date cu cari voiau să explice lipsa de banalitate a acestor cazuri.

Cândva s'a crezut că tuberculoza ar juca un rol covârşitor în apariţia afecţiunii.

Jean Stockman într'o teză din 1924, susţinută la Paris, arată că bolnavii cu acest fel de pleurezie au fost examinaţi de D-sa, cu toată amănunţimea, dar leziuni tuberculoase pulmonare cu desăvârşire au fost absente — examenele bacteriologice, inoculările şi însămânţările rămânând negative.

---

*) Articol primit la redacţie în Oct. 1930.

Indepărtaţi o clipă de etiologia tuberculoasă, sifilisul şi mai târziu alcoolismul au fost obiectul unor vii discuţii, animate de Girard şi Peremans.

Şi totuşi, cu toate că în cazul nostru reacţia Bordet-Wassermann a fost pozitivă, analiza fiind făcută la laboratorul oficial al Reg. III sanitare — se poate să fim tot atât de departe de etiologia sifilitică ca de cea alcoolică, şi mai aproape de cea tuberculoasă, iar îndepărtaţi de etiologia canceroasă doar cu un punct de întrebare.

Pentru valoarea cazului, îl expunem:

Observ. I. — In ziua de 6 Maiu 1930, intră în spitalul Călăraşi; bolnavul Meletie P., de ani 52, pentru greutate în respiraţie, slăbiciune, balonare abdominală, adenopatii generalizate, oedem al membrelor inferioare şi urticarie rebela.

Antecheredocolaterale: Nu poate preciza nimic.

Antec. personale: Neagă orice maladie infecto-contagioasă şi venerică. (La ţară aceste relatări, trebuesc luate sub beneficiu de inventar). Vechiu tabagic şi alcoolic.

Istoricul maladiei: Bolnavul uşor amnezic, povesteşte că din Maiu 1929, a început să-i apară o mâncărime pe corp, care-l slăbia, furându-i cu desăvârşire liniştea zilei şi a nopţii.

Mai târziu a prins a observa, că în regiunile mai sus citate, încep a-i apare nişte umflături, cari creşteau un timp şi apoi deveniau staţionare: cu timpul au început să-i se umfle picioarele, pântecele şi mâna stângă.

A răbdat această situaţie un timp, până când s'a hotărât să se arate la vizita spitalului Slobozia. Ii s'au prescris 10 şedinţe de autohemotherapie — dar fără nici un folos. Urticaria n'a cedat de loc. Aceasta abia în Decembrie 1929, dupe 7 luni de boală.

Pentru empirismul medicinei băbeşti, părăseşte tratamentul spitalicesc, socotind că „leacurile" îi vor fi de folos. Dar se întoarce din nou către spital, de data asta, către spitalul Călăraşi.

Starea prezentă: Afebril. Bolnavul slăbit, dispneizant, cu plăci urticariene multiple, parte din ele supurate, din cauza gratajului, prezintă un facies de-o excesivă suferinţă,

Examinat somatic, se constată prezenţa unor poliadenite, dar ceeace izbeşte în mod net privirea, este imensa bombare a hemitoracelui stâng, care are mişcările reduse.

Pulmon: Matitatea ambelor baze. Matitatea complectă a hemitoracelui stâng, murmurul vezicular abolit, vibraţiile la fel. Semnul banului negativ. Puncţia pozitivă. Frecături pleurale în baza dreaptă. N'are Skodism.

Cord: Impins spre linia sternală, cu maximum de bătăi pe linia parasternală dreaptă. 80 pulsaţie pe minut. Puls mic, aproape imperceptibil.

Tmx. 11. — Tmx. 6 cu Vaquez Laubry.

Tmx. 13. — Tmx. $8^1/_2$ cu Pachon.

Ficat: Intrece cu două laturi de deget falşele coaste. Dureros la presiune, subicter conjunctival.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Splina percutabilă.

Reflexele normale.

In ziua de 7/V 1930, îi se va face prima toraceuteză. Se extrag 2500 gr. lichid de culoarea laptelui, cu uşoare sclipiri sidefii.

Diagnosticul pus a fost de pleurezie chiliformă.

Urticaria necedând, îi se fac la 2 zile injecţii cu afenil intravenos, iar în zilele în cari nu se făceau injecţii îi se dă per os clorur de calciu 3 gr.

După prima injecţie de afenil, bolnavul are o recrudescenţă a eritemului urticarian, dar care cedează după o zi.

In ziua de 9/5, oedemul palmar începe a diminua.

La examinarea regiunei abdominale se simt mici tumorete la fel cu poliadenitele descrise.

In zilele următoare se produce o uşoară diminuare a adenitelor.

In ziua de 15/V, îi se face o lamă de sânge pentru formula leucocitară, de către Căpitan Dr. M. Paraschivescu, cu rezultatul:

Polinucleare neutrofile	12%.
Eosinofile	1%.
Monocite	1%.
Limfocite	86%.

In ziua de 16/V, îi se ia sânge pentru reacţia Bordet Wassermann. Rezultatul e pozitiv.

Examinat zi cu zi, până în ziua de 19/V, când îi se mai extrag 1000 gr. lichid lăptos, lucitor, se observă creşterea matităţii hidrice, galop la vârf, cordul deplasat, iar bolnavul începe a prezenta din nou o stare de nelinişte. Urticaria a cedat, dar din când în când, cu tot regimul lactat şi dezinfectante intestinale, mai apar pe ici colo mici placarde pruriginoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 1/VI, îi se extrag 1900 gr.

In ziua de 9/VI, îi se extrag 3000 gr. lichid lăptos, cu sclipiri sidefii.

Socotind că ne găsim în faţa unui caz nu tocmai banal, trimetem lichidul pleural la analiză, pentru a se doza colesterina.

Rezultatul I: Numeroase cristale de colesterină polinucleare alterate, colesterină 1.90%.

După 9 zile mai trimitem o altă epubetă; examenul ne dă următorul rezultat: colesterină 13‰.

Desigur în acest caz diagnosticul de pleurezie hipercolesterinică nu mai putea fi pus la îndoială.

Rămânea doar de explicat prezenţa colesterinei şi felul formării ei într'o revărsare pleurală. Gowaertz, Zuns şi Peremans, cari au studiat ciclul evolutiv al colesterinei pleurale, împreună cu Chauffard, Girard, au găsit în câteva cazuri aceleaşi oscilaţii, ca în cazul nostru, dela 1 10% gr.—17%.

Pentru Meignant n'ar fi vorba de o colesterină venită de aiurea, ci de una formată în situ.

Chauffard crede că este vorba de o colesterinie normală la oameni, cari şi în mod normal o prezintă.

De altfel nu e fapt necunoscut, că în toate inflamaţiile cro-

nice, peritonite, vaginalite, abcese reci, pleurezii — găsim cantităţi minime de colesterină, care variază dela 1—2 gr.

Grigaut afirmă că, ori de câte ori o pleurezie trece la cronicitate, colesterina creşte, iar Girard este de părere că întotdeauna în pleureziile chiliforme colesterina e abundentă.

In cazul nostru diagnosticul de pleurezie chiliformă cu hypercolesterinie era de aşteptat.

Oricât de minunate ar fi teoriile, cari arată că colesterina revărsărilor pleurale ar fi datorită distrugerii limfocitelor într'un loc închis, fără a se putea rezorbi din cauza grosimei învelişului pleural alterat, ştiind că pulmonul după teoriile lui Richet absoarbe colesterina atunci când pleura nu e îngroşată, pentru noi rămâne de cercetat cauza etiologică.

Având reacţia Bordet-Wassermann positivă, alcoolismul idem, oare ar urma să punem pe seama sifilisului această afecţiune?

Cum rămâne însă cu poliadenopatia generalizată?

Pentru noi, fără a ne depărta prea mult de natura canceroasă a acestei afecţiuni, aşa precum o consideră Lereboullet şi Pagniez, socotim că e vorba de o pleurezie tuberculoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fapt principal şi pentru noi şi pentru pacient este că, de îndată ce ne punem în funcţie de sifilisul afecţiunii, prognosticul bolnavului e favorabil; dar în cazul nostru injecţiile cu neosalvarsan n'au dat nici un folos real.

In celelalte două hipoteze — tuberculoasă şi mai mult canceroasă, situaţia bolnavului devine grea, iar prognosticul fatal.

RÉSUMÉ: Un cas de pleuresie hipercholesterinique *publie le* Dr. Silviu Conn.

Le malade présentait une lymphadenie généralisée, la quelle affection n'etait pas sans doute étrangère à la détermination de cette pleuresie avec hypercholesterinie, étant donné que le traitement spécifique institué à cause d'un Wass. positif n'a pas donné des resultats favorables; et quoi que des éléments de nature tuberculeuse ne se trouvent pas relevés dans l'observation, telle qu'elle a été exposée, l'auteur incline pour l'origine tuberculeuse de cette pleuresie.

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Fall von Pleuritis mit Hypercholesterinie Dr. S. Conn, *berichtet über einen kranken, der eine generalisierte Lymphadenie aufweist. Diese Erkrankung hängt wahrscheinlich mit der hypercholesterinischen Pleuritis zusammen, da die spezifische Behandlung keine günstigen Resultate gezeitigt hat und Symptome von Tuberkulose in der Krankengeschichte nicht nachgewiesen wurden.*

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

BCU Cluj / Central University Library Cluj

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

UN CAZ DE AMENOREE, TRATATA PRIN HEMOTERAPIE ŞI DIATERMIE

de

Doctor GH. SCRIPCA-Giurgiu

Mi se prezintă la consultaţie în Martie 1926, d-ra C. A. de 25 ani, plângându-se de amenoree de 6 luni.

Pacienta e bine conformată, a avut menstrele pentru prima oară la 15 ani. Le-a avut regulat câţi-va ani, apoi au început să se rărească la 2 luni, la 3 luni şi în urmă la 6 luni. Ii creştea fire de păr în mustăţi şi mai ales la barbă, pe cari le scotea cu o pensă. In antecedente personale a suferit de paludism. In antecedente colaterale a avut o soră ce a murit în etatea de 19 ani de pneumonie fără să fi avut vreodată menstruaţia.

La examenul clinic şi de laborator nu i-am găsit nimic anormal. Nu acuză nici o durere, ci numai că nu are menstrele de 6 luni, cu toate că a urmat injecţii cu Ocreine Grémy, lipovarină, a luat Ovarial Merck, lipovarină comprimate, etc. Toate fără nici-un rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum cetisem în revista „Spitalul" (1925), articolul d-lui conferenţiar Dr. P. Tomescu, în care preconizează hemoterapia în cazurile similare, m'am hotărît să-l pun în aplicare în totul.

După ce m'am convins din analiza sângelui pacientei şi mamei sale că r. Wassermann este negativă, în timpul mestruaţiei mamei sale, i-am extras acesteia 5 cmc. de sânge din venă introducând imediat intramuscular ficei sale. A doua zi i-am făcut injecţie cu 10 cmc. de sânge, iar a 4-a zi iarăşi o injecţie cu 10 cmc. de sânge.

După 4 zile i-a venit menstruaţie, pe care a avut-o regulat în fiecare lună mai bine de un an.

După aceasta iarăşi s'a distanţat la 3 luni.

Nu i-am putut face hemoterapia de oarece mama sa intrase în menopauză şi altă persoană nu se găsea ca să dea sânge.

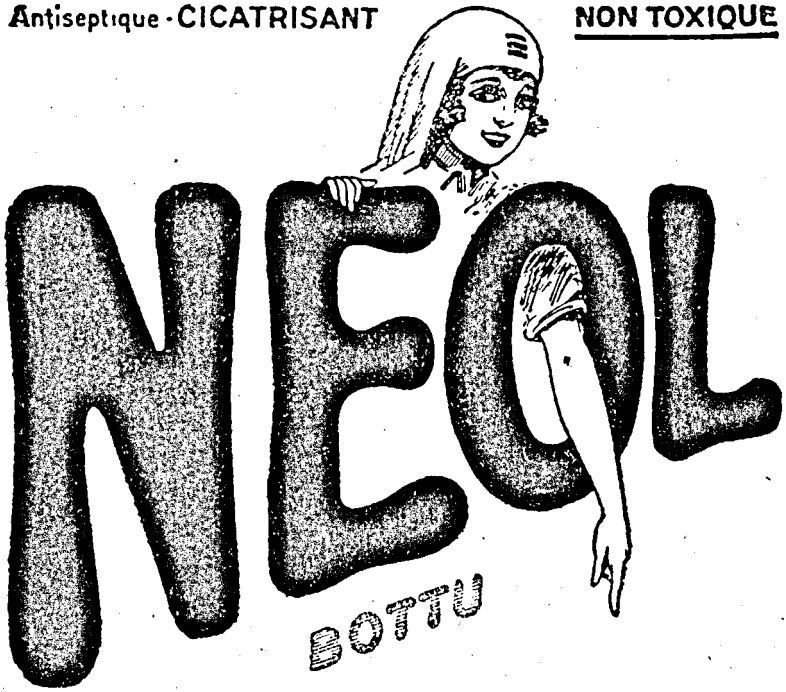
Atunci am recurs la diatermie făcându-i în fiecare lună câte 3—4 şedinţe, după care îi venea menstruaţia. Mai târziu s'a măritat având regulat menstruaţia.

Doctorul Tomescu pornind dela ideia că „sângele în epoca menstruală ar avea o serie de proprietăţi speciale de ordin biologic, a încercat pe câte-va cazuri acest procedeu, majoritatea cu bună reuşită.

„De alt-fel nu se ştie, spune autorul, dacă aceste proprie-

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1/5) est utilisée journellement
dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).

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

tăţi de ordin biologic nu le are şi sângele în afara epocei menstruale sau şi sângele de bărbat. Chestiunea rămâne deschisă pentru noi şi va necesita noi cercetări.

Mecanismul intim al hemoterapiei nu este până acum pe deplin cunoscut".

In amenoree, diatermoterapia îşi găseşte indicaţiunea cea mai bună, dacă avem de-a face cu o insuficienţă ovariană, fiind-că diatermia lucrează direct asupra funcţiunei secretorii interne a ovarului. Se cere însă ca ovarul să-şi aibă vitalitatea ţesuturilor păstrată ori-cât de puţin. In cazul nostru, neputându-se întrebuinţa electrodul vaginal, de oare-ce pacienta era virgină, am întrebuinţat tratamentul percutan, adică un electrod suprasimfizar şi alt electrod lombofesier. Intrebuinţez ca electrozi plăci de plumb introduse în practica diatermiei de Kowarschik.

In regularea intensităţei curentului am ţinut întotdeauna socoteală de legea lui Joule, anume că, căldura este direct proporţională cu patratul intensităţei, adică la 2 amperi de pe ampermetru, căldura ce se formează este de 4 ori mai intensă decât cea obţinută la 1 amper.

Sub controlul bolnavului şi al ampermetrului am mărit încetul cu încetul intensitatea curentului până la 1 amper, apoi 1.200 amperi. Durata 10—20 minute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Care este acţiunea diatermiei în această aplicaţiune? Numai între cei doi electrozi se stabileşte o căldură pătrunzând organele cuprinse între ei. Căldura aceasta însă nu rămâne locului, ci este purtată prin circulaţia sanguină, în parte, în restul corpului.

In locul unde se aplică diatermia medicală se produce o vasodilataţie pronunţată după care o hiperemie (adică un aflux de sânge) ce este profundă. Prin urmare se produce şi o hiperlimfie, deci o irigare mai pronunţată a ţesuturilor şi consecutiv activarea schimburilor nutritive. Are loc o augmentare a metabolismului prin circulaţia activată, care aduce oxigenare mai abundentă şi prin căldură, catalizatorul proceselor chimice.

De hiperemia produsă depinde acţiunea rezorbitivă şi schimbul nutriţiei locale devine mai activ. Ţesuturile devin mai elastice, mai moi prin mărirea cantităţei de umoare conţinută. Secreţiunele şi excreţiunele devin mai active. Organele şi glandele de excreţiune îşi activează funcţiunea lor prin mărirea cantităţei de sânge care trece prin ele prelucrând şi eliminând anumite substanţe.

Diatermia este un stimulent a funcţiunei glandulare în general. Insuficienţa ovariană este bine influenţată prin diatermia medicală locală. Amenoreia s'a atribuit pe lângă alte cauze şi insuficienţei ovariene, a cărei cauză şi natură sunt încă insuficient cunoscute.

Surmenajul fizic şi intelectual ar avea de consecinţă amenoria, ceeace nu este cazul nostru.

Diatermia pare a fi forma de tratament cea mai raţională pentru toate cazurile de amenoree, căci acţionează direct asupra nutriţiei ovarului ca şi asupra celorlalte glande cu secreţiune internă.

Technica. — Se aplică un electrod pe regiunea lombo-fesieră şi alt electrod pe abdomen — suprasimfizar; 20×10 ambii electrozi. Intensitatea curentului 1 amper—1.200 amp. ridicându-se treptat, timp de 10—20 minute.

RÉSUMÉ: Un cas d'amenorrhée traité par l'hemothérapie et puis par la diathérmie *par le* Dr. Scripcă.

L'auteur publie l'observation detaillée et suivie pendant une grande période d'années d'un cas d'amenorrhée ameliorée temporairement par la méthode de l'hemothérapie preconisée en 1925 par le Dr. P. Tomescu et puis définitivement guérie par la diathermothérapie locale.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

ZUSAMMENFASSUNG: Ein Fall von Amenorrhöe geheilt durch Hämotherapie und Diathermie von Dr. Scripcă.

Der Verfasser berichtet eingehend über einen mehrere Jahre hindurch beobachteten Fall von Amenorrhöe, der zeitweilig durch die im Jahre 1925 von Dr. P. Tomescu empfohlene Methode der Hämotherapie gebessert wurde und schliesslich durch lokale Diathermie vollständig geheillt worden ist.

FORMULAR DE TERAPEUTICA GYNECOLOGICA

de

Dr. AL. CRAINICEANU

Şef de lucrări la Clinica Gynecologică a Fac. de medicină din Bucureşti

SALPINGO-OVARITA.

Din punctul de vedere clinico-therapeutic recunoaştem 3 tipuri distincte, cari în ordinea frequenţei sunt:

1) Salpingo-ovarita prin infecţiune genitală (gonococică şi puerperală).

2) Salpingo-ovarita tuberculoasă 8—10% din cazuri.

3) Salpingo-ovarita prin infecţiune generală: variolă, rougeolă, scarlatină, etc.

I) SALPINGO-OVARITA GONOCOCICĂ şi PUERPERALA.

© Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

A) **Stadiul acut.** Debut brusc: dureri vii în ipogastru şi pelvis, febră, puls accelerat; alteori debut insidios. **Symptome:** dureri vii la nivelul organelor genitale interne propagate spre regiunea lombară, epigastru, coapse. **Turburări menstruale:** de obiceiu regulele sunt prelungite, neregulate, se observă frequent metroragii, scurgerile sunt constante, gălbui, abundente. **Semne fizice:** uterul mărit de volum, dureros, adesea în retro-poziţiune. Anexele în formele simple abea mărite de volum, dificile de perceput; iar în formele kistice se recunoaşte prin palpeul bimanual punga kistică cu situaţia sa topografică, mărimea, mobilitatea, etc.

Evoluţiunea unei salpingo-ovarite e în general cronică şi remitentă, cu crize frequente exacrebate de fluxul menstrual, cu complicaţiuni cari se pot ivi (torsiuni, rupturi, oclusii intestinale rare). Salpingo-ovarita creiând adevărate infirme genitale, impune o therapeutică atentă şi bine condusă dela începutul boalei.

Tratamentul medical este cel mai des indicat, rezervând tratamentul chirurgical cazurilor excepţionale. Acesta consistă în:

a) Repaos la pat.

b) Aplicaţiuni reci sub formă de pungă de ghiaţă pe abdomen ţinută încontinuu câte-va zile până la dispariţia fenomenelor acute. Se va suprima punga cu ghiaţă îndată ce pericolul extensiunei inflamaţiunei la peritoneu a trecut sau în caz de accidente ca: sfacelul pielei, puseuri de enterită rebelă, etc.

c) Iirigaţiuni vaginale căldicele detersive (35^0—40^0), slab antiseptice în canittate redusă (1—2 litri) şi fără presiune. Aceste irigaţiuni vaginale nu sunt indispensabile, decât în cazurile de leucoree abundentă.

d) Clisme laudanizate calde în cantitate de 150 gr. apă la care adăogăm XX—XXX picături de Luadanum Sydenhami. Aceste clisme se vor păstra cât mai mult şi se vor repeta de 2—3 ori pe zi.

e) Terapia generală nespecifică consistând în administrarea agenţilor excito-terapici ca: hetero-proteinele, terebentina, autohemoterapia, vaccinuri nespecifice, etc., poate fi utilizată — cu titlu de încercare — după primele 2—3 zile dela debutul afecţiunei, adică după trecerea perioadei supra acute.

Laptele pasteurizat se va injecta intramuscular la 2—3 zile debutând cu 2—3 cm.^{3} şi mergând până la 10 cm.^{2} In caz de reacţiuni generale şi focale violente, se va corecta doza şi se vor distanţa injecţiunile. Unul din efectele cele mai pregnante ale proteinoterapiei, este dispariţia elementului durere (Crainiceanu şi Goldenberg-Bayler).

Aolanul, Cazeozanul nu au dat rezultate superioare laptelui.

Terbentina sub forma de soluţie uleioasă de 15% oleum olivarum cu 0.50 cgr. anestezină şi chinină, administrate în injecţiuni intramusculare la 2—3 zile, în cantitate de 1—2 cm.^{3} poate da rezultate satisfăcătoare de ameliorare, cu condiţiunea de a prelungi numărul injecţiunilor până la 20—25.

f) Terapia generală specifică este una din achiziţiunile cele mai eficace ale gynecologiei moderne. Fără a avea pretenţiunea să vindece complet inflamaţiunile anexiale, ea reuşeşte de foarte multe ori într'un timp mai scurt ca celelalte mijloace, să reducă la tăcere puseurile anexiale acute şi uneori să vindece complet anexitele de primă invazie.

Autovaccinoterapia pare cea mai logică nu însă şi cea mai eficace.

Heterovaccinoterapia reprezentată prin o varietate imensă de vaccinuri, este mai uşor şi mai rapid aplicabilă.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" University Library Cluj

Vaccinul antigonococic: Monomicrobian şi polivalent (vaccinul preparat de Institutul Dr. Cantacuzino); Arthigon (Schering) Polimicrobian şi polivalent: Eucratolul, Immunizolul Gremy 41, etc., etc.

Vaccinul Delbet (vaccin stafilo-strepto-piocianic) se va întrebuinţa numai în urmăoarelte cazuri (Goldenberg-Bayler):

1) Anexitele acute negonococice.

2) Anexitele acute fără tendinţă la septicemii şi cu starea generală bună.

3) Bolnavele fără leziuni pulmonare, cardiace şi mai ales renale.

Dozaj. — Se va începe cu 2 cm.^{3} injectaţi numai intrafesier şi se va continua vaccinaţiunea cu 3 cm.^{3} şi 4 cm.^{3} la interval de 2—3 zile, dacă fenomenele reacţionate (generale, locale şi focale) nu sunt prea intense. De obiceiu nu se va trece peste un număr de 4—5 injecţiuni.

Seroterapia antistreptococică se va întrebuinţa în formele în care găsim sau bănuim o etiologie streptococică; seroterapia antigonococică pare indicată în anexitele gonococice supraacute sau la acele persoane debilitate, la cari vaccinoterapia ar da şokuri prea puternice.

Tratament chirurgical:

Dacă procesul inflamator acut îşi continuă evoluţia sa cu tot tratamentul medical administrat, ne vom gândi la intervenţiuni de degajare a pungilor anexiale supurative prin: puncţiuni şi inciziuni.

Indicaţiunile tratamentului chirurgical sunt:

1) Indicaţiuni de ordin general (Agravarea fenomenelor generale).

2) Indicaţiuni de ordin funcţional (Dureri atroce, hemoragii).

3) Indicaţiuni de ordin fizic (Dimensiunea exagerată a masei anexiale cu pericol de deschidere în organele vecine).

a) **Punctiunea evacuatoare şi modificatoare** are de scop de a atrage o parte din lichidul inflamator în special puroi (diminuând tensiunea pungei) şi de a injecta substanţe antiseptice (1—3 cm.^{3} din soluţie alcool formol 5%) şi bioterapice (bouillon vaccinuri specifice).

b) **Inciziuni abdominale sau vaginale** (colpotomia anterioară sau posterioară).

Laparatomia nu este indicată în această perioadă, dând prea mare mortalitate.

B) **Stadiul subacut:** Terapia acestei perioade evolutive a anexitelor nu se deosibeşte cu prea mult de prima perioadă. Vom administra bolnavei pe lângă cele dinainte:

a) Invelişuri calde (schimbate la 12 ore) cu apă simplă, în locul pungei cu gheaţă.

b) Irigaţiuni vaginale mai ferbinţi (45^0), prelungite în scop rezolutiv.

c) Tampoane vaginale sau ovule cu ichtyol 10—20%, thigenol 10—20%, iodur de Na 15%, protargol 2—5%.

Tratamentul medical ne oferă o serie de mijloace la cari vom recurge în mod metodic şi susţinut spre a putea obţine maximum de efect.

a) Irigaţiunile vaginale ferbinţi (50^0—52^0 C) cu apă în cantitate de circa 10 litri, fără presiune şi prelungite.

Aceste irigaţiuni se vor face numai cu canula cu dublu curent (Scheidenspüller) spre a putea da apei temperatura ridicată, care altfel este greu suportată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Băile de şezut calde (38^0—40^0) de 15 până la 20 minute durată, cu tărâţe de grâu şi sare de mare (1—2 kgr. la o baie).

2) Priesnitze ferbinţi pe abdomen, seara la culcare cu apă sărată; se va observa ca priesnitzul să fie astfel pus ca să rămână cald până dimineaţa.

3) Băi de aer supraîncălzit, administrate de 2—3 ori pe zi cu niste cutii speciale prevăzute cu lămpi electrice, de 1—2 ore durată.

4) Cura hydrominerală se va face sub formă de băi termale, irigaţiuni vaginale şi învelişuri calde pe abdomen.

a) Anexitele aderente, perimetroanexite, exudate pelviene mari se vor trimete la staţiunile cu ape sărate ca: Ocnele-Mari, Slănic, Telega, Oglinzi, Sovata, Salies de Béarn, Dax, Isohl, Reichenhall, Salso-Maggiore.

b) Anexitele dureroase însă cronice, se vor trimete la băile cu apă sulfuroasă: Pucioasa, Strunga, Govora, Herculane, Saint-Sauveur, Uriage, Saint-Honoré, Baden.

c) Anexitele cronice cu turburări nervoase la anemice, se vor trimete la băile cu ape oligo-metalice: Sf. Ladislau, Băile Felix, Luxeiul, Plombières, Gastein, Landek.

d) Anexitele supurate cronice, fistulizate, se vor trimite la băile de nămol: Tekir-Ghiol, Lacul Sărat, Armara, Budacki, Buziaş, Ocna Sibiului, Dorna-Vatra, Dax, Balasuc Franzensbad, Marienbad, Pistyan, Spa, Warasdin.

5) Vaccinoterapia şi Proteinoterapia se vor administra mai mult — cu titlu de încercare — după normele expuse mai înainte la stadiul acut.

6) Diatermia (Transthermia, endothermia, thermopenetruţiunea) este metoda de aplicaţiune terapeutică a curenţilor de înaltă frecvenţă sub formă de oscilaţiuni electrice întreţinute, cu efect caloric maxim.

Totuşi în diatermie nu urmărim numai efectul caloric ci şi producerea unei perturbaţiuni, provenind din orientaţiunea ionilor din ţesuturi şi a particulelor în stare coloidă prin trecerea oscilaţiunilor electrice (Bordier).

Această nouă metodă terapeutică este în plină ascensiune în stima şi încrederea practicienilor prin rezultatele satisfăcătoare la care a ajuns.

Modul de administrare al diatermiei în gynecologie consistă în: 1) Aplicaţiune externă, (percutană) la care un electrod e abdominal şi celalt e lombo-sacrat. 2) Aplicaţiune vaginală, la care electrodul activ este vaginal iar electrozii indiferenţi reuniţi în cantitate sunt situaţi unul pe abdomen iar celălalt în regiunea lombo-sacrată.

Curentul întrebuinţat în diatermia gynecologică variază ca intensitate între 1—1,5 amperi, de o durată medie de 20—40 minute.

Din cercetările de până azi, reese că, diatermia trebue — în majoritatea cazurilor — rezervată formelor cronice ale inflamaţiunilor anexiale.

7) Mesajul gynecologic consistă într'o serie de mişcări mai mult sau mai puţin complicate, de o durată variabilă, cari se adresează organelor genitale interne bolnave, începând cu fricţiunea circulară a uterului şi anexelor bolnave, apoi presiunea, vibraţiunea, efleurajul, etirement-ul, ridicarea şi malaxarea.

Masajul trebue făcut în şedinţe de scurtă durată la început 6—8 minute, de 2—3 ori pe săptămână şi apoi dacă este bine tolerat şedinţele pot fi repetate cotidian.

Laturea cea mai dificilă a masajului este indicaţiunea precisă a acestei metode terapeutice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu se va întrebuinţa masajul gynecologic decât în:

a) Leziunile inflamatorii bine răcite.

b) Leziunile inflamatorii nesupurative.

Tratament chirurgical:

1) **Indicaţiuni.** — Ireductibilitatea maselor inflamatorii în urma tratamentului medical susţinut şi metodic administrat. In termen mediu se vor aştepta 2 ani dela debutul maladiei afară de cazurile când anumite motive majore ne vor forţa mâna la intervenţie.

2) Ireductibilitatea symptomelor funcţionale ca: durerea, meno-metroragia, leucoreea.

2) Frecvenţa şi intensificarea puseurilor anexiale.

4) Alterarea stării generale (slăbire, turb. renale, turb. digestive, turb. reflexe).

5) Indicaţiuni sociale.

In privinţa principiului chirurgical aplicabil de conservatism sau radicalism, ne vom hotărî „intraoperaţiune" (à ventru ouvert), când vom putea aprecia cu precizie întinderea leziunilor şi extirpabilitatea lor. De sigur se va avea în vedere: vârsta bolnavei, dorinţa, moralul şi starea ei socială.

In ceeace priveşte technica operatorie, ne vom adresa tratatelor speciale.

II) ANEXITELE TUBERCULOASE.

Pauker dă 10% anexite tuberc. din totalul anexitelor cronice.

Frecvenţa lor este de aproape 10% (după C. Menge) din anexitele operate.

Symptomatologia lor nu prezintă nimic caracteristic, ele se manifestă prin symptome cari nu diferă mult de acelea ale anexitelor ordinare (J. L. Faure-Siredey). Diagnosticul etiologic precis nu se poate face decât prin examen anatomo-patologic.

Totuşi anumite semne clinice ne pot deştepta bănuiala asupra etiologiei lor tuberculoase, în cazurile în care:

1) Organismul prezintă stigmate de tuberculoză, fie latente, fie în evoluţie.

2) Când alteraţiuni anexiale uşoare şi fără mari reacţiuni peritonice, produc mişcări febrile continue accentuate şi foarte tenace.

3) Când alteraţiunile anexiale apar la o tânără, îndemnă la orice infecţiune genitală.

4) Când leziunile anexiale sunt mari, difuze cu aderenţe, însoţite sau nu de peritonită întinsă cu ascită cloazonată, fără ca starea generală să fie mult impresionată şi fără ca leziunile să fie prea dureroase.

5) Când examenele de laborator ne indică vre-o bănuială de tuberculoză.

6) Ireductibilitate la tratamente.

In principiu orice tuberculoză anexială este justificabilă de operaţiune. Sunt cazuri de vindecare spontană, de aceea unii autori sunt contra intervenţiei operatorii. Astfel, unii ca Kröny, etc., sunt strict conservatori.

Vom împărţi materialul clinic de tuberculoză anexială în 2 forme:

1) **Forma operabilă** în care leziunile şi-au păstrat oare-care mobilitate şi în care nu riscăm la extirparea lor să lezăm viscere importante (rect, vezică, intestin), de care uneori aceste anexe tuberculoase pot adera în mod intim. Operaţia dă vindecări definitive de 60—75%.

Biblioteca Centrală Universitară Iaşi

De multe ori ameliorarea sau vindecarea postoperatorie este susţinută prin roentgenterapie; această metodă combinată dă un procent de vindecare definitivă după Vegt de 80% faţă de 33%, fără iradiaţiune postoperatorie.

2) **Forma inoperabilă,** pe care o denumim astfel, fiind că o tentativă de extirpare radicală a maselor genitale tuberculoase, este aproape imposibilă fără lezarea rectului, vezicei sau anselor intestinale, cari de multe ori formează la olaltă un bloc inextricabil.

In aceste cazuri, nu se rămâne decât terapia medicală reprezentată prin roentgenterapie, helioterapie, raze ultraviolete şi cura balneară (nămol sărat).

III) ANEXITELE INFECŢIUNILOR GENERALE.

Această formă de anexită prin patogenia ei, recomandă 1) tratamentul general, 2) tratamentul local:

1) Tratamentul general se va adresa infecţiunei generale care a determinat metastaze genitale (anexiale).

2) Tratamentul local se confundă cu tratamentul expus mai înainte la capitolul anexitelor de cauză genitală.

(va urma)

CUNOŞTIINŢELE MEDICALE ALE LUI OMER *)

de

Dr. OD. APOSTOL — Cluj

Cap. IV.

Boli interne.

Am căutat cu foarte multă atenţiune să văd dacă în Iliada şi Odiseia nu pomeneşte Omer şi de vre-o boală internă sau de vre-un medic internist.

Malgaigne caută să ne convingă de neexistenţa vreunei boli interne sau vreunui medic internist.

S'ar părea că *Malgaigne* ar avea dreptate. Totuşi e inadmisibil ca în durata de timp întrebuinţată de Omer în desfăşurarea dinamică a operilor sale, să fi neglijat sau să nu fi cunoscut şi alte categorii de suferinţe trupeşti în afară de cele pricinuite de răniri în luptă. Noi am găsit pasagii ca:

Biblioteca Universitatea Cluj / Central University Library Cluj

ΝΟΥΣΟΝ ἀνά στρατὸν ὦρσε κακήν.

Boală haină iscase şi oastea.. (Il. I. 10).

ΝΟΥΣΟΣ (νόσος) e boală.

Ce boală ar fi aceia despre care face menţiune Omer în Odiseia (V, 395—8)?

....ὅς ἐν νούσῳ κῆται κρατὲρ ἄλγεα πάσχων, δηρὸν τηκόμενος στυγερὸς δέ οἱ ἔχραε δαίμων, ἀσπάσιον δ'ἄρα τόνγε Θεοὶ κακότητος ἔλυσαν.

«Din patul în care a tot *zăcut* şi *chinuri*
cumplite a suferit de *vreme lungă*
topindu-se de o boală ce-o iscase
un *duh* afurisit, de care zeii
spre fericirea lor îl izbăviră».

Incontestabil e vorba de o boală cu evoluţie lungă şi chinuitoare.

Simptomele acestea nu sunt suficiente ca să putem preciza natura infecţii *(«duhul afurisit)*.

Boala e trimisă de zei:

Νοῦσον γ'οὔπως ἔστι Διός μεγάλου 'αλέασθαι.

De boala cea de Dumnezeu trimisă...

(Od. IX. 411)

---

*) Fragment dintr'o lucrare ce va apare în cursul anului 1931.

In Od. XVII, 383—5, găsim:

——— . . . . οἱ δημιοεργοὶ ἔασιν,

μαντιν ἢ ἰητῆρα κακῶν . . .

Ἰητῆρ κακῶν nu poate fi decât *medic terapeutist*, medic internist. El este δημιοεργὸς.

ἡ νοῦσος poate fi şi 'αργαλέη (grea) şi στυγερή (înfricoşătoare). Il. XIII. 667—9.

νοῦσος κακὴ, λοιγός, 'αειχέα λοιβός. (Il. I. 10,61,456), credem că nu-i *ciumă*, ci *tifus exantematic*. In cântul XII al Iliadei găsim:

κακὸν δὲ τε σῆμα τέτυκται

καὶ τὲ φέρει πολλὸν πυρετὸν δειλοῖσι. . . .

Credem că aci e vorba de accese de febră, de *malarie*, aşa cum credea încă din 1700 *Brendel* şi mai contemporan cu noi, *Finsel* şi *Körner*.

Daremberger nu-i de aceiaş părere.

Omer pomeneşte în cele două opere ale sale nemuritoare şi de oboseala mare datorită înnotului.

. . . . . .Ulise
căzù pe loc de mâini şi de picioare,
puterile 'i secaseră pe mare.
I se *bolfise* trupul, şi pe *gură*,
Pe nas, ţâşneà dintrânsul sărătura.
Acolo, fără glas, fără suflare
Rămase *leşinat*, îl copleşise
Grozava-i *trudă*.

(Od. V. 455—7.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

. . . .ὁ δ' ἄρ ἄμφω γούνατ 'ἔκαμψεν,
χεῖράς τε στιβαράς ἅλι γάρ δέδμητοφίλον κῆρ.
Ὤιδεε δὲ χρόα πάντα. Θάλασσα δὲ κηκιε πολλή
ἂν στόμα τε ῥήναςτε. ὁ δ' ἄπνευστος καί ἄνανδος
κεῖτ' ὀλιγηπελέων, κάματος δέ μιν αἶνὸς ἵκανεν.

Şi Ulise a scăpat teafăr, ἄνουσος, împreună cu tovarăşii săi navigatori.

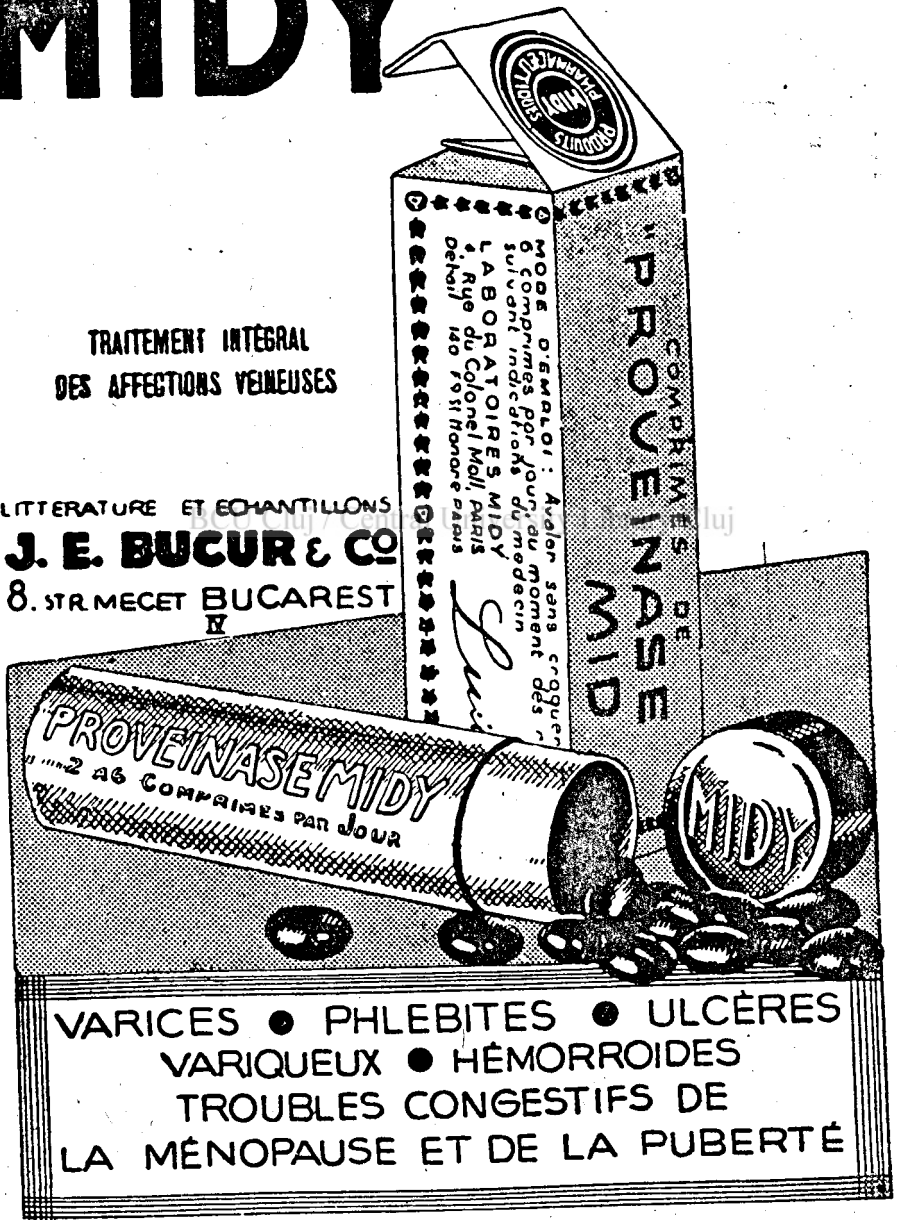
Despre intoxicaţia alcoolică, beţie, ne-am ocupat la capitolul *Alimentaţia*.

Omer mai pomeneşte de intoxicaţii cu *fum*: 'ατυζομένους καπνοῦ (Il. VIII. 181—3. şi IX. 243).

El cunoaşte acţiunea periculoasă a veninului de şarpe.

In Il. XV. 241, Omér pomeneşte şi de o boală a plămânilor. 'ασθμα (dispnee).

PROVEINASE MIDY



TRAITEMENT INTÉGRAL
DES AFFECTIONS VEINEUSES

LITTERATURE ET ECHANTILLONS

J. E. BUCUR & Co

8. STR. MECET BUCAREST
IV

VARICES • PHLEBITES • ULCÈRES
VARIQUEUX • HÉMORROIDES
TROUBLES CONGESTIFS DE
LA MÉNOPAUSE ET DE LA PUBERTÉ

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMES 0f50
AMPOULES 2f & 3f

ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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

Domnii Medici sunt rugaţi să prescrie flacoane originale de

D O Z E:

COPII până la 3 ani o linguriţă la oră:

COPII dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor:

ADULŢI 3—4 linguri înaintea meselor.

LABORATOR:
Str. Regală 11 bis
BUCUREŞTI
Telefon 19.59

Prin îngrijirea laboratorului, la farmacii şi droguerii Lactofermentul Dr. Robin se găseşte întotdeauna de fabricaţiune recentă.

N. B — La cerere se trimite D-lor Medici 1 fl. original spre experimentare.

Lactofermentul Dr. ROBIN este o emulsiune pură de ferment latic VIU

spre deosebire de preparatele care se prezintă sub formă de comprimate.

Ca ferment figurat viu, are calitatea de a transforma în acid lactic născând, diferitele substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, concurând în acest fel la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.
Se poate da cu succes în: Enteritele acute şi cronice ale copiilor şi adulţilor, în Diabet; Ciroze; Exeme; Acnee; Foliculite; Furonculoza Urticaria; Guta, etc.

PRESCRIS DE SOMITAŢILE MEDICALE.

Anul IV-lea No. 1.—2. Ian.-Februarie 1931.

MIŞCAREA MEDICALA

REVISTA ANALITICA

I.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

ACTUALITĂŢI MEDICALE

Fisio-Patologie

Dr. DUPONT: La formule d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire. — Formula lui Arneth în tuberculoza pulmonară. — (Archives des malad. du coeur No. 12, 1930).

Autorul caută a atrage atenţia clinicienilor asupra importanţei formulei lui Arneth. Formula aceasta constă în numărarea nucleilor polynuclearelor neutrofile într'un număr dat de celule. Arneth crează 5 clase de polinucleare şi găsim în sângele normal pentru 100 polynucleare 5 neutrofile cu un nucleu, 35 globule cu 2 nuclei, 41 cu 3, 17 cu 4 şi 2 cu 5 nuclei. Inmulţind fiecare clasă cu numărul nucleilor corespunzători, avem indicele nuclear şi adunându-le avem 276 indicile nuclear, dar în general indicile nuclear în cazuri de tuberculoză benină este 200. In boalele infecţioase imaginea lui Arneth deviază la stânga (cl. I şi II) şi la dreapta (clasa 4 şi 5) în anemii şi intoxicaţiuni cronice. In tuberculoza pulmonară când organismul luptă găsim o formulă în care numărul elementelor tinere cu 1—2 nuclei e micşorată iar cel cu 3—4—5 nuclei e mărit.

In formele fibro-caseoase cu evoluţie favorabilă complicată cu recăderi formula Arneth deviază la stânga sau la dreapta după evoluţia boalei. Autorul susţine sensibilitatea formulei Arneth ce ne indică o activitate bacilară ocultă ce nu poate fi decelată niei clinic, nici radiologic. Atât timp cât formula lui Arneth nu e normală se vor urmări bolnavii de aproape, această formulă este expresia modificării polinuclearelor sub influenţa agenţilor patogeni.

In boli infecţioase găsim o deviaţie la stânga a formulei ce devine normală când bolnavul se vindecă. Diminuarea polinuclearelor mature în timpul infecţiilor şi tuberculozei arată că ele şi-ar exercita activitatea în altă parte.

Dr. R. Hirsch.

DUMITRESCO MANTE, DULUGEA et IONESCO-Craiova: Nouveaux caz de bradycardie avec hypercholinemie au cours des ictères dissociés pigmentaires. — Noi cazuri de bradicardie cu hipercolinemie în cursul icterelor disociale pigmentare. — (Soc. med. des hôpit. de Paris, No. 5, 1931, pag. 212).

Autorii continuă cercetările făcute asupra patogeniei bradicardiei icterice în 5 cazuri de icter cataral şi unul de tip litiazic cari au prezentat în timpul evoluţiei lor perioade de bradicardie asociate

la o cholinemie, dar lipsea cholemia şi choluria salină. Autorii caută zilnic în urină sărurile biliare, pigmenţii biliari, urobilina iar în sângele total cholina, potasiu şi calciul. Numărul pulsaţiilor se facea de 4 ori pe zi de aceiaşi persoană, bolnavul fiind în decubit dorsal de cel puţin un sfert de oră.

Mai toate cazurile găsesc o mărire excesivă a cholinei sanguine. Urmăresc bradicardia şi în cursul choluriei disociate pigmentare ce au observat în evoluţia icterelor şi ajung la concluzia că mărirea cholinei intervine în mecanismul acestor bradicardii.

Dr. R. H.

Dr. GEORGES SCHREIBER: De l'utilité des examens médicaux preventifs complets aux differentes étapes de la vie normale ou professionelle. — Utilitatea examenelor medicale preventive complecte în diferite perioade ale vieţei normale sau profesionale. — (Bull. de l'acad. de med. No. 1, 1931, p. 29).

Autorul insistă a se institui centre medicale unde să se facă examene medicale preventive periodice şi complecte care să fie obligatorii când se poate. Aceste examene medicale s'ar putea face în toate împrejurările vieţei normale sau profesionale. Se vor examina toţi copii la naştere, fără excepţie, examenul medical trebue să fie obligator. Consultaţiile de sugaci sunt centre adevărate de medicină preventivă ce vor fi astfel organizate ca să se facă examene sanitare periodice ale copiilor mici. La fel se vor organiza consultaţiile medicale pentru adolescenţi şi adulţi. Se vor întocmi cărţi de sănătate, şi se vor urmări copii în şcoli, armată, universitate, în diferite funcţiuni. Autorul recomandă ca examenul medical prenupţial să fie obligator; asemenea se vor face examene sanitare la diferiţi funcţionari, meseriaşi, astfel examenul complect medical al şofeurilor ar evita multe accidente. Se va controla vederea, auzul, sistemul nervos circulator şi locomotor al celor ce conduc vehiculele. Medicina preventivă joacă mare rol în toate păturile sociale, se vor face centre medicale în legătură cu dispensariile şi laboratoriile existente. Asemenea centre vor fi făcute de casa asigurărilor sociale şi astfel se vor realiza economii reale reducând internarea în spitale şi cheltueli de medicamente la cei ce se vor supune mai des examenelor medicale preventive.

Dr. R. H.

MAURICE RENAUD: Sur le traitement des plaies et surfaces ulcerées par les savons. — Asupra tratamentului plăgilor şi suprafeţelor ulcerate cu săpunuri. — (Bull. et mem. de la Soc. med. de Paris, No. 29, 1930).

Autorul arată cercetările lui Bonjean privitoare la proprietatea antiseptică a săpunurilor, proprietate ce e datorită nu numai unei modificări chimice a moleculei dar şi înglobărei corpilor microbieni cu o peliculă fină de săpun care împedecă miceliile toxice de a avea vre-o acţiune asupra ţesuturilor; pornind dela aceste calităţi ale săpunului, autorul a întrebuinţat soluţii de oleat de sodiu 2 la 100 în tratamentul plăgilor septice, ulceraţiile cancerului, chancre simple, balanite, inflamaţii anale, abcese calde şi abcese reci.

Rezultatele terapeutice obţinute a determinat pe autor a insista

asupra eficacităţii soluţiilor de oleat în desinfecţia ţesuturilor la suprafaţă şi împedecând fenomenele toxi-infecţioase ale bacteriilor, graţie fluidităţei lor şi proprietăţilor lor fizice săpunurile nu alterează ţesuturile şi realizează o antisepsie perfectă de suprafaţă.

Dr. R. H.

AKIL-MOUKTAR: La tetrachlorure de carbone remède efficace contre les oxyures et les taenias. — Tetraclorurul de cărbune remediu eficace contra oxiurilor şi teniilor. — (Soc. med. des hôpit. de Paris, No. 4, 1931).

Intrebuinţează cu succes în oxyuriază, ascaridoză şi contra teniei tetraclorurul de cărbune pe cari la adulţi îl dă astfel: dimineaţa pe nemâncate 3 cc. de medicament în 60 gr. sirop de gumă ce se va lua în două rânduri la interval de jumătate de oră de interval; o jumătate de oră mai târziu se dă bolnavului 30—40 gr. sulfat de magnezie. Efectul începe a se produce 2—3 ore după purgativ. La copii sub cinci ani se dă 2/10 cc. pe an şi ca purgativ magnezia calcinată 0,50 gr. pe an de vârstă. Rezultatele cu acest medicament sunt durabile.

Dr. R. H.

A. SOULAS: Les hémorragies trachéales. — Hemoragiile tracheale. — (Ann. de med. No. 3, 1930, pag. 382).

Comunică 9 observaţiuni de hemoragii tracheale confirmate prin existenţa unei leziuni locale la care se adaugă proba tratamentului şi a timpului, ce a confirmat diagnosticul. Tabloul clinic este întotdeauna acelaş: este vorba de indivizi cu o stare generală bună, cari expectorează sânge în mică cantitate roşu, fără mucozităţi, n'au tuse, numai o jenă retro-sternală. Examenele clinice, radiologice şi bacteriologice arată că nu este vorba de tuberculoză, spiriloză sau micoză bronchică, nici de bronchectazie, abces al plămânului, nici de cancer, nici de pleurezie inter-lobară sau inchistată. Se elimină afecţiunile cardio-vasculare ca anevrismul aortei, insuficienţa aortică şi asistolia şi stenoza mitrală; rămâne a se face examenul tracheei şi al căilor aeriene superioare. Cu ajutorul endoscopiei se rezolvă problema. S'a găsit varicozităţi vasculare, fissuri superficiale, ce au sediul pe marginile tracheei şi alte-ori găseşte autorul o ulceraţie pe faţa posterioară sau unghiurile laterale ale tracheei, — şi dese-ori în regiunea sub-glotică. Probabil în patogenia acestor ex-ulceraţiuni intervine o structură anatomică anormală, o stare vasculară deosebită întreţinută de un catar al tracheei la care se adaugă efectul curentului de aer în tuse sau o sforţare fizică oare-care. Pronosticul e benin, cu ajutorul endoscopiei se vor face cauterizaţii a leziunilor tracheale ce vor aduce după sine vindecarea. In cele mai multe cazuri este vorba de leziuni ex-ulcerative a căror patogenie nu e încă lămurită.

Dr. R. H.

I. GOIA et I. GAVRILA: Contribution à la symptomatologie de la lambliase. — Contribuţiuni la studiul simptomatologiei lambliazei. — (Arch. des malad. de l'app. digestif. No. 10, 1930, p. 1185).

Comunică trei observaţii de lambliază dintre cari unul a prezentat 2 zile simptome choleriforme şi cu prezenţa de lamblia în

intestin. In al treilea caz bolnavul prezenta fenomene de enterocolită cronică şi o zonă sensibilă în regiunea veziculei biliare, la acesta găsesc lamblia şi în lichidul duodenal, iar alt bolnav prezenta fenomene de colecistită cronică. Autorii atrag atenţia asupra rolului patogen al lambliei în diferite turburări intestinale şi veziculare.

Tratamentul dat nu a dat rezultate satisfăcătoare, a dat ameliorări trecătoare.

Dr. R. H.

JEAN TROISIER: L'hyperthermie congénitale. — Hipertermia congenitală. — (Ann. de med. No. 4, 1930).

Se admite că temperatura omului normal oscilează între 36^0 5 dimineaţa cu un maximum vesperal 37.5.

Majoritatea autorilor cred că temperatura fiziologică nu trebue să treacă de 37.5, afară de hypertermiile provocate de exerciţiu muscular sau insolaţie trecătoare. Foarte deseori în clinică medicul nu-şi poate explica ridicările uşoare de temperatură. La copii febrele uşoare sunt datorite infecţiilor rino-faringelui, entero colitelor, apendicitelor, adenopatiilor tracheo-bronchice tuberculoase sau nu, pyelocistitelor latente. Copii nervoşi au des hipertermia oboselei.

Foarte dese-ori femeile au 12—14 zile înainte de menstruaţie o ridicare de temperatură cu 5—6 zecimi de grad. Imediat după prima zi de menstruaţie temperatura devine normală. Sunt de obicei femei ce sunt hiperovariene, hipertricozice, simpatico-tonice. Mai găsim febre ce oscilează între 37.5^0 şi 38.5^0 în nevroze vazo-motrice. Autorul comunică observaţia unui pacient care toată viaţa sa a avut temperatură ce oscila între 38.5^0 şi 38^0, pulsul oscila între 70—76, respiraţia 18 pe minut. Lipsea leucocitoza sau vre-o modificare a formulei leucocitare. Era un om sănătos fără vre-o tară endocriniană, tatăl lui deasemenea a avut toată viaţa sa o ridicare de temperatură. Deci era o hipertermie congenitală. Probabil aparatul său termo-regulator era astfel regulat pentru o temperatură mai mare ca normală, fapt ce se întâlneşte la celelalte animale homeotermice ce au o temperatură aproape de 39^0. Trebue să se cunoască aceste stări în clinică şi a le decela din stările morbide.

Trebue să admitem că ne aflăm în faţa unei hypertermii congenitale, ce s'a transmis ereditar dela tată la fiu.

Autorul crede că există la om o anomalie de încălzire ce se transmite ereditar.

Regularea termică în hipertermia congenitală s'ar apropia de a celorlalte animale homeoterme. Studiul ferbei, al pulsului, al respiraţiei, a căilor digestive, a urinelor, metabolismului azotat şi ternar examenul sângelui ne va permite de a distinge o stare febrilă de hipertermia simplă. Ar exista la indivizii sănătoşi mutaţiuni brusce de ridicări de temperatură de natură congenitală.

Dr. R. H.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10 cc de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* ANÉMIES (Carnot)

B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval:*
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MARIANO BENAVENTE GARCIA: Contribuţiuni la studiul kala-azarului infantil. — Contribucion al elstudio del kala-azar infantil. — (Madrid, 1929). *)

Intr'un volum important din punct de vedere clinic şi epidemiologic, autorul rezumă studiile sale făcute în timp de trei ani asupra kala-azarului infantil; pe lângă observaţiile clinice, autorul face o serie de cercetări hematologice, patogenice şi experimentale, din care reese un tablou complect şi perfect a acestei boale destul de frequentă în Spania. După un istoric amănunţit al lucrărilor diferiţilor cercetători ai acestei boale, autorul arată elementele patogene ale kala-azarului infantil, ce sunt protozoare din clasa flagelatelor genul leishmania.

In organele bolnavului de kala-azar de exemplu în pulpa splenică, se găsesc corpusculi ovali, 2—3 micr. lărgime pe 2—3 micr. lungime, în totdeauna endo-celulari, în protoplasma celulelor endoteliale şi în adventicia vaselor lagunelor splenice. Corpusculii au o membrană, protoplasmă cu nuclei şi nucleoli, ce se colorează cu Giemsa. Sunt celule cu 20—80 leishmaniose.

In sângele periferic leishmaniozele se găsesc în monocite şi polinucleare.

Autorul a inoculat cobaii intra-peritoneal şi găinile cu pulpa splenică a bolnavilor de kala-azar şi a studiat leziunile ce le dă acest parazit. Ciclul evolutiv al parazitului nu e bine cunoscut. Există mai multe varietăţi de leishmania, unele ce dau afecţiuni generale cu localizări viscerale, altele ce dau leziuni cutanate (buton d'Orient), — descrie apoi distribuţia geografică a boalei ce se întinde dealungul Mediteranei şi găseşte focare endemice în Madrid.

In *prima perioadă a boalei* se observă turburări gastro-intestinale, febră neregulată, *în a II-a* anemie, febră, spleno şi hepatomegalie, anorexie, apatie şi *în a III-a* cachexie, anemie care se accentuiază, edeme ale picioarelor, hemoragii, nefrită, fenomene meningeene.

Pigmentarea pelei ar fi datorită insuficienţei hepatice, autorul crede că sunt şi turburări ale metabolismului sulfului, în urma căreia ar avea loc o transformare a albuminoidelor în sulfo-amine asemănătoare melaninei şi care ar da pigmentaţia pielei în kala-azar. Un simptom frequent este purpura, petechii hemoragice pe mâini, torace şi abdomen,—epistaxis. Mucoasele sunt palide, ganglionii sunt măriţi de volum, tulburări digestive, diaree, vărsături, hipertrofia ficatului şi a splinei, urobilinurie, indicanurie şi hipocolesterinemie.

---

*) Cu ocazia recensării acestei cărţi trimise redacţiei de către autor semnalăm: La *Soc. anatomică* din Bucureşti în Şed. din 28 Noemb. 1930 (*Spitalul* No. 2 | 1931) D-l Dr. C. Vasilescu prezintă preparate microscopice şi proecţii de fotografii luate de D-sa personal în cursul lunei Iulie 1930 în voiajul de studii ce a făcut în Spania.

D-sa denunţă confuzia ce se poate face cu paludismul, şi pe care nu o poate înlătura de cât puncţia splinei, graţie căreia se descoperă agentul flagelat, causă a boalei; recomandaţie de foarte mare valoare pentru ţara noastră cuprinsă în zona de endemicitate a Leishmaniozelor, mai cu seamă că autorul semnalează că D-l Prof. Manicatide a descris la noi 2 cazuri de Kala-Azar infantil autochton la 2 copii din Moldova de jos diagnosticate tocmai graţie puncţiei splinei.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Splina e foarte mult mărită de volum, dură, renitentă cu marginile dinţate. La plămân bronchita şi peribronchita, hipotensiunea arterială, adinamie, vărsături, diaree şi hipocolesterinemia, tachicardia şi pigmentaţia pielei sunt datorite insuficienţei suprarenalelor.

Autorul mai studiază limfocitoza în urma injecţiilor cu adrenalină şi ajunge la concluzia că aceasta variază cu stadiul în care se găseşte boala. Febra e neregulată, prezintă 3 ridicături în 24 de ore şi ar fi datorită după autor toxinei leishmaniozelor ce excită centri regulatori ai temperaturei.

Anemia, hipoglobulia, anizociteza, policromatofilia, fragilitatea hematiilor sunt datorite acţiunei toxinei parazitului asupra măduvei osoase şi a organelor hemato-poetice. Autorul mai studiază reacţiile biologice a serului în kala-azar: reacţia de aglutinare şi reacţia de precipitare a lui Brachmari, cari i-au dat rezultate bune; reacţia de precipitare ar fi datorită unui metabolizm exagerat al albuminoidelor, după autor o reacţie Brachmari negativă exclude leishmania internă. Parazitul se localizează întâiu în splină şi sistemul limfatic, apoi în măduva osoasă. A fost studiat cu ajutorul puncţiei splinei şi trepanaţiei oaselor lungi. Diagnosticul se pune după antecedentele epidemiologice.

Infecţia se face pe cale endogenă. Pronosticul depinde de momentul biologic când se face diagnosticul.

Ca tratament, autorul recomandă sărurile de antimoniu, tartratul de emetină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profilaxia eficace depinde de o terapeutică eficace şi continue.

Această lucrare cu multe idei originale şi cercetări personale, merită a fi cetită cu atenţie de cliniciani şi epidemiologi.

Dr. R. Hirsch.

Dr. MARIO MAZZETTI: Despre un nou semn fizic în sero-pneumotorace: Sunetul hidro-pneumotoracic al burdufului. (Il Policliniço, Sez. Prattica No. 37/1930).

Autorul descrie un nou semn fizic întâlnit în hidropneumotorace, pe care propune a-l numi „sunetul hidropneumotoracic al burdufului" sau mai simplu semnul burdufului. L'a găsit căutând să delimite prin percuţie nivelul lichidului la doi bolnavi cu hidropneumotorax. Acest fenomen e dat de un timpanism metalic sui generis (se poate produce artificial percutând un burduf parţial umplut cu lichid, sau stomacul unui aerofag după masă) şi se găseşte determinaţia fizică în condiţiuni particulare ale sacului pleuretic în care sunt prezinte lichid şi aer în anumite proporţiuni (Un volum notabil de aer cu presiune inferioară lui O şi o cantitate mare de lichid cu o densitate mică) şi alte condiţiuni speciale ale peretelui toracic (un perete toracic gros, rezistent, transmite mai puţin intens ca cel flexibil şi subţire.

Dr. Paulon.

Dr. RICARDO FOSSATI: Adenoidismo e tuberculosi pulmonare. Studio sui rapporti tra vegetazione adenoide e tuberculosi polmonare. — Adenoidism şi tuberculoza pulmonară. Studiul raporturilor între vegetaţiile adenoide şi tuberculoza pulmonară. — (Sanatorium, Anul I, No. 2, Oct. 1930).

Intre adenoidism şi tuberculosa pulmonară există raporturi etiopatogenice; amigdala faringiană hipertrofiată determină:

A) pe seama aparatului respirator: 1) deficienţa ventilaţiei pulmonare prin insuficienţa aerului inspirat 2) catar faringeu, laringeu, bronchial şi alveolar 3) Zona de parţială atelectasie pulmonară.

B) pe seama aparatului circulator: 1) stase de obiceiu uşoare în mica circulaţie 2) diminuţia constantă a presiunei arteriale 3) frequenţa hipoplasiei şi slăbiciunea miocardului.

C) pe seama sângelui: 1) oligohemia şi deficienţa cantităţii de hemoglobină 2) hipocalcemia 3) insuficienţa oxigenaţiei.

D) pe seama squeletului: strâmptorarea toracelui mai ales a părţilor superioare şi în sens antero-posterior.

Toate aceste turburări pot favoriza tuberculosa pulmonară şi de aci reese clar necesitatea terapiei chirurgicale a amigdalei faringee hiperplasiate.

Dr. Paulon.

Prof. Dr. HERMANN KNAUS: Ueber den Zeitpunkt der Konzeptionsfähigkeit des Weibes. (Asupra timpului capacităţii de concepţiune a femeii). — Munch. mediz. Woch. No. 9, pag. 344/1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bazat pe consideraţiuni de ordin biologic în scara animală şi pe numeroase observaţiuni clinice şi mărturii aduse în sprijin, autorul stabileşte că putinţa de concepţiune a femeilor cu ciclul menstrual de 4 săptămâni se coprinde între 11—17 zile calculate din prima zi a stabilirii menstruelor, cu punctul optim în a 13 şi 14 zi; la femeile cu ciclul menstrual de 26 zile punctul optim cade în ziua de 11 şi 12; la femeile cu cilul menstrual de 30 zile punctul optim cade în ziua 15 şi 16.

In afară de acest spaţiu coprins între ziua 11 şi 17, autorul socoteşte restul zilelor de circa 11, cari urmează menstruaţiei anterioare şi de circa 11, cari preced menstruaţia următoare ca o perioadă de sterilitate fisiologică a femei.

Dr. M. C.

H. VAQUEZ et M. GOMEZ: Pression moyenne et hypertension artérielle. — Bull. de l'Academie de médecine No. 7, pag. 234/1931.

In ultimul timp importanţa acordată cifrelor de presiune maximă şi minimă a scăzut: pentru-că adevărata sforţare ce o suportă inima nu o poate traduce nici presiunea maximă, care se mărgineşte la o perioadă limitată de timp a sistolei, nici presiunea minimă, care este expresiunea numai a sforţului iniţial.

Presiunea, care traduce cu adevărat sforţul total este *presiunea mijlocie*, care este suma presiunilor succesive şi variabile din timpul întregei perioade sistolice, aşa cum de mult o întrevăzuse Potain.

Această presiune mijlocie nu este media diferenţei dintre maximă şi minimă, ci acea pe care a văzut-o Pachon că corespunde oscilaţiei maximale obţinute grafic adică indicelui oscilometric; cea ce P. Cley şi Gomez au verificat pe animal.

La un om normal, cu cord de dimensiuni normale, a cărui presiune maximă este de 15 ctm., iar presiunea minimă de 6 ctm., presiunea mijlocie corespunde cifrei de 9 ctm.

La indivizii hipertensivi manifeşti sau mascaţi (la care maxima este normală dar la care cordul este hipertrofiat) această presiune mijlocie este crescută; ea merge spre 12—16 la cei cu o hipertensiune moderată şi urcă la 16—17 la cei cu o maximă foarte urcată.

Presiunea aceasta mijlocie, nebănuită, dar întotdeauna prezentă, este cauza provocatoare a hipertrofiei cardiace, pentru-că atunci când este crescută supune inima la un sfort mai mare în tot periodul sistolic.

In acest articol autorii au ajuns la concluziile că: a) hipertrofia cardiacă a hipertensivilor este în funcţie de importanţa presiunei mijlocii mai mult decât a celei maxime; b) ridicarea presiunei mijlocii constitue stadiul iniţial al hipertensiunei.

Dr. M. C.

JAMES MACKENZIE: L'avenir de la Médecine. — Libr. F. Alcan, 1929, Paris.

Autorul, celebrul cardiolog James Mackenzie, ajuns din medic practician într'un orăşel de lângă Londra, creiatorul unei epoci de investigaţie nouă în domeniul boalelor de inimă, bazat pe **propria lui experienţă personală,** (pe care o expune în partea doua a cărţii sale), face într'o primă parte **partea critică** a observaţiilor sale în cea ce priveşte concepţiunea greşită a educaţiei medicale, care se dă azi în Anglia tinerilor studenţi, viitorii medici, de către un corp profesoral specializat à outrance şi care nu caută contactul bolnavului.

In partea treia face **opera constructivă** şi expune principiile cercetărilor, clasificaţia simptomelor, determinaţia valoarei simptomelor, estimaţia capacităţii funcţionale a unui organ, simplificarea medicinei, usagiul şi abuzul metodelor de laborator, primele perioade ale boalelor, boalele secundare şi termină fixând rolul şi importanţa pentru propăşirea medicinei şi atingerea ţelurilor ei a medicului practician, cu orizonturi largi, care are noţiunea legăturilor dintre organe, a interferenţei simptomelor şi complexităţii determinărilor morbide.

Şi Sir James Mackenzie cere ca „acest practician, cu 10—20 ani de practică, în contact perpetuu cu bolnavii şi cu toate boalele să producă pe profesorul universitar, care să exercite învăţământul medical".

Dr. M. C.

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de Caféine, Cocaine & Théobromine).

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obezitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — ORGANIZAŢIE SANITARĂ

ASUPRA ANTE-PROECTULUI DE REGULAMENT PRIVITOR LA ORGANIZAREA ASISTENŢEI MEDICALE IN INSTITUŢIUNILE SPITALICEŞTI

de

Docent Dr. M. CÂNCIULESCU

Asociaţia Generală a Medicilor mi-a trimis o *adresă* împreună cu părţile din anteproectul de regulament întocmit pentru punerea în aplicare a dispoziţiunilor din legea sanitară referitoare la atribuţiunile medicilor directori *) şi mi-a cerut a-mi formula părerea asupra lor.

Este vorba de acel *Regulament la legea sanitară în prezent în vigoare,* pe a cărui urgenţă o reclamam în articolul nostru publicat în No. 8—9 / 1930 al acestei reviste.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am făcut-o cu atât mai mare aplicaţie cu cât — în ceace priveşte prezentarea modului de funcţionare în trecut al aşezămintelor noastre spitaliceşti sub conducerea medicilor directori şi în cea ce se referă la viciile de concepţie şi de formă ale paragrafelor respective ale legei sanitare din prezent şi trecut — mi le-au expus deja în coloanele acestei reviste şi se pare chiar că am luat-o înaintea protestelor Asociaţiei şi ca dată cronologică şi ca documentare.

Intr'adevăr în „Mişcarea Medicală" din 1928, No. 10—11, pag. 555—556 am scris şi în 1930, No. 8—9, pag. 237—243, am revenit făcând ultimele *„Reflexiuni asupra medicilor primari directori de spitale şi asupra consiliilor medicale spitaliceşti"*.

Cine a cetit acest ultim articol a văzut de ce şi cum a fost împedecată în trecut prosperitatea instituţiunilor noastre spitaliceşti prin inerţia acestor conducători, cari n-au ştiut să activeze decât în propriul lor interes dispensându-se peste tot şi întotdeauna de avizul şi implicit de controlul consiliilor medicale instituite totuşi prin lege; a luat cunoştinţă de modul cum rolul capital al acestor consilii, cari şi-au făcut cu prisosinţă dovada utilităţii lor la şcoli, a fost anihilat prin reaua credinţă, nu numai neglijenţă,

*) la pag. 107 se redă textul dispoziţiunilor acestora din ante-proectul de regulament.

a directorilor cari nu le-au convocat; şi a asistat astfel la eludarea unei dispoziţiuni salutare din lege prin neaplicarea regulamentului pentru motivul că în lege sau regulament nu se prevăzuse specificarea categorică a nulităţii actelor directorului, cari acte n-ar fi purtat avizul şi aprobarea în prealabil a consiliului medical spitalicesc.

Am înţeles desigur spitalele mari, cu mai multe servicii; dar aşa cum cel puţin unul va trebui să avem în viitor în fiecare capitală de judeţ.

De 3 ani prin cuvântări ţinute în congrese parţiale, prin articole publicate în reviste medicale, prin rapoarte oficiale adresate în comun cu colegii mei de spital autorităţilor medicale mai imediat şi mai îndepărtat superioare, am atras atenţia asupra gravului prejudiţiu moral şi material creiat acestor mari instituţiuni de medicină curativă prin procedarea ilegală şi purtarea vitregă a conducătorilor lor.

Rezultatul acestor demersuri, cari peste tot au căpătat aprobare orală, a fost inoperant în fapt şi tot ineficace a rămas şi intervenţia mai recentă făcută de Asoc. G-rală a Medicilor.

Noua lege sanitară venită pe principiile de descentralizare şi de întărire a autonomiei instituţiunilor locale — adică de ocrotire şi de organizare a unei asistenţe sanitare locale prin mijloace proprii — a sfârşit în această privinţă prin statuarea legală a unui definitiv regim de favorizare a unuia singur — directorul, şi prin reducerea până la dispariţie a rolului mai multora — colectivitatea unui consiliu.

Am tot sperat că atrăgând din t'mp atenţia celor în drept asupra inconvenientelor acestor dispoziţiuni din lege să-i fac să reflecteze şi să revină dând pas intereselor instituţiunei asupra acelora ale persoanelor.

Dar m'am înşelat; sau mai de grabă mi s-au adeverit temerile

Căci dacă în lege tot se mai pomenea în treacăt despre consilii — lăsate ce e drept la coadă, capul seriei de articole fiind dedicat persoanei directorilor, în ante-proectul de regulament, ce dăm mai la vale, nu se mai vorbeşte de ele nimic, afară numai dacă reconstituirea consiliului se înţelege a se face în momentu când, conform *art. 49 dela dispoziţiunile generale*, „după terminarea vizitei matinale, medicii primari, la o anumită oră se vor întruni în cabinetul directorului raportând asupra activităţii lor cum şi asupra oricăror chestiuni importante privind secţiunile respective".

Ca la cazarmă.

Ca să primească ordine.

Nici că se putea manifesta mai clar o intenţiune care să urmărească subjugarea medicilor primari, iar nu avantajarea instituţiunei,

Cred că prin precipitarea intempestivă a acestui articol de regulament, mărită prin o specificare şi mai netă — ca nu cumva să persiste vreun dubiu precum la articolele din lege — a *art. 71* „Şeful imediat superior al medicilor primari este directorul, în a

cărui subordine stau", toată economia acestui anteproect va trebui radical modificată pentru apărarea adevăratelor interese ale instituţiunilor spitaliceşti şi a demnităţii medicilor primari şefi de servicii.

Va fi astfel menajat şi prestigiul d-lor directori ministeriali, cari pe drept cuvânt s-ar fi considerat diminuaţi prin puterile discreţionare ale acestor mici potentaţi, scoşi ca din cutie şi traşi în serie cel puţin câte unul pe capitală de judeţ.

Căci dacă directorul ministerial — socotit ca descălecătorul în provincie uns cu atributele de esenţă mai divină ale miniştrilor dela centru — şi tot este înconjurat de comitete compuse din şefi de servicii de al căror aviz este ţinut a lua act, iar în mânuirea fondurilor, de cari nici nu dispune direct, trebue să manevreze în văzul tutulor; cum să se permită acestor directoraşi să şi noteze la foaia calificativă pe cei cari sunt în situaţie a-i controla de aproape *(art. 55:* „Directorul conduce registrul special pentru actele personale ale funcţ. tecnici şi celorlalţi, precum şi corespondenţa confidenţială" — atrag atenţia asupra savoarei indefinisabile a noţiunei „conduce") şi să conducă şi operaţiile bugetelor cu efective destul de considerabile *(art. 66:* „Directorul dă directive şi coordonează lucrările pentru întocmirea budgetului... pe a sa răspundere..." a cărui execuţie este pus tot el să o supravegheze — pentru o şi mai bună coordonare, desigur).

Măcar dacă aceşti Zodiaci norocoşi ar fi în viitor aleşi dupe vreun criteriu altul decât bunul plac al ministrului sau secretarului său general de resort (intermezzo-ul jucat de un subsecretar de stat anume pentru treburile sanitare luând un prematur sfârşit); vorbesc pentru viitorul îndepărtat, căci deocamdată directorii în vigoare, pe cari fatal îi va lovi aşa zisele rigori ale prezentului anteproect, şi cei momentan ocupaţi cu alte îndeletniciri mai înalte, dar cari necesarmente îşi vor relua locurile odată şi odată, vor căuta să se ţină solid şi cât mai mult timp posibil pe poziţia asigurată din timp.

Şi cum să nu se ţină, — ei şi cei cari au toate şansele mai apropiate de a înlocui pe veteranii caşi doborâţi de inelectuabila limită de vârste şi lege a pensiilor, aplicată deocamdată pentru motive de adâncă apreciere parţial iar nu părtinitor — dacă la fericitele perspective ale perfectului român „de a se naşte bursier, a trăi funcţionar şi a muri pensionar", va fi realizat şi suprema satisfacţie, medic fiind, de a ajunge director de spital în ţara românească dupe formularul acestui ante-proect de regulament tip.

Este de prisos să intru în mai amplă considerare a celor 19 articole, în cari sunt cuprinse drepturile sau dacă vreţi penibilele datorii, cari vor trebui să le îndeplinească medicii directori de spitale; şi aştept regulamentul la întreaga lege de ocrotire şi sănătate publică, cu desigur miile lui de articole referitoare la toate cele 569 articole ale legei, asupra cărora fără îndoială cu aceiaşi părintească îngrijire autorii vor trebui să se aplece, ca să iau în mai de aproape cercetare întregul tot armonios.

Zic autorii, nu autorul, pentru-că la un regulament caşi la o lege sunt de fapt mai mulţi, inspiratori sau făuritori, dar numai unul,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

patronul, ia în spinare greaua sarcină purtând cu toate foloasele muncii altora şi toate ponoasele intenţiunilor lor ascunse.

Ceace denunţ pentru moment este nedelicateţea, — care merge până la ofensarea celuia care nu mai este în situaţie de a-şi apăra legea,— celor cari s-au substituit însuşi spiritului adevăratului legiuitorul, având în vedere că la întrunirea şefilor de servicii spitaliceşti şi de alte instituţiuni sanitare din Oltenia, care a avut loc anume convocată la Inspectoratul regional din Craiova în toamna anului trecut în prezenţa D-lui subsecretar de stat, Prof. I. Moldovanu, la întrebarea formulată de subsemnatul asupra sensului *al. II al art. 114*, autorul legei mi-a declarat că printr'o *greşală involuntară* „s'a omis a se adăoga cuvântul administrativ, aşa că directorul nu este socotit ca şeful erarhic al întregului personal ci numai a celui administrativ".

Or, D-l Ministru, care cu câteva momente mai înainte ne mărturisise deschis că „în cea ce priveşte numirea persoanei directorului de spital nu este ţinut să urmeze propunerii consiliului" aşa cum reeşea clar din textul *al. I al art. 114*, nu va avea niciun rost să se jeneze şi să nu ne comunice şi sensul ce urma a se acorda şi al. II al aceluiaşi articol.

Afară numai dacă nu ar fi fost surprinsă buna credinţă a D-lui Subsecretar de stat de către cei chemaţi să-l ajute şi cari ar fi comis omisiunea sus pomenită printr'o *greşală voluntară*, ipoteză pe care eu nu am omis-o ci admis-o când, cunoscându-mi ţărişoara, scriam profetic „ah! imprudenţa acestor omisiuni de care este cazul să te temi chiar când sunt involuntare".

Mai denunţ şi inconsequenţa care la facerea regulamentului n-a pus în concordanţă spiritul acestui aliniat al legei chiar astfel ciuntit (deşi întregit prin explicaţiile verbale ale autorului legei) cu sensul al. următor (al III-lea) care spune că „medicul director conduce spitalul din punct de vedere administrativ"; precum şi de a nu se mai pomeni în regulament despre existenţa consiliului medical, de care tratează al. IV din lege.

Iar, până la încetarea cu aceste ulterioare interpretări falşe, până la îndreptarea unor răstâlmăciri chiar dacă neintenţionate şi până la corectarea unor omisiuni să-i zicem tot involuntare, cele *câteva sute de specialişti, medici primari şefi de servicii, floarea corpului medical românesc* şi stâlpii pe cari se bazează exercitarea medicinei curative oficiale în ţara noastră *să-şi strângă rândurile şi să lupte*, pentru-că vor lupta nu numai *pentru apărarea drepturilor lor nesocotite şi a demnităţii lor personale jicnite*, dar mai ales *pentru prestigiul şi interesul moral şi material al instituţiunilor spitaliceşti*.

Şi în lupta desinteresată, ce vor duce contra unei atitudini de concepţie greşită, fie-care va avea şi satisfacţia de a-şi zice că nu s-a lăsat ademenit de perspectiva fericită deschisă şi lui de a se urca cândva pe un scaun directorial mai înalt.

DIN ANTE-PROECTUL DE REGULAMENT LA LEGEA SANITARĂ

Partea privitoare la spitale.

I. Dispoziţiuni generale.

Art. 47.—Conducătorii instituţiilor specificate mai sus este medicul primar director, sub ordinele căruia stă întreg personalul medical de toate gradele, personalul administrativ, sanitar, auxiliar, meseriaşii şi personalul de serviciu.

El este reprezentantul autorităţii sanitare în instituţiuni şi este singurul care corespondează în numele instituţiunii.

Art. 48.—Medicii pot exercita activitatea lor în orice fel de instituţiune medicală particulară, în calitate de medici curanţi sau consultanţi, însă nu pot fi posesori, acţionari sau membrii în direcţiunea unor astfel de institute.

Art. 49.—După terminarea vizitei matinale, medicii primari, la o anumită oră, se vor întruni în cabinetul directorului, raportând asupra activităţii lor, cum şi asupra oricăror chestiuni importante privind secţiunile respective.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 50.—Directorul poate permite ca medicii sau studenţii în medicină să lucreze în secţiunile spitalului, pentru complectarea studiilor. Numai directorul poate da autorizaţiune şi altor streini să viziteze instituţiunea, fiind călăuziţi întotdeauna de medicul de gardă.

Art. 51—Directorul va elabora un regulament privitor la vizitarea bolnavilor şi tot el va corresponda cu rudele bolnavilor în toate chestiunile cari privesc pe ospitalizaţi.

Art. 52.—Directorul are datoria să vegheze ca edificiul instituţiunii să servească numai scopului pentru care a fost destinat iar personalul de orice grad să nu îndeplinească vre-o altă funcţiune decât aceea în care a fost numit.

Oricine ar folosi un angajat al spitalului ca servitor sau pentru servicii particulare în mod obişnuit şi permanent, calcă această dispoziţiune regulamentară şi este pasibil de pedeapsa disciplinară prevăzută prin legea sanitară şi de ocrotire sau după cazuri, prin legea statutului funcţionarilor publici.

II. Atribuţiuni.

A. DIRECTORUL.

Art. 53.—Afară de atribuţiunile de mai sus, Directorul are în grija sa ordinea interioară în instituţia ce conduce; el aplică pedepsele disciplinare,

îngrijind tot odată ca fiecare salariat al instituţiunii să-şi îndeplinească conştiincios şi la timp atribuţiunile funcţiunii încredinţate.

Art. 54.—Se poate aplica personalului sanitar auxiliar, cum şi personalului administrativ până la sub-şef, mustrarea şi amenda cu pierderea salariului până la 15 zile.

Această pedeapsă o aplică şi personalului inferior de serviciu a cărui numire şi licenţiere motivată o face directorul.

In cazul aplicării pedepsei disciplinare de sub aliniatul 1 şi al eliminării din serviciu, se va raporta imediat serviciului ministerial local, iar pedeapsa de sub aliniatul II, se va raporta din 15 în 15 zile.

Art. 55.—Directorul conduce registrul special pentru actele personale ale funcţionarilor technici, superiori şi auxiliari, funcţionarilor administrativj, cum şi pentru corespondenţa confidenţială, având toate acestea arhivă separată.

Art. 56.—Afară de medicii primari, Directorul face propuneri pentru numirea sau avansarea personalului instituţiunii, având în vedere art. 28 din acest regulament, exceptând pe medicii primari. Aceste mişcări în personal se fac conform legii sanitare şi de ocrotire, a legii statutului funcţionarilor publici şi regulamentelor lor.

Art. 57.—Directorul primeşte în serviciu şi concediază infirmierele cl. II nebrevetate, cum şi personalul de serviciu.

Art. 58.—Directorul păstrează sub cheie dosarele prevăzute de art. 12 din regulamentul pentru statutul funcţionarilor publici, referitoare la actele medicilor cum şi ale funcţionarilor şi întregului personal spitalicesc numit cu deciziunea ministerială, urmând ca să se înainteze serviciului ministerial local cel mai târziu până la sfârşitul lunii Februarie al fiecărui an, foaia calificativă a medicilor funcţionarilor.

Art. 59.—Directorul veghează ca ospitalizaţii să fie trataţi cu toată grijea. Această grije trebue să fie una din principalele preocupaţiuni ale directoratului pentru întemeerea unei cât mai bune reputaţiuni a instituţiunii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 60.—Directorul controlează activitatea medicilor şi repartizează pe medicii secundari şi medicii auxiliari. Inspectează secţiunile cel puţin odată pe săptămână, atât în timpul consultaţiunilor, cât şi în afara orelor de serviciu şi reglementează serviciul de gardă.

Art. 61.—Se îngrijeşte ca serviciile să fie prevăzute cu instrumentele, aparatele şi pansamentele necesare, controlând tot odată şi rezerva medicamentelor de primă necesitate.

Art. 62.—Controlează ca registrele să fie ţinute la zi, iar foile de observaţiuni ale bolnavilor să fie completate cu constatările ultimei vizite.

Art. 63.—Ţinând seamă de caracterul şi evoluţia boalei, directorul poate face propuneri serviciului ministerial local pentru acordarea unui tratament spitalicesc suplimentar celor ospitalizaţi de 3 luni de zile.

Art. 64.—Se îngrijeşte ca dispoziţiunile referitoare la alienaţie şi contagioşi să se execute conform prevederilor legii în vigoare.

Art. 65.—Supraveghează să nu se facă nici o transformare, fie în interiorul, fie în exteriorul edificiilor. Pentru o atare lucrare cum şi pentru o reparaţiune generală, se va cere la timp potrivit, aprobarea autorităţii superioare.

Odată cu referatul se va înainta şi un deviz al serviciului de poduri şi şosele judeţean, întocmit conform prevederilor bugetare, indiferent dacă lucrările ar urma să se facă prin vre-o antrepriză sau în regie.

Reparaţiunile mai mici ale edificiilor pot fi aprobate de director, dar numai în cazuri când prevăzute şi au sume alocate în buget.

De asemenea directorul poate încuviinţa orice reparaţiune sau transformare urgentă, care nu îngădue o aşteptare până la sosirea aprobărei, având însă a referi imediat asupra lucrării întreprinsă pe care o va justifica ulterior.

Art. 66.—Directorul dă directive şi coordonează lucrările pentru întocmirea bugetului pe care îl va înainta fără întârziere, şi pe a sa răspundere, până la 31 Iulie al fiecărui an.

Art. 67.—In urma unei cereri în scris, directorul este autorizat să aprobe tuturor funcţionarilor instituţiunii o permisiune până la 8 zile, de două ori în cursul unui an, încunoştiinţând despre această aprobare serviciul ministerial local. El însuşi poate lipsi dela serviciu timp de trei zile, îngrijindu-se de înlocuitor, raportând despre aceasta.

Art. 68.—In caz de absentare datorită boalei sau unui concediu mai scurt. de 15 zile, directorul va fi înlocuit de medicul primar cel mai vechiu în grad, iar în cazul când ar urma să absenteze timp mai îndelungat dela serviciu, ministerul se va îngriji de numirea locţiitorului, conform propunerii.

In locuitorul se bucură de toate drepturile şi îşi asumă toate îndatoririle directorului.

Art. 69.—Atribuţiunile directorului, cu privire la administrarea bugetului, sunt specificate în partea economică-financiară a prezentului regulament.

Art. 79.—Medicul primar director se numeşte de ministru, dintre medicii primari definitivi. Când ar fi cazul să se numească unul din medicii primari dela aceiaş instituţiune, se va consulta şi consiliul medical al spitalului cerându-se şi avizul şefului serviciului ministerial local.

Art. 71.—Şeful imediat superior al medicilor primari este directorul instituţiunii, în a cărui subordine stau şi ale cărui dispoziţiuni, luate în interesul serviciului, aceştia sunt obligaţi să le aducă la îndeplinire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. MEDICUL PRIMAR.

Art. 72.—Medicul primar este şeful imediat superior al medicilor secundari şi personalului repartizat la secţia ce conduce.

Recrutarea medicilor primari se face conform art. 199, 203 din lege.

Art. 73.—Medicul primar are în sarcina sa întreaga răspundere a conducerii technice a secţiunii precum şi higiena secţiei respective, îngrijindu-se tot odată de alimentaţia şi confortul ospitalizărilor din secţiune.

Art. 74.—In calitate de conducător al secţiunii, va trata cu blândeţe şi toată bunăvoinţa pe bolnavi, cerând aceiaş conduită din partea personalului în subordine.

Art. 75.—Medicul primar ia în primire şi răspunde de întreg inventarul secţiunii, de a cărui întrebuinţare şi întreţinere este de asemenea responsabil.

Art. 76.—Medicul primar este dator să facă în fiecare zi, dimineaţa, vizita medicală a bolnavilor, asistat fiind de medicul secundar.

In caz când ar fi împiedicat de vreo împrejurare de a face această vizită obligatorie, va aduce la cunoştinţa directorului motivul, urmând ca în caz de nevoe, directorul să se îngrijească de înlocuitor.

Nici unul din medicii instituţiunii nu poate fi înlocuit printr'un medic particular.

Art. 77.—Prescripţiunile medicale constitue o atribuţiune specială medicului primar; totuş în cazuri dubioase se va consulta cu directorul, putând apela şi la ceilalţi medici primari.

Art. 78.—In timpul vizitei de dimineaţă, medicul primar va examina pe fiecare bolnav în parte; va face diagnosticul, va prescrie tratamentul cuvenit, va ordona regimul alimentar al bolnavului pentru ziua următoare, notându-l în auzul tuturor imediat pe foaia de alimentaţie. In caz de regim special, se va nota şi numărul pătului. Tot aşa se va îngriji, ca observaţiunile cu privire la mersul boalei şi la tratamentul ordonat, să fie în fiecare zi înscris în foile de observaţiuni.

Art. 79.—După terminarea vizitei va semna reţetele de medicamentele ordonate şi foaia de alimentaţie, notând şi în litere totalul diferitelor alimente prescrise.

Art. 80.—Medicul primar ajutat de medicul secundar va face lucrările cerute, ca rapoarte, tabele statistice, etc., semnând tabelele celor eşiţi şi controlând ca acele tabele să nu iasă fără diagnoză.

De asemenea va complecta certificatele de naştere şi moarte ivite în secţiune şi le va trimite directorului spre semnare.

Art. 81.—Medicul primar este dator să participe la consfătuirile convocate de director.

Art. 82.—Medicul primar supraveghează şi îndrumează modul de comportare faţă de bolnavi a întregului personal repartizat la secţiune, aplanând tot odată unele mici abateri, iar cazurile mai grave le va deferi directorului.

Art. 83.—Medicul primar la invitarea directorului este obligat să participe şi să ajute la operaţiuni mai importante, iar în cazuri mai grave, ivite în propria-i secţie, va invita la consultaţie pe director, pe ceilalţi medici primari şi chiar pe medicii secundari, pentru o colaborare cât mai strânsă şi colegială în folosul obştesc.

Art. 84.—Va supraveghia din când în când contravizita de după amiază a medicului secundar şi, dacă starea vre-unui bolnav o reclamă, îl va vizita de mai multe ori pe zi. In cazuri foarte urgente, va veni fără întârziere la orice oră din zi sau noapte, atât la secţiunea ce conduce cât şi la celelalte secţiuni, dacă va fi chemat.

Art. 85.—Medicul primar va ţine evidenţa celor rămaşi în îngrijirea spitalicească mai mult de trei luni, urmând să aducă acest fapt la cunoştinţa directorului cu două săptămâni înainte de a expira termenul. In caz contrar, este răspunzător de cheltuelile cauzate.

Art. 86.—Cazurile medico-legale, care reclamă o cercetare poliţienească sau judecătorească ,precum şi boalele contagioase cari s'ar ivi, se vor aduce la cunoştinţa directorului chiar în momentul constatării.

Art. 87.—In cazul când directorul ar fi şi medicul primar al unei secţiuni, se va conforma prezentelor dispoziţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B.—PUBLICAŢIUNI MEDICALE

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 5—6, 7—8 1930

Prof. Dr. C. I. PARHON şi Dr. G. WERNER: *Cercetări asupra fosfatemiei şi seropotasemiei la animalele etiroidate* (No. 5-6).

Autorii au studiat fosforul sanguin total şi potasiul seric la animale etiroidate.

Au găsit o medie de 0,245 % pentru fosforul animalelor etiroidate şi de 0,300 % la martori.

In ceace priveşte potasiul seric nu s'a găsit decât o diferenţă medie neglijabilă 0,254 % la martori şi 0,251 % la operaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii DEM. PAULIAN şi V. BISTRICEANU: *D'Arsonvalizarea diatermică în tratamentul sindromului solar.* Din observaţiunile autorilor rezultă că diatermia asociată cu diverşi agenţi medicamentuoşi în deosebi *geneserina* constituesc un excelent mijloc terapeutic în tratamentul sindromului solar.

Dr. L. VAIAN: *Centenarul Doctorului Davila* (No. 7—8).

Dr. SILVIU CONN: *Osteoartrita sifilitică a genunchiului* (cu evoluţie de 10 ani).

Autorul expune cazul unei artrite unilaterale a genunchiului care cu toată analisa Wassermann negativă prezintă simptome de sifilis — şi printre care cele cari dau cazului o deosebită importanţă, polinucleosa remarcabilă a lichidului articular şi unilateralitatea lesiunei.

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 8, 9, 10—11 1930

Dr. DEM. PAULIAN: *Tumori cerebrale şi fontocerebeloase cu evoluţie lentă, cu simptomatologie variată.* No. 8—1930).

Dr. IOAN BARCA: *Consideraţiuni asupra salpingovaritelor scarlatinoase în legătură cu un caz clinic.*

Publică observaţia unei bolnave virgine la care o anexită apare

în timpul unei scarlatine şi care anexită cedează cu seroterapie antiscarlatinoasă. Un argument în plus la etiologia scarlatinoasă a anexitei este faptul că afecţiunea concide cu perioada menstruală. Insistă asupra eficacităţii serului antiscarlatinos Dr. Canatacuzino.

Dr. ODOBLEJA: *Tabel sinoptic de durata boalelor infecţioase.*

Dr. BISTRICEANU: *Lumina în terapeutică* (urmare).

Dr. DEM. PAULIAN: *Turburări funcţionale în cursul spinei bifide* (No. 9—1930). Autorul publică două cazuri cari demonstrează că de foarte multe ori spina bifida poate determina o simptomologie atât de variată încât numai radiografia poate indica diagnosticul ca tratament recomandă: radiografia locală, diatermia locală şi ionisările cu calciu. In caz de insucces indică operaţia: laminectomie locală cu deridarea aderenţelor.

Dr. GH. ANGELESCU: *Un caz de ozena tratat cu acetylcholină.* Observaţia unui bolnav de ozenă la care s'au făcut badijonări în nas cu acetylcholină 5% cu lavaj la soluţie de acid-lactic 1 %. Rezultate mulţumitoare.

Dr. D. ZAMFIR: *Note de practică terapeutică curentă.*

Dr. DEM. PAULIAN: *Tumoră cerebrală simulând clinic poliomielita.*

Observaţia clinică a unui copil de 2 1/2 ani la care debutul şi evoluţia maladiei au impus diagnosticul de poliomielită şi la care necropsia a arătat focare multiple tuberculoase în creer şi cerebel.

Dr. ST. ODOBLEJA: *Valoarea comparativă a sunetelor de plescăit şi frecare.*

* * *

NOUA REVISTA MEDICALĂ

No. 5 1930

Număr festiv consacrat sărbătorirei centenarului naşterii D-rului C. Davilla.

Dr. I. WESTFRIED: *Centenarul lui Carol Davila.*

Dr. SEVEREANU: *Cum a început învăţământul medical în România.*

Dr. C. Z. PETRESCO: *Carol Davila şi influenţa franceză asupra medicinei române.*

Dr. G. STOICESCU: *Influenţa şcoalei franceze asupra începuturilor şi desvoltării medicinei în România.*

No. 6 Septembrie-Octombrie 1930

Dr. JEAN HEITZ: *Despre modul de evoluţie al arteritelor atheromatoase stenosante ale membrelor inferioare.* Articol de revistă generală.

Prof. FORGUE: *Jarnalul medical şi jurnalismul medical contimporan.*

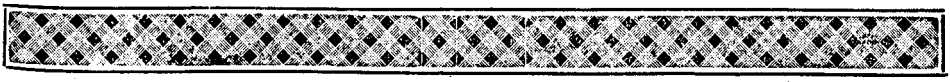
* * *

OPTALIDON „SANDOZ“

APAISE LA DOULEUR

SANS STUPÉFIER

BCU Cluj / Central University Library Cluj



FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES, CI-DEVANT SANDOZ. BÂLE-SUISSE

Dépositaire à Bucarest: Drogueria D. NESTOR, Str. Şepcari 6

SPITALUL

No. 9, 10, 11 şi 12 | 1930

Dr. DEM. PAULIAN şi Dr. I. BISTRICEANU: *Sindrom antemural prin hemoragie cerebrală* (No. 9 Sept. 1930).

Din expunerea cazului se constată un sindrom hemiplegic stâng, fără contracturi, interesând în deosebi membrul superior corespunzător care a debutat cu 3 luni înainte prin ictus hemoragic fără pierderea cunoştiinţei. Lipseşte semnul lui Babinski şi orice turburări de sensibilitate obiectivă. Autopsia decelează un extravasat sanguin antemural.

Dr. I. PITICARIU: *Glicemia şi variaţiunile concentraţiei glicemice.* Articol de ansamblu.

Dr. GH. NICULESCU, N. BANU, TH. ATHANASIU: *Periostită sifilitică cu localizări multiple.*

Autorii expun cazul care e interesant prin apariţia simultană la mai multe articulaţii a lesiunilor periostice, unele cu localizări neobişnuite sifilisului, evoluţia rapidă, confundarea la început cu un reumatism poliarticular şi succesul complect al terapeuticei antisifilitice.

D-rii GR. LAZARESCU şi V. PLATAREANU: *Consideraţiuni asupr plăgilor prin armă de foc ale gâtului.*

După expunerea cazului şi consideraţiuni asupra plăgilor prin armă de foc ale gâtului, autorii conchid asupra condiţiunilor succesului operator care se bazează pe următoarele:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Radiografiere recentă şi de precisie.
2. Stabilirea topografică a sediului proectilului.
3. Incizii largi şi bine adaptate scopului.
4. Urmarea drumului cel mai liber de formaţiuni anatomice inportante.

Dr. I. SIMIONESCU: *Fractură spontană revelatoare de un osteosarcom.* Un interesant caz clinic al unei fracturi femurale ce relevează un osteosarcom în acel loc precum două tumorete—una frontală şi alta occipitală de aceaşi natură osteosarcomotoasă.

DIrii STOIA şi C. ADAMEŞTEANU: *Splenectomie într'un caz de icter hemolitic congenital.*

După o scurtă privire asupra icterului hemolitic, autorii fac expunerea cazului clinic care duce la conclusia unui icter hemolitic congenital. Splemectomia practicată de D-l Prof. Juvara după două luni reexaminat, fragilitatea grobulară este revenită la normál.

D-rii E. GRAUR şi M. ALEXANDROV: *Lobul venei azygos (studiu radiologic).* Autorii studiază pe 11 cazuri anomalia lobulei venei azygos şi-i descriu caracterele anatomice şi roentgenologice.

Prof. C. BACALOGLU şi Dr. GH. TUDORANU: *Asupra tratamentului anemiei pernicioase cu metoda Whipple.* Studiu bazat pe două cazuri în cari metoda lui Whipple a dat rezultate admirabile. La o femee globulele roşii cresc dela 1.200.000—în 12

luni la 4.300.000; iar la o fată de 17 ani dela 100.000 până la 4.700.000. Autorii cred că administrarea ficatului trebue asociată şi cu injecţii de insulină sau alte extracte endocrine.

D-rii GR. GEORGESCU şi A. SUCHAR: *Un caz de guşă endotoracică cu fenomene grave de asfixie.*

Se descrie acest caz care a fost operat prin anestesie regională paravertebrală şi pe cale sub-sternală, cu tot volumul excesiv al tumorei, cu bune rezultate imediate şi tardive.

D-rii W. WIGNAL şi C. DANULESCU: *Importanţa chronaxiei din punctul de vedere fiziologic şi patologic.*

Dr. T. CURELEANU: *Contribuţiuni la studiul capacităţii circulatorii a membrelor inferioare în cazuri de gangrene uscate (indicaţiuni operatorii).* Autorul a studiat diferitele probe ale capacităţii circulatorii a membrelor inferioare în cazuri de gangrenă uscată şi conchide că toate probele la un loc pot da indicaţii utile.

Indică şi un procedeu personal care ar fi o perfecţionare apreciabilă a procedeului Mosckovicz.

Dr. I. SIMIONESCU: *Două cazuri de tetanos vindecate.*

Dr. AL. BADESCU: *Reducerea fracturilor sub ecranul radioscopic.* Metoda cea mai eficace. Dă indiciile cele mai precise şi permite supravegherea cea mai atentă. Aparatul trebue să proteje atât pe medic cât şi pe pacient de pericolul razelor.

Prof. C. ANGELESCU, D-rii GR. GEORGESCU şi G. BUZOIANU: *Tiphusul exantematic ca factor etiologic în unele arterite cronice obliterante* (No. 11, Noembrie 1930).

Digitized by Central University Library Cluj

Autorii publică cinci cazuri de gangrenă prin arterită obliterantă, în antecedentele cărora bănuesc tifosul. Şi pe care-l bănuesc agent cauzal în anumite arterite obliterante.

Dr. POENARU-CAPLESCU: *Importanţa durerii în clinică.*

Autorul constată — cercetând un mare număr de bolnavi, că sunt persoane cari pot prezenta o maladie fără să prezinte şi durerile respective. Astfel constată bolnavi cu apendicite grave la cari nu prezentau dureri în regiunea apendiculară. *La aceştia reflexul faringean este abolit.* Concluzia este că în prezenţa celorlalte simptome, absenţa durerii nu trebue să devieze diagnosticul.

Dr. I. JIANU: *Contribuţiuni la chirurgia sistemului nervos simpatic.*

D-ri DEM. PAULIAN şi I. BISTRICEANU: *Acţiunea malarioterapiei asupra leziunilor cerebrale în paralisia infantilă.*

In afară de modificări interesând vasele, celulele nervoase, ţesutul nevroglic, autorii găsesc modificări importante ale treponemelor. Acestea apar în forme atipice degenerate, scurte, inele, pseudo-inele şi chiar fragmentată.

Dr. PAULIAN şi Dr. C. ARICESCU: *Sindrom neuro-anemic urmat de arahnoidită spinală adesivă.*

După expunerea cazului unei arahnoidite spinale adesive survenită în cursul unei simtom neuro-anemic, discută bazaţi pe literatura actuală relaţia între aceste două manifestări clinice.

Dr. M. CÂMPEANU: *Vagabonzii şi cerşetorii din punct de vedere medical.*

Dr. E. STERIAN: *Despre tratamentul gonoreii cu serul polimicrobian „Sterian" (Consideraţiuni de doctrină şi technică).*

Puroiul gonococic recoltat direct din uretra infectată este injectată la cai succesiv. O lună după ultima inoculare se ia sânge şi se scoate serul după technica obişnuită. Statistica lui Le Fur la al 22-lea Congres de urologie din Oct. 1922 dă un procent de 92% vindecări (artrite, orchite, anexite, conjuctivite).

D-ri V. DIMITRIU şi I. STOIA: *Injecţiile intrarachidiene de glucoză în Cefalee.*

Autorii injectează intrarachidian o soluţie 12,5% de glucoză pură pentru a combate cefalea. Au obţinut rezultate bune — dispariţia cefaleelor rebele după 1-2 injecţiuni şi la 6-24 ore dela puncţia rachidiană.

Dr. D. I. VASILIU: *Reflex vestibulo-capilar.*

D-ri LĂZARESCU şi V. PLĂTĂREANU: *Consideraţiuni asupra tratamentului afecţiunilor ginecologice şi chirurgicale cu vaccinul Delbet.*

Lucrarea reprezintă concluziile a 120 de observaţiuni, riguros cercetate şi clasate. Terapeutica prin vaccinul Delbet este după aceşti autori foarte eficace şi nu prezintă nici un inconvenient.

Dr. T. DUMITRESCU şi ST. CHISER: *Contribuţiuni la studiul mecanismului bradicardiei în febra tifoidă.*

Colecţia Centrală a Universităţii Din Cluj

Teoriile neprecise cari căutau să explice bradicardia tifică au făcut pe autori să cerceteze chestiunea. Au constatat că sistemul neuro-vegetativ diferă modificare funcţionale importanta în febra tifoidă. Pentru explicarea bradicardiei, cred că se poate admite ipoteza lipsei unui hormon — din ficatul atins de febră tifoidă — care ar avea o acţiune tonică asupra simpaticului. De aci hypotonia simpaticului la care s'ar mai adăuga şi acţiunea sărurilor biliare.

Dr. S. ŢOVARU: *Notă asupra unor noui orientări în terapeutica patogenică a litiazei biliare.*

Prima notă a unor păreri personale — Origina hypercholesterimiei, fiind după autor, în hyperfuncţiunea supra renală (corticală) preconizează sau supresiunea funcţională a glandei prin iradieri unilaterale sau ablatia anatomică prin suprarenalectomie.

Dr. C. DĂNIŢĂ: *Studiu clinic asupra „coleţului"* (Tetanie gastro-intestinală).

Prof. I. IACOBOVICI: *Consideraţiuni asupra una mie operaţiuni făcute pe stomac şi duoden..*

Din operarea a 711 ulcere gastro-duodenale, a 180 epitelioame gastrice şi a 76 ulcere perforate, autorul scoate concluzia bunelor rezultate ale chirurgiei gastro duodenale.

Prof. C. BACALOGLU şi Dr. GH. TUDORAN: *Asupra tratamentului cu ser leucolitic în leucemia mielogenă cronică.*

Autorii publică interesanta observaţie a unei leucemii la care injecţiile de ser leucolitic au dat rezultate favorabile coborând numărul globulelor albe dela 400.000 la 64.000 şi producând modificări favorabile asupra formulei leucocitare.

Dr. PLACINŢEANU: *Trebue sau nu să resecăm ansa intestinului strangulat, gangrenată, imediat sau să temporizăm?*

După o scurtă expunere a literaturii chestiunei autonome arată că decizia chirurgului trebue să ţină seamă de întinderea gangrenei şi de starea generală a pacientului.

Dr. ST. ODOBLEJA: *Transsonanţa sunetului de frecare.*

D-ri A. KREINDLER şi D. GRIGORESCU: *Contribuţiuni la studiul sindromelor infundibulo-tuberiene.*

Dr. I. BORDEIANU: *Un an de muncă intr'un spital mixt.*

* * *

VIAŢA MEDICALĂ

(Temişoara)

No. 9 Sept. 1930

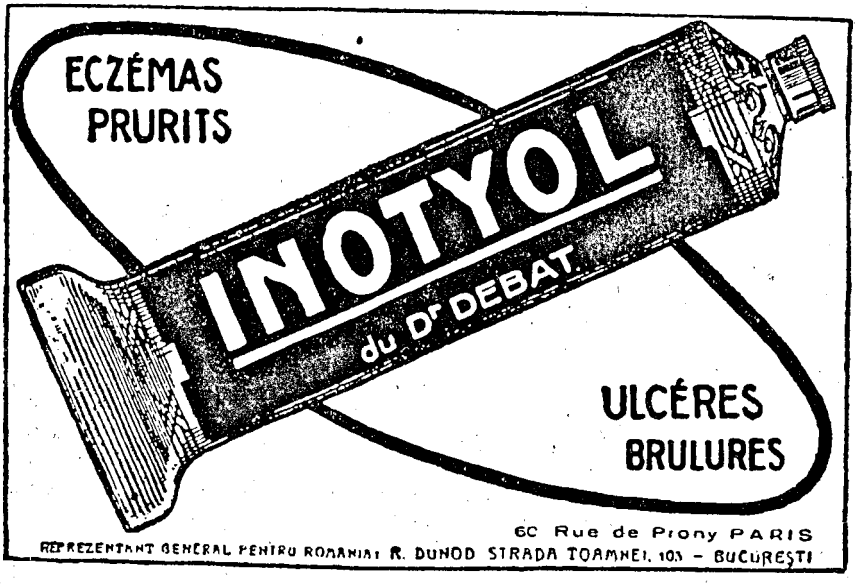
Dr. TRAIAN LEUCUŢIA: *Urografia pe cale intravenoasă.*

Un articol de revistă generală din care rezultă că urografia cu uroselectan pe cale intravenoasă este o metodă uşor suportată de bolnav şi cu rezultate radiologie excelente.

Dr. VINTILA ION: *„Pyridium" în tratamentul cistitelor şi pielonefritelor.*

Dr. POPOLIŢA: *Rezultatele obţinute cu „Tonicum Roche" în practica de spital şi cea particulară.*

Profesor GH. ATANASIU: *Demutizarea surdo-muţilor.*



C. — MONOGRAFII

Dr. S. IRIMESCU: Tratamentul tuberculozei. (Broşură de 14 pag., tip. în Atelierele „Adevărul", Bucureşti, 1930).

In câte-va pagini, extras al unui articol publicat în „Viaţa românească" No. 11—12/1930, autorul strânge la o laltă şi le expune pe înţelesul tuturor toate datele recente şi pe cele mai vechi stabilite definitiv cu privire la tratamentul tuberculozei pulmonare.

Fără expunere de teorii şi fără prezentare a discuţiilor sus citate, dar bazându-se numai pe rezultatele date de practică şi consfinţite de timp, D-rul Irimescu face în mic în această broşurică pentru tratament ceea ce a făcut în mare D-rul Rist pentru noţiunile generale privitoare la tuberculoză în cartea sa „La tuberculose" din colecţia A. Colin, Paris, adică expune numai cea ce trebue ştiut şi de reţinut.

De acea articolul scos în broşura aceasta se citeşte cu deosebit interes chiar de un medic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. S. IRIMESCU: Criza de energie şi criza de autoritate. Sănătatea publică în cadrul împrejurărilor economice şi sociale de azi. Un partid al sănătăţii publice. (2 broşuri de câte 11 şi 15 pag., tip. în Institutul de arte grafice „Eminescu", Bucureşti, 1931, extrase ale artic. respective publicate în „România Medicală" din 1 şi 15 Febr. 1931).

In aceste 2 articole autorul de adâncă cultură generală şi de mare energie îndreptată numai şi numai în direcţia apărării sănătăţii publice de flagelul tuberculosei, autor care este D-rul S. Irimescu, face *procesul politicei noastre sanitare greşite, care trebue să conducă la înfiinţarea unui partid al sănătăţii publice.*

Motivul, pe care se ţese toată strânsa D-sale argumentare şi justifică propunerile relative la creiarea unui partid al sănătăţii publice, este dat de enunţarea (mai degrabă decât de constatarea) făcută de marele Napoleon, anume că *„destinul este politica"*, adică destinul nu ne este impus de o tristă fatalitate, ci este cum şi-l vrea omul care, ca să-l facă cum vrea, trebue să ştie să acţioneze.

„Rolul politicei în organizările omeneşti" este deci necesar, dar *„politica a fost deformată prin politicianism"*, adică prin jocul celor cari fac politică; aceşti politiciani împedecă *„liberul joc al desvoltării aptitudinelor"* şi ei, cari sunt *„persoane dar nu personalităţi"* prin încurajarea *„cultului incompetenţei"* au ajuns să *„determine o criză*

de autoritate", iar prin faptul că au împedecat să se ridice cei cu autoritate, au condus şi la ivirea „*unei crize de energie*" la cei cari îşi simt chemarea şi au posibilităţile sufleteşti şi morale să acţioneze, dar se văd veşnic împedecaţi de aceşti acaparatori profitori, cari poartă nume diferite dupe titulatura partidului românesc din care fac parte.

De acea autorul în faţa „*gravelor împrejurări economice şi sociale de azi*" îndeamnă pe medicii trupului şi sufletului să devină şi doctori sociali şi să constitue un partid al sănătăţii publice, în felul celuia înfiinţat mai de mult în Franţa.

Menirea acestui partid ar fi restrânsă la rolul „*de a pune în discuţie în faţa cetăţenilor, când li se solicită votul la alegeri, chestiunile de sănătate publică şi de medicină socială*"; pentru aceasta autorul propune mai departe ca „*fie-care medic să ia iniţiativa înfiinţării acestei grupări în centrul lui de acţiune. Din fuziunea diferitelor grupări ar lua naştere partidul social al sănătăţii publice. Ei nu aspiră să fie numai decât un partid de sine stătător cu rolul de conducere în Stat ca să-şi distribue onoruri şi favoruri, ci ar susţine pe toţi cei ce indiferent de eticheta de partid politic constituit căruia aparţin, şi-ar lua obligaţia să apere în parlament, în consiliile judeţene sau comunale, justele lui revendicări. Având în primul rând un rol de animator, partidul acesta ar putea prin acţiunea lui să obţină, ca realizările şi aplicarea măsurilor de medicină socială şi de asistenţă publică, să nu rămână mai departe, ca până acum, simple şi platonice deziderate şi cea din urmă şi cea mai neglijată preocupare a conducătorilor. El ar cere stăruitor să se dea atenţia, care i se cuvine, îndreptării atâtor rele fizice care atrag după ele şi atâtea neajunsuri morale*".

Căci atât de grele sunt împrejurările şi atât de complexe problemele puse azi pretutindeni în discuţie încât se cere imperios mai ales la noi ca „*homo sapiens*", adică tot românul cu minte, să ese din rezervă şi să devină „*homo faber*" adică făuritor de lucruri de folos, pentru-ca să poată ţine pasul „*utilitarismului şi pragmatismului concepţiunilor de viaţă actuală*" sub care se prezintă aspectul progresului din zilele noastre.

Imbinarea vieţei materiale şi spirituale în tipuri de o umanitate superioară" — cum o dorea în supra-omul său filosoful german — tipuri, cari să dea directive, fiind greu de întâlnit, este de urgentă necesitate ca toate societăţile umane să pună înainte „*problemele morale în politică*" iar „*oamenii ca să poată rezista şi ca să lupte cu succes în contra împrejurărilor potrivnice trebue înainte de toate să aibă păstrată sănătatea fizică, de pe urma căreia ar rezulta un echilibru moral suficient*".

Ori singur medicul poate asigura realizarea unui trup sănătos.

„*Azi când criza economică este la paroxism, iar buimăcite societăţile omeneşti, cari caşi indivizii îşi au boalele lor, se simt alunecând către dezastre; alături de doctorii corpului social, cari nereuşind să cunoască bine şi la timp cauzele acestor boale n-au putut nici interveni la timp cu o terapeutică adequată*" autorul crede

că „medicii ar putea aduce contribuţii utile şi în această privinţă, pe temeiul cunoaşterei trupului şi sufletului omenesc, care îi face să reflecteze şi asupra condiţiilor mediului înconjurător determinante în formarea indivizilor ca factori sociali. Ei ar putea concura cu succes — când criteriile asupra lor ar fi drepte şi obiective — pe unii cel puţin din conducătorii improvizaţi pe care mulţimile şi-i dau şi a căror pregătire e cu totul neîndestulătoare pentru rolul pe care şi-l asumă.

In politica viitorului, medicii sfătuitori de igienă şi păzitori de sănătate vor avea un rol destul de mare. Când omenirea va fi mai conştientă de realele sale interese, în loc de a se agita frenetic şi dezordonat, va căuta să-şi echilibreze activitatea în mod armonios. In acest scop, va recurge şi la medici, care vor interveni nu numai pentru cazuri de boale ale indivizilor dar şi pentru rele şi neajunsuri colective. S'ar putea face anticipări asupra politicei de mâine şi medicii să fie chemaţi, chiar de pe acum, la un rol mai de seamă în gospodăria publică".

Şi tocmai pentru obţinerea acestei minţi sănătoase, capabile de a eşi din sfera unui câmp de observaţie restrâns, este mai ales nevoe de concursul medicului care i-a realizat un trup sănătos.

Articolul se termină cu consideraţiuni asupra *„Rolului medicilor pentru problemele de igienă publică"* rol asupra căruia este inutil a insista, atât de insolubil sunt legate soluţiile acestor probleme de cunoştinţele medicale.

Ultimul capitol *„Programul de activitate al grupărilor pentru apărarea sănătăţii"* prea puţin schiţat are nevoe a fi desvoltat şi complectat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acestea sunt ideile expuse de autor cu privire la necesitatea creiării unui partid al sănătăţii publice în împrejurările grele de ordin economic şi moral de azi la noi.

Cuprinse în ghilimele, enunţate sau parafrazate aceste idei au nevoe a fi adâncite; dar mai întâi ele trebuesc dispersate în masa mare a corpului medical şi pe urmă, condiţie capitală şi mai greu de îndeplinit, trebueşte găsită formula de a fi făcute realizabile.

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. MIHAIL KERNBACH: Colegiul Medical. (Tip. „Transilvaniei", Cluj, 1931).

O monografie de 64 pag. bazată pe o amplă documentare a chestiunei tratate, după cum atestă şi bogata bibliografie citată, şi mai ales pe o aprofundată cunoaştere a împrejurărilor dela noi cari au condus la înfiinţarea prin noua lege sanitară a Colegiului Medical.

Sarcina a fost uşurată autorului prin situaţia sa de medic legist (al jud. Cluj) şi pentru că cu problemele de deontologie şi legislaţie profesională s-a ocupat în special.

Aceste consideraţiuni dau o şi mai mare autoritate părerilor exprimate de autor, un distins colaborator al revistei noastre.

Materia tratată coprinde:

I) **Definiţia şi concepţia medicinei moderne:** „Medicina este azi într'adevăr ştiinţa omului, este o antropologie complectă" care ia pe om în primire dela naştere şi'l conduce până la moarte; de aci rolul însemnat al medicinei şi datoria obligatorie faţă de societate a medicului.

II) **Etica socială şi Etica profesională:** Dacă însă-şi existenţa societăţii se bazează pe moralitate (o spune autorul în Motto redat dupe Nordau), atunci cu atât mai exigibilă va fi îndeplinirea unor anumite regule morale şi dela medicul, care are drepturi atât de întinse faţă de individ şi a cărui unică responsabilitate faţă de societatea cu drepturile ei i-a asigurat-o până acuma propria sa conştiinţă despre „probitatea profesională, onestitatea ştiinţifică şi imparţialitatea sa de medic".

III) **Datorii, greşeli şi sancţiuni în practica medicală.**

Medicul are datorii de îndeplinit faţă de sine, faţă de ceilalţi confraţi, faţă de bolnav, faţă de societate, faţă de legea sanitară (de ale cărei art. dela 248—274, cari se ocupă cu disciplina personalului technic, trebue să ţină seamă când este funcţionar; iar când este liber profesionist, trebue să se conformeze art. respective dela 165—178, cari prevăd funcţionarea Colegiului medical), faţă de Asoc. G-rală a Medicilor din România (care chiar fără putinţa unor sancţiuni eficace în caz de abateri are atâtea puncte lăudabile de realizat în programul propus încât medicii sunt datori să li se conformeze — precum însă-şi Asociaţia trebue să salute cu satisfacţie iar nu să boicoteze noua lege sanitară în părţile referitoare la înfiinţarea colegiului medical, colegiu care fiind învestit cu caracter obligator legal va putea mai de grabă să se facă ascultat decât o Asociaţie benevolă şi fără putinţa de a da sancţiuni eficace), faţă de justiţie (de care cu impunitatea lui de până acum nu atârna decât pentru greşeli de drept comun, dar de aci înainte va trebui să depindă prin judecarea de către organe ad-hoc creiate cu membri recrutaţi dintre colegii lui şi pentru greşeli de ordin strict ştiinţific sau deontologic profesional).

Acest document este un produs al Bibliotecii Academiei Române

IV) **Colegiul medical** (aci se discută cu detalii de drept nu numai de fapt conţinutul artic. 165—178, datorite D-lui Prof. Iacobovici, cari asigură creiarea Colegiului medical: condiţiile de imoralitate a practicei medicale, instanţele de judecată, procedarea de urmat, pedepsele de dat de către acest tribunal competent profesional, etc.; se mai dau extrem de preţioase indicaţiuni asupra alcătuirei în viitor a regulamentului, care va trebui să explice detaliat punerea în aplicare a fie-cărui articol de lege şi să specifice clar abaterile medicului faţă de el însu-şi, regulele deontologice de observat între confraţi, abaterile medicale faţă de bolnav, etc.), colegiu care, pretinde autorul, dupe intenţiunile legiuitorului caşi dupe nevoile de azi trebue constituit exclusiv din medici liber-profesionişti (deci medicii funcţionari să nu participe în comisiunile de disciplină), să aibă deplină competinţă în toate chestiunile ca să nu mai aibă nevoe a recurge la experţi (şi pentru aceasta un chirurg, un dentist şi un mamoş să nu lipsească), să nu reprezinte un coeficient numeric în funcţie de numărul medicilor dintr'un judeţ (ci să rămână un singur complect chiar dacă pricinile de sancţionat i-ar da mult de lucru), şi să fie recrutat dintre persoane de integritate morală şi profesională mai presus de orice bănuială (desiderat mai greu de urmat).

După ce la pag. 60 se specifică acţiunea binefăcătoare a colegiului medical, care se resfrânge în sfere multiple, studiul acesta de necontestată com-

petinţă în materie se termină cu constatarea că „colegiile vor fi organele de profilaxie ale răului medical moral".

Intreaga materie tratată prin bogata erudiţie, înălţimea de concepţie şi originalitatea ideilor trădează pe cunoscătorul aprofundat iar nu pe amatorul ocazional; prin urmare critica unui atare studiu, ca un omagiu meritat, trebue făcută tot de un calificat şi noi nu ne recunoaştem această calitate.

Pentru moment ţinem numai să rectificăm afirmarea făcută în prefaţă şi anume că „în presa noastră medicală s-a scris numai contra Colegiului medical": căci în „Mişcarea Medicală" No. 10/930, pag. 305 şi 306, scriam încă din luna Octombrie trecut: „Consiliul medical a cărui unică preocupare dacă n-ar fi decât stârpirea practicei clandestine şi el încă ar bine merita dela ridicarea corpului nostru medical" şi mai departe „ar fi păcat ca aceste consilii eşite din elecţie de breaslă cum se tinde în viitor pentru toate breslele şi al căror unici reprezentanţi vor constitui parlamentul de mâine al ţări lor — să nu poată fi puse în situaţia de a da tot binele care se poate aştepta dela ele".

Şi mai ţinem să menţionăm că anumite consideraţiuni de fapt asupra dublărei mai totdeauna a liber-profesionistului de către funcţionar (la stat sau la una din marile noastre instituţiuni de stat), ne-au adus să ne formăm o părere alta decât a D-lui Dr. Kernbach asupra calităţii membrilor chemaţi să formeze consiliile medicale; dar asupra acestei păreri formulate în artic. nostru mai sus citat vom reveni cu altă ocazie aplaudând totuşi pentru moment la felul cum înţelege autorul să se asigure o cât mai întinsă competinţă acestui consiliu prin alegerea în sânul lui a unui chirurg, dentist şi mamoş.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. M. C.

Colonel Dr. GH. PARVULESCU: Orchi-epididimitele tuberculoase. (Tip. „Opinia", Iaşi, 1930).

In acest studiu critic şi terapeutic complect, care ţine seamă de ultimele date ştiinţifice cu privire la tuberculoza, boală generală a organismului şi afecţiune locală, autorul care este şeful serv. chirurgical al corp. 4 armată dela Iaşi şi asistent universitar, se bazează pe mai bine de 80 cazuri internate, dintre cari 40 operate (şi obs. acestora este redată pentru fiecare caz în parte).

Concluziile, la cari ajunge, sunt:

1) Tuberculoza genitală este o afecţiune extrem de frequentă; ea deţine peste 10% din totalitatea tuberculozelor chirurgicale şi ia prin aceasta caracterul unei adevărate boli sociale şi naţionale, deoarece fiind cea mai frequentă la tineri, loveşte atât în capacitatea de muncă cât şi în aceia de perpetuare a rasei, pe cei mai apţi membrii ai societăţii.

2) Localizarea este aparent mai frequentă la epididim; de fapt însă, întreg aparatul genital e în cele mai multe cazuri infectat; la epididim şi testicol, organe de structură mai fină, maturaţiunea leziunilor se face mai repede.

3) Traumatismul şi blenoragia au frequent un rol etiologic important, dar nu atât cât li se atribuie.

4) Infecţiunea se transmite la aparatul genital cu cea mai mare frequenţă pe cale hematogenă şi poate pe cale canaliculară, uneori, în interiorul arborelui genital.

5) Diagnosticul trebue să fie foarte prudent, deoarece intervenţiunea chirurgicală aduce o mutilare ireparabilă, în cele mai multe cazuri.

6) Tratamentul trebuie să ţină seamă de aceşti factori importanţi: a) gravitatea leziunilor locale; b) vârsta; c) situaţia socială şi materială a bolnavului; şi d) starea sa generală şi coexistenţa unor leziuni ale altor organe.

7) Tratamentul medical (conservator) dă rezultate frumoase dar nu e posibil decât la oameni cu o bună stare materială; la bătrâni se va prefera în orice caz tratamentul chirurgical.

8) Tratamentul chirurgical va fi aplicat cu cea mai mare prudenţă la tineri; el are avantajul de a simplifica tratamentul medical şi a-l face mai accesibil pentru marea mulţime.

Colaborarea medico-chirurgicală în sanatorii marine special utilate, constitue tratamentul de viitor al acestei afecţiuni. Crearea şi organizarea unor sanatorii de acest gen este o necesitate şi o obligaţiune acută, socială şi naţională.

9) Metoda chirurgicală de preferat ,este pentru noi semicastraţiunea, grevată de o mortalitate tardivă mai mică, şi un număr de recidive de partea opusă mai mic, precum şi de o mai bună influenţare a leziunilor prostato-seminale.

10) Oricare ar fi tratamentul local aplicat, el trebue să fie asociat cu cea mai bună întreţinere a stării generale a bolnavilor.

Dr. M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INSTITUTUL DE SERURI ŞI VACCINURI DR. I. CANTACUZINO: Instrucţiuni pentru întreb. Serurilor şi Vaccinurilor. (Ediţia 1930, Inst. Cantacuzino, Bucureşti).

Această broşură de 62 pag., pe care Instit. Cantacuzino o trimite gratuit medicilor conţine ,toate noţiunile de ordin biologic medical referitoare la întreb. serurilor şi vaccinurilor de descoperire mai veche şi mai nouă, preparate în institutul nostru de stat.

Tabla de materie, ce redăm, o atestă:

Generalităţi asupra serurilor şi vaccinurilor. Technica injecţiilor. Accidentele serice şi prevenirea lor. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea serului antidifteric. Idem antidizenteric. Idem antistreptococic. Idem antistreptococic antitoxic (ser antiscarlatinos Dick--Dochez). Instrucţiuni pentru întrebuinţarea serului antimeningococic polivalent. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea serului antitetanic. Idem anticărbunos. Idem antigangrenos. Idem antipneumococic polivalent. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea serului antipoliomyelitic (preparat după metoda d-lui prof. Pettit). Instrucţiuni pentru întrebuinţarea serului hemolitic. Idem vaccinului antigonococic polivalent. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea vaccinului antistafilococic polivalent. Idem antistreptococic polivalent. Idem antipneumococic polivalent. Idem antimeningococic polivalent. Idem contra tusei convulsive. Idem anticoli polivalent. Idem antigripal (tetravaccin). Idem Delbet. Idem B. C. G. (vaccinul Calmette-Guérin). Idem antitifo-paratific. Idem antiholeric polivalent. Idem antipestos. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea

bacteriofagului antidizenteric. Idem anticoli. Idem antitific. Idem antistafilococic. Imunitatea locală prin pansamente specifice. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea filtratului antistafilococic. Idem antistreptococic. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea antigenului metilic. Idem Bordet-Wassermann. Idem Sachs-Georgi. Instrucţiuni pentru întrebuinţarea tuberculinei.

Preciziunea noţiunilor, date ultime ale ştiinţei, şi concisia expunerii asigură acestei broşuri şi un caracter de ordin didactic extrem de util pentru medici, în afară de cel de propagandă.

M. M.

Dr. OD. APOSTOL: Cunoştinţe folositoare şi practice de desinfecţie şi deparazitare. (Ediţia I, Editura Al. Anca, Cluj, 1931, preţ 50 Lei).

Citesc întotdeauna cu mult interes cărţile referitoare la boalele infecţioase şi mai cu seamă prefer broşurile mici cari se mărginesc la redarea strictă a noţiunilor precise şi indispensabile cu sfaturile de *luare de măsuri adequate* şi *în specie*.

Imi explic această predilecţie prin acea că am întrucâtva practica acestor boale (având în trecutul meu medical un an întreg de claustraţie ca intern în serv. de boale contagioase al Spit. Colentina din Bucureşti în 1910—11; şi mai târziu funcţionând ca şef al unui spital de exantematici şi al altuia de boale infecţioase generale în Moldova în tot timpul răsboiului) şi pentru-că de această practică s-au legat anumite fapte, cari mi-au dovedit că noţiunile de cari tratează D-l Dr. Od. Apostol, un neobosit cercetător şi emerit vulgarizator al noţiunilor de medicină practică, nu sunt în deajuns de cunoscute de toţi sau sunt aplicate uneori alături cu speţa; printre ele semnalez:

turnarea sol. de sublimat în scuipători este de practică prea curentă, sub ochii chiar ai medicului, ca să mai insist;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

într'un sanatoriu de tuberculoşi am constatat că peria, cu care infirmiera ad-hoc curăţa scuipătorile într'o căldare, scuipători, cari ulterior trebuaiu ferte, era pusă jos într'un colţ al ante-camerei, care conducea la closetele frequentate de bolnavi;

nu odată am înviat punându-i după sobă păduchii scoşi dupe cojocelele soldaţilor, cojocele ţinute timpul reglementar şi la temperatura necesară în propriul cuptor de deparasitare al spit. meu instalat la „Coperativa" în Dorohoiu (din pricina vre-unor goluri de aer? de spaţii moarte între firele cojocului?) până m-am hotărât să le distrug;

în repetate rânduri am găsit muşte vii în camera desinfectată prin formol cu ap. Helios (uneori cercetând cauzele am constatat că: ţava avea puţină perdere de abur când eşea din căzănel, diluţia soluţiei era mult prea mare şi agentul sanitar se conducea dupe scurgerea unui anumit timp de funcţionare a aparatului iar nu dupe scurgerea întregei cantităţi de soluţie introdusă, determinarea cubajului şi deci a cantităţii de formol se preţuia dupe ochi şi sub valoarea necesară);

odată mie mi s-a imputat de către autorităţile sanitare că am întârziat cu declararea unui caz de febră tifoidă (până să am rezultatul definitiv al cercetărilor de laborator) cu toate că luasem toate măsurile interioare în jurul „oalei de noapte şi a closetului" în cari se vărsau dejecţiunile, a „mâinilor" cari se apropiau de bolnav şi a „coşului" în care se strângea rufăria de pat

şi corp, dar pentru-că nu stropisem curtea şi un zid vecin cu rotogoale de var dupe cum dictau măsurile de prevedere edictate de serviciul sanitar de pe atunci al primăriei;

şi mai de curând era să-mi găsesc beleaua pentru-că cu bună ştiinţă isolasem în serviciul meu, deşi sub cele mai severe măsuri de supraveghere şi în cele mai bune condiţiuni, câţiva sugaci contacţi dintr'un azil de copii în care isbucnise scarlatina, azil care fără această scoatere, ci lăsare pe loc a contacţilor, ameninţa să se transforme într'un ţarc închis, în care să se îmbolnăvească toţi copii (caz instructiv din multe puncte de vedere şi care va fi publicat în extenso într'o revistă de higienă).

Pentru aceasta recomand cu căldură această broşură de 40 pag., cu 15 clişee în text, care dă sub forma cea mai strict rezumativă noţiuni practice şi extrem de folositoare.

Dr. M. C.

Dr. MARIUS GEORGESCU: Rombul lui Michaëlis. („Cartea Românească", Bucureşti 1930).

Autorul, şef de lucrări al clinicei obstetricale din Bucureşti, prezintă pentru abilitarea ca docent la facultatea de medicină această lucrare admirabilă ca fond şi formă şi de netăgăduit interes ştiinţific practic pentru obstetriciani.

Rombul lui Michales este un atribut al femeii, pe faţa posterioară a sacrului căreia se proectează între: sus apofisa spinoasă a vert. 5 lombare, jos vârful sacrului, la dreapta şi la stânga spinele iliace posterioare şi superioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest romb serveşte ca mijloc de recunoaştere a formei normale la un basin; abaterile dela forma normală constituesc un semn de viciaţiune osoasă a basinului femei.

Până la Michaëlis în 1865, această particularitate anatomică n-a fost prinsă decât artiştii greci şi redată în capodoperile lor; în tratatele de anatomie n-a fost descrisă decât în 1907 de Charpy.

Autorii, cari au dat cea mai mare atenţie acestui romb au fost Rouvier dela 1910—1922, Brindeau în 1917 şi Prof. Gheorghiu la noi.

In cele 112 pag. de text cu 37 fig. explicative, precum şi pe 35 planşe demonstrative de toate aspectele anatomo-patologice (dintre cari multe însoţite de textul obs. clinice), D-l Dr. M. Georgescu face studiul complect al acestui semn de valoare clinică nepreţuită pentru practicieni sfârşind prin a stabili 2 legi personale, cari diferă simţitor de cele ale lui Rouvier, şi anume:

1⁰ Orice modificare a rombului este un simptom sigur de pelviviciaţiune.

2⁰ O viciaţiune pelvienă cât de neînsemnată modifică întotdeauna forma rombului.

Cuvintele, cu care prezentam în *Mişcarea Medicală No. 8—9 din 1928, pag. 479,* o altă lucrare *„Practica moşitului"* a aceluiaş autor se pot aplica în aceiaşi măsură şi acestei noi opere şi recensentul chiar când nu este specialist simte o adevărată plăcere a prezenta şi recomanda publicului cetitor asemenea monografii.

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. A. DANIEL: Asistenţa socială şi Medicina. (Broşură de 18 pag. în 32 extras al unui art. publicat în „România Medicală", 1 Noembrie 1930).

De câţi-va ani în ţara românească se face foarte intensă Asistenţă socială pe hârtie; dar pentru punerea ei în practică să fie întrebaţi D-l Dr. Irimescu, directorul Soc. de profilaxie a tuberculozei precum şi medicii din sânul ţării, cari prin poziţia lor mai excentrică mai bine pot surprinde traducerea sau nu în fapt a unor atari bune intenţiuni, cari şi-au găsit formula definitivă oficială în artic. respective ale noi legi sanitare.

La *Consideraţiunile generale asupra asistenţ.i sociale* precum şi la *Technica specială a asistenţei sociale,* acest articol aduce o nouă contribuţie şi o documentare, pe care o atestă bogata bibliografie străină citată la sfârşit.

Redarea fiind imposibilă în rezumat şi perzându-şi esenţa pentru luare de cunoştinţă trimitem pe amatori la mult răspândita revistă, în care a fost publicat articolul.

Dr. M. C.

Dr. G. BANU: Mortalitatea infantilă în România. (Tip. Göbl, Bucureşti, 1930, preţul 200 lei).

Acest *Studiu de igienă socială şi de statistică* referitor la copii din România, a fost publicat sub auspiciile Institutului nostru de statistică, iar autorul care l-a scris a vizitat graţie sprijinului dat de Fondaţia Rockefeller organizările de statistică şi higienă ale Statelor-Unite din America şi ale Statelor europene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste constatări ne scutesc de a mai face alte considerente asupra meritelor acestei lucrări de statistică şi igienă infantilă, în care autorul „*a totalizat toate datele riguros ştiinţifice, a epuizat toate sursele de documentare, a sistematizat materialul,* dupe normele utilizate în alte state, a recurs la *grafice,* pentru a uşura înţelegerea, a făcut la fie-ce pas *interpretarea constatărilor*", pentru a putea trage *concluziuni de ordin practic.*

Prezentarea acestor date se face pentru *prima oară în ţara românească,* oficialitatea noastră necunoscând până în prezent o statistică infantilă conformă realităţilor.

Autorul a putut asigura adevăratul *caracter vital* statisticei sale prin acea ce a *sondat tocmai mediul cel mai prolific,* anume *mediul rural* şi încă pentru-că a *studiat toate stările biologice* (nu numai sociale, economice şi culturale) cari comandă statistica unei populaţiuni.

Redăm *tabla de materie,* în cari diferitele capitole, ce se succed, cuprind întâi constatările, apoi interpretarea datelor şi la urmă concluziunile:

Capitolul I: **Demografia României şi statistica generală a populaţiei.**

1) Suprafaţa. 2) Populaţia. 3) Mişcarea populaţiei. 4) Balanţa populaţiei.

Capitolul II: **Natalitatea în România,** (al 4-lea stat cu o natalitate de 35.8$^0/_{00}$).

1) Natalitatea pe localităţi. 2) Natalitatea pe luni. 3) Natalitatea după sex. 4) Natalitatea după starea civilă.

Capitolul III: **Mortalitatea infantilă.**

1) Mortalitatea generală infantilă (depăşeşte 50% din mortalitatea generală). 2) Mortalitatea pe vârste: (dela 0—1 an 20,4% de născuţi vii; dela 1—5 ani 7,9% de născuţi vii; dela 5—15 ani 6% de născuţi vii). 3) Mortalitatea infantilă urbană. 4) Mortalitatea infantilă rurală pe provincii şi pe grupe de vârste. 5) Mortalitatea infantilă după starea civilă.

Capitolul IV: **Mortinatalitatea.**

1) Mortinatalitatea generală. 2) Mortinatalitatea pe provincii. 3) Mortinatalitatea urbană şi rurală. (Coeficientul pentru oraş începe cu 12.6% de născuţi iar în mediul rural începe cu 4.4%). 4) Mortinatalitatea în Capitală. 5) Mortinatalitatea după naţionalitate. 6) Mortinatalitatea după starea civilă.

Capitolul V: **Mortalitatea infantilă comparată cu a altor state.**

1) Mortalitatea inafntilă generală comparată. 2) Mortalitatea comparată urbană şi rurală. 3) Comparaţia mortalităţei copiilor pe vârste. 4) Comparaţia portalităţei după stare civilă. 5) Mortinatalitatea comparată.

Capitolul 6: **Cauzele mortalităţei infantile.**

1) Cauzele patologice. 2) Cauzele depinzând de rasă şi de climă. 3) Cauze privind copilul. 4) Cauze privind mama. 5) Modul de eliminare. 6) Cauze privind starea civilă. 7) Cauze sociale.

Autorul unei asemenea lucrări era îndreptăţit să ia iniţiativa înfiinţării unei *Reviste de igienă socială*, prima de acest fel la noi.

Dr. M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA DE IGIENA SOCIALA. Director: **Dr. C. Banu.** Secretar de redacţie: **Dr. C. Brătescu** şi **Dr. B. Şapira.** (Anul I, No. 1, Ianuarie 1931).

Domeniile de activitate ale revistei sunt indicate în prefaţă:

Maladiile sociale: Tuberculoză, boale venerice şi prostituţie, alcoolism, cancer, paludism, trachom, lepră, pelagră, guşă, cretinism, turbare. — **Igiena materno-infantilă:** Igiena maternă, igiena primei vârste, igiena preşcolară; igiena şcolară: examenul fizic şi psihic, igiena şcolarului, igiena corpului didactic, igiena localului. Copii anormali. — **Asistenţă şi prevedere socială:** I. O. V., orbi, surdo-muţi, alienaţi, boli nervoase, cardiaci, asigurări, mutualităţi, case de compensaţie, cooperaţie, şomaj, societăţi de binefacere. — **Epidemiologie, laboratoare:** Maladii epidemice, imunitate, seroterapie; frontiere, porturi. — **Igienă urbană rurală şi geniu sanitar:** Salubritate publică, aprovizionare cu apă, canalizare, epuraţie, crematorii; străzi, locuinţe, aglomeraţii, parcuri. — **Igienă industrială şi muncă:** Fiziologia muncei, igiena profesională, organizaţie, legislaţia şi asistenţa muncei. — **Igiena alimentaţiei:** Alimente, băuturi, alimentarea colectivităţilor, inspecţia şi controlul alimentelor. Igiena veterinară, laptele. — **Igiena personală.** — **Educaţia fizică.** — **Ereditate şi rasă.** — **Igiena militară.** — **Balneologie şi climatologie.**

Demografia şi statistica: Mişcarea populaţiei şi recensământul. — **Sociologia, economia politică şi politica socială.** — **Drept, criminologie şi medicină legală.** — **Instituţiuni spitaliceşti.** — **Societăţi naţionale şi internaţionale.** — Educaţia şi propaganda: mijloace, filme şi controlul lor, expoziţii, muzee, propagandă grafică, profilaxie morală. — **Istoria Igienei.**

Organizare şi legislaţie sanitară. — Asociaţiuni profesionale.

In *Cuvântul introductiv* directorul publicaţiunei, D-l Dr. G. Banu, dă *definiţia Igienei sociale* „dincolo de ştiinţa Igienei propriu zise, care se ocupă numai cu cunoaşterea şi profilaxia boalelor proprii individului, se întinde Igiena Socială, care consideră viaţa în compleuxl ei, cu toţi factorii cari pot influenţa desvoltarea omului" şi aceşti factori dictaţi de influenţe datorite ambianţei cosmice, sociale sau biologice sunt studiaţi de multe discipline.

Vor fi solicitate să procure material ştiinţele de colaborare:

„Medicina, care se ocupă cu complexitatea specifică constituţiunei organice a indivizilor;

Sociologia care intervine în organizarea vieţ i colective;

Morala şi educaţia, cari sunt apte a ridica nivelul intelectual al masei, făcând-o receptivă principiilor de higienă".

„Pentru-că se urmăreşte corectarea factorilor nocivi tot pe căi sociale" se va da o deosebită atenţie *măsurilor economice, legislative şi ale organizărilor locale corespunzătoare.*

Numai astfel se va putea pune în practică *technica higienei sociale,* care se referă la întreaga colectivitate; această tecnică se deosibeşte deci de tecnica asistenţei sociale, cu obiectiv mult mai restrâns numai la aceia cari au nevoe imediată a fi ajutaţi.

Pentru a urma pasul progresului direcţia nu va neglija desigur *documentările a cea ce se petrece pe acest teren în ţările străine, dar mai cu seamă va adequa aceste noţiuni cerinţelor locale, adică caracterului naţional al tutulor acestor factori sociali,* cari sunt specifici fiecărui popor.

Prin aceasta *Noua revistă* îşi va asigura un caracter românesc, a cărei tendinţă „Mişcarea Medicală" va fi în primul rând în măsură să-l aprecieze, şi mai bine va putea lupta pentru asigurarea înfăptuirii celei de a doua etape în evoluţia noastră sanitară, anume a aceleia de „organizare tecnică pe bază de cunoştinţe în domeniul igienei preventive şi sociale" etapa de eri privind numai medicina curativă şi higiena poliţistă de control.

Corpul medicilor higienişti, care se formează acum, va putea astfel înlocui cu succes pe acela al medicilor de plasă, şi astfel cu adevărat „epoca inspecţiei registrelor — şi a dării unui ocol în raionul circumscripţiei la epocile de rigoare — se va considera ca perimată".

Cu un asemenea program de activitate, cu o asemenea tecnică — cu toată antipatia ce-mi inspiră acest cuvânt pe care l-au compromis tecnicianii noştri chiar cei sanitari — şi cu un asemenea diriguitor ca D-l Dr. Banu, pe care îl cunoaştem şi mai bine din lucrările ce face să apară, credem că succesul apariţiei acestei noi publicaţiuni medicale româneşti este asigurat iar evoluţia ei către o cât mai perfectă realizare în viitor o asigură cu prisosinţă apelul directorului ei, care modest „cere sugestii pentru îndrumare, indulgenţă pentru scăderi şi susţinere pentru reuşită".

Dr. Cânciulescu.

IV.

CALEIDOSCOPUL MEDICAL ROMÂNESC AL ANULUI 1930

(urmare))*

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris: *C. I. Urechia:* Tumeur du septum lucidum (No. 25, p. 1055, 1929). — *C. I. Urechia* et *L. Dragomir:* Syndrome radiculaire après la rachianestesie (No. 7, p. 300, 1930). — *Mircea Halitză:* Cancer du corps du pancréas avec des metastases multiples ayant simulé une compression mediastinale. Ictère partiel (No. 11, p. 513, 1930). — *C. Parhon* et *J. Ornstein:* Sur la calcémie et la calciumrachie chez les épileptiques ainsi que dans certaines psychoses (No. 15, p. 742, 1930). — *Theodor Dumitresco* et *G. Bolintineano:* Méningite staphylococcique et septicémie à porte d'entrée peu commune (le trou sous-orbitaire) (No. 16, p. 808, 1930). — *Théodore Dumitresco:* Exanthème scarlatineux géneralisé à particularité rare: zone de peau indemne circonscrite siégeant dans une région d'élection de l'éruption (No. 17, p. 862, 1930). — *A. Theohari* et *C. Parissidi:* Note sur un cas d'hémoptysie coincidant avec la présence d'un foyer pulmonaire à fuso-spirilles (No. 25, p. 1326, 1930).

Presse Médicale: *Dumitresco-Mante:* D'après les recherches faites en collaboration avec *D. Hagiesco, Maria Maxim* et *C. Petresco:* Nouvelles recherches sur la bradycardie icterique (No. 3, pag. 34, 1929). — *Gr. Nubert* et *D. Branisteanu:* L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes (No. 9, p. 132, 1930). — *C. Levaditi* et *Li Yuan Po:* Étude experimentale de l'ergosterol irradié (No. 11, p. 168, 1930). — *René A. Guttmann, Richard Jahiel* et *Dan Theodoresco:* L'ulcère peptique post operatoire. Diagnostic clinique et radiologique (No. 23, p. 378, 1929). — *P. Moulonget* et *G. Mihailesco:* Recherches experimentales sur la pathogenie des arthrites déformantes (No. 27, p 453, 1930). — *C. Lian, Nicolau S.* et *P. Poincloux:* Histopathologie du nodule d'Osler: étude sur l'endothelite de l'endocardite maligne à evolution lente (No. 31, p. 497, 1929). — *Prof. G. Marinesco* et *A. Bruch:* Recherches de capillaroscopie et des troubles vasculaires dans quelques maladies nerveuses et des glandes à secretion interne (No. 40, p. 665, 1930). — *Prof. N. Hortolomei:* Gastro-enterostomie ou

*) Mişcarea Medicală No. 11—11 | 1930 pag. *354.*

gastro-pylorectomie large comme traitement des ulcères duodenaux? Resultats personnels (No. 63, p. 1057, 1930). — *Dan Berceanu, Marinesco Slatina* et *Albulesco:* L'origine des réactions post-operatoires (leucocytose, fièvre, azotemie) et leur importance pratique dans le pronostic des suites opératoires (No. 71, p. 1187, 1930). — *Dr. V Brănişteanu:* Le scillarène dans l'insuffisance cardiaque chronique (No. 72, pag. 1170, 1929). — *L. Stromingher:* Quelques considerations sur la pathogenie de l'hypertrophie prostatique et sur les rapports avec les retrecissements de l'urètre (No. 75, p. 1217, 1929). — *Nanu Muscel* et *I. Pavel:* Le spasme du sphincter d'Oddi cause de certains ictères prolongés (No. 75, p. 1260, 1930). — *C. Lian, S. Stoicesco* et *C. Vidrasco:* De l'état du système nerveux vegetatif dans l'hypertension et l'hypotension arterielles permanentes (No. 81, p. 1309, 1930). — *Dem. Paulian:* La pyrétohérapie dans les maladies du système nerveux (No. 85, p. 1375, 1930). — *Chiray* et *I. Pavel:* La calcification de la vesicule biliaire (No. 94, p. 1588, 1930). — *D. Danielopolu:* L'état actuel du traitement chirurgical de l'angine de poitrine, resultats de 28 cas traités par la méthode de la supression du réflexe presseur (No. 104, 1930). — *C. Levaditi* et *Li Yuan Po:* Etude experimentale de la calcification des lésions tuberculeuses sous l'influence de l'ergosterol irradié (No. 101, p. 1720, 1930).

Comptes Rendus des séances de la Soc. de Biologie-Paris: *Nicolau* (S) et *Stroian* (N): Anticorps tissulaires mis en évidence par le réaction de fixation du complément dans les extraits d'organes provenant de Lapins immunisés contre la maladie de Borna (No. 2, p. 86, 1929). — *Stroian* (N); Réaction de fixation du complément dans l'encephalo-myélite enzootique experimentale (maladie de Borna) (No. 2, p. 83, 1929). — *Ghimpu:* Contribution à l'étude des satelites du genre Hordeum (No.3, p. 187, 1929). — *Marinesco* (G) *Sager* (O) et *Kreindler* (A): L'excitabilité neuro-musculaire dans la rigidité de décérebration. Resultats expérimentaux (No. 3, p. 171, 1929). — *Weimberg* (M) et *Mihailesco* (M): Baccilus chauvaei et systematique des microbes anaérobies (No. 4, p. 233, 1929). — *Levaditi* (C): A propos de l'encéphalite épidemique des renards (No. 5, p. 326, 1929). — *Levaditi* (C) et *Howard* (A): Activation des propriétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence de tissus riches en gluthathion (No. 7, p. 469, 1929). — *Galloway* (I A) et *Nicolau* (S): Encéphalomyélite enzootique expérimentale. Infection par cohabitation par introduction de virus dans l'estomac et par voie intra-musculaire (No. 8, p. 537, 1929). — *Nicolau* (S) et *Galloway* (I): Nouvelles recherches sur le virus de l'encéphalomyélite enzootique (maladie de Borna) (No. 8 ,p. 534, 1929). — *Marinesco, Sager* et *Kreindler:* Variations des chronaxies musculaires avec l'état de tension du muscle dans la contracture hémiplégique (No. 9, p. 622, 1929). — *Nicolau, Galloway* et *Stroian:* L'immunité dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale (No. 9, p. 607, 1930). — *Stroian:* Réaction de fixation du complément chez les Lapins immunisés contre le virus herpetique (No. 9, p. 610,

1930). — *Levaditi* (C) et *Lépine* (P): Action préventive du mercure liposoluble dans la syphilis expérimentale (No. 11, p. 797, 1929). — *Levaditi, Lépine* et *Schoen:* L'encephalomyélite épidémique du renard (No. 12, p. 1007, 1929). — *Bujard* et *Gavrilesco:* Action des sels de guanidine sur les globules rouges (No. 13, p. 1086, 1929). — *Ionesco-Mihaesti* et *Tupa:* A propos de l'origine mesodermique de la microglie et de son rôle physiologique (No. 13, p. 1084, 1929). — *Levaditi* (C) *Lépine* (P) et *Howard* (A): Chimiotherapie et moyens défensifs de l'organisme dans la guérison des manifestations syphilitiques expérimentales (No. 13, pag. 1068, 1929). — *Levaditi* (C) et *Lépine* (P): Études sur la vaccination tissulaires dans la syphilis expérimentale (No. 13, p. 1105, 1929). — *Levaditi* et *Anderson:* L'état du virus de la fièvre recurrente dans l'encéphale de la souris (No. 13, p. 1121, 1929). — *Levaditi, Lépine* et *Schoen:* Au sujet des neuroinfections mortelles autosterilisables. L'encéphalite herpétique du Renard (No. 14, p. 1166, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* Limites du système reticulo endothélial. Systèmes locaux; système général (No. 16, p. 138, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* Fonction colloidopexique et fonction de colloido-stabilisation du système reticulo-endothélial (No. 18, p. 299, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* Blocage physiologique du système réticulo-endothélial (No. 19, p. 332, 1929). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Herpès experimental et immunité (No. 19, p. 331, 1929). — *Nicolau, Guiraud* et *Kopciowska:* Les lésions cérébrales chez les lapins immunisés contre le virus herpétique. Leur ressemblance avec les alterations trouvées dans le névraxe de certains aliénés (No. 19, p. 338, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* Le poumon, système reticulo-endothélial local. Fonction colloido-pexique du poumon (No. 21, p. 555, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* La mésoglie (microglie) dans la maladie de Borna (No. 23, p. 792, 1929). — *Baroni* (B): Influence des substances vagotropes et symaticotropes sur les cultures de tissus embrionnaires et neoplasiques (No. 24, p. 885, 1929). — *Bratiano* et *Llombart:* Système reticulo-endothélial local de l'encéphale. Rôle de la pie-mère profonde et superficielle. Rôle de la mesoglie (No. 24, p. 905, 1929). — *Gavrilescu:* L'aspect histologique de la fibre musculaire striée lors de la contracture électrique (No. 24, p. 852, 1929). — *Levaditi* et *Li Yuan Po:* La calcification des lesions d'encéphalite chronique sous l'infuence de l'ergostérol irradié (Sterogyl (No. 24, p. 881, 1929). — *Weinberg* (M) *Davesne* (I) *Mihailesco* (M) et *Sanchez:* Etude comparative du vibrion septique et du bacillus chauvaei par la reaction de fixation (No. 24, p. 907, 1929). — *Cantacuzène* (A): Réproduction experimentale des tumeurs bacteriennes de chondrus crispas Lyngh. (No. 25, p. 1042, 1929). — *Ghimpu:* Sur l'existence simultanée des mitoses diploïdes, didiploïdes et tetradiploïdes chez les Acacia (No. 25, p. 1122, 1929). — *Levaditi, Lépine* et *Schoen:* Mutation brusque de virus rabique des rues en une variété particulière de virus fixe (No. 25, p. 1050, 1929). — *Obregia, Dimolesco* et *Badenski:* Les modifications cytologiques sanguines dans

Digitized by Central University Library, Lucknow

l'alcoolisme aigu provoqué (No. 32, p. 671, 1929). — *Levaditi, Manin* et *Howard:* Circulation du bismuth dans l'organisme (No. 34, p. 813, 1929). — *Levaditi, Lépine* et *Bazin:* Au sujet de l'encephalomyélite epidémique du renard (No. 3, p. 136, 1930). — Levaditi et Selbie: Rhumatisme infectieux poliarticulaire spontané de la Souris provoqué par le streptobacillus moniliformis (No. 5, p. 295, 1930). — *Levaditi, Marie* et *Lépine:* Résultats des inoculations au lapin de fragments d'encéphale prélevés par ponction a des paralytiques généraux (No. 7, p. , 1930). — *Garreau, Girard* et *Marinesco:* Sur la structure des gels de gélatine. Température de gélification et rigidité en fonction du ph. (No. 8, p. 551, 1930). — *Levaditi, Anderson, Selbie* et *Schoen:* L'encéphalite recurentielle du lapin et du singe (No. 8, p. 570, 1930). — *Marinesco* (N): Sur l'état physique de l'eau liée par les colloïdes organiques et par les tissus (No. 11, p. 872, 1930). — *Nicolau* et *Galloway:* L'immunité post-infectieuse et les „neuro-infections auto-sterilisées" dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale (No. 11, p. 852, 1930). — *Levaditi, Selbie* et *Schoen:* Les arthrites du rhumatisme polyarticulaire spontané de la souris provoqué par le streptobacillus moniliformis (No. 14, p. 1193, 1930). — *Levaditi, Lépine* et *Schoen:* Relation entre le cycle évolutif du treponema pallidum et la genèse des lesions syphilitiques (No. 15, p. 72, 1930). — *Nitzesco:* L'alcool ethylique en injection intraveineuse comme anesthesique général (No. 15, p. 26, 1930). — *Levaditi, Lepine* et *Schoen:* Contribution à l'étude de la periodicité saisonnière des épidémies (No. 16, p. 175, 1930). — *Marinesco* et *Kreindler:* Sur la chronaxie de constitution des muscles squeletiques de l'homme normal (No. 16, p. 184, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Virus herpetique et cataphorèse (No. 17, p. 290, 1930). — *Levaditi:* Gommes syphilitiques et formes anormales du tréponème. Ultravirus syphilitique (No. 19, p. 477, 1930). — *Labbé, Nèpveux* et *Ornstein:* Les albumines du serum sanguin dans la maladie de Basedow et les etats d'hyperthyroidie (No. 21, p. 635, 1930). — *Achard* et *Ornstein:* La calcémie dans les maladies aiguës (No. 22, p. 749, 1930). — *Levaditi, Lepine, Bazin* et *Schoen:* Encephalite epizootique du renard. Localisation des lésions dans la substance blanche (No. 22, pag. 755, 1930). — *Levaditi* et *Li Yuan Po:* Cyele évolutif du treponema pallidum, du spirochaeta pertenuis et du spirochaeta cuniculi (No. 22, p. 736, 1930). — *Roussy, Oberling* et *Raileano:* Lesions experimentales des antres nerveux provoquées par application locale de goudron (No. 22, p. 760, 1930). — *Levaditi, Lépine* et *Schoen:* Maladie de Schilder-Foix (sclerose cérébrale centro-lobaire) spontanée chez le singe (No. 24, p. 986, 1930). — *Nicolau* et *Guiraud:* Essais de transmission de la syphilis aux lapins à l'aide de l'inoculation de substance cérébrale provenant de cas de paralysie générale (No. 24, p. 963, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Réactivation à l'aide de la glycérine du virus herpétique dans le cerveau de certains lapins morts de „neuro-infection autosterilisée" (No. 24, p. 965, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Virus herpetique (No. 24, p. 967, 1930). — *Aburel*

et *Ornstein:* La calcémie et le poids des nouveau nés (No. 26, p. 1247, 1930). — *Achard* et *Ornstein:* Le calcium dans le serum et le plasma du sang et dans les sérosités pathologiques (No. 26, p. 1217, 1930). — *Achard* et *Ornstein:* L'hypocalcémie dans les nephrites (No. 26, p. 1219, 1930). — *Combiescu* et *Soru:* Nouvelles recherches sur l'antigène résiduel isolé de quelques germes du groupe thypho-paratyphique (No. 26, p. 1149, 1930). — *Combiesco, Stamatesco, Nestoresco* et *Adam:* Présence des anticorps hétérophiles dans le sérum humain normal et pathologique (No. 26, p. 1147, 1930). — *Craifaleanu, Combiesco* et *Stamatesco:* Les valeurs du sucre sanguin et du glycogène hépatique au cours de l'infection charbonneuse expérimentale (No. 26, p. 1151, 1930). — *Levaditi Lépine* et *Schoen:* La léuconevraxite (No. 26, p. 1143, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Essais de réactivation à l'aide de la glycérine ou de la cataphorèse du virus rabique dans le cerveau de certains Lapins morts de „neuro-infection autosterilisée" (No. 26, p. 1139, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Virus herpetique et cataphorèse. Impossibilité de mettre en évidence le virus herpetique dans le cerveau des animaux immunisés (No. 26, p. 1136, 1930). — *Nicolau* et *Kopciowska:* Virus rabique et cataphorèse (No. 26, p. 1142, 1930). — *Nicolau, Viala* et *Kopciowska:* Peut-on mettre en evidence le virus rabique fixe dans le système nerveux des animaux vaccinés a l'aide de la méthode pasteurienne? (No. 26, p. 1134, 1930). — *Nicolau:* Neuro-infections autosterilisées (No. 28, p. 177, 1930). — *Nitzescu* et *Georgescu:* Sur la teneur en fer du liquide céphalorachidien et de l'humeur aqueuse (No. 35, p. 751, 1930).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bulletin de l'Académie de Medicine: *Th. Mironesco, N. Nicolcesco* et *Vasile Ştefănescu-Dima:* Troubles régulateurs de la glucose dans la parotidite épidemique (No. 20, 1929). — *C. Levaditi, P. Lépine* et *M-elle R. Schoen:* Contribution experimentale à l'étude étiologique de la syringomyelie (No. 21, 1929). — *Constantin Poenaru Caplesco:* Le colopathie d'origine appendiculaire (No. 28, 1929). — *G. Marinesco* (en collaboration avec *St. Draganesco* et *Dr. G. Grigoresco):* Recherches expérimentales sur l'action toxique de alcool methylique et de l'alcool ethylique (No. 29, 1929). — *Kling, C. Levaditi* et *R. Lépine:* La pénétration du virus poliomyélitique à travers la muqueuse du tube digestif chez le singe et sa conservation dans l'eau (No. 31, 1929). — *Constantin Poenaru Caplesco:* La valeur clinique du point cervical phrénique (No. 2, 1930). — *C. Levaditi* et *Li Yuan Po:* Etude expérimentale de la calcification des lésions tuberculeuses sous l'influence de l'ergostérol irradié (No. 19, 1930). — *G. Marinesco* et *A. Bruch* et *G. Buttu:* Recherches sur l'architecture des capillaires en rapport avec la constitution stomato-psychique (No. 22, 1930). — *Dr. A. Metzulescu:* Traitement des complications ourléennes par le sérum et le sang de convalescents (No. 28, 1930). — *Constantin Poenaru-Caplesco:* Remarques sur l'appendicite rétro-caecale (No. 30, 1930).

Journal d'Urologie: *L. Strominger:* Sur l'hematurie dans les retrecissements de l'urètre (T. 27, No. 1, Jan. 1929, p. 11). —

L. Strominger şi *A. Schapira:* Prolapsus de l'uretère endo-vesical avec calcul uretero-vesical chez une femme (T. 27, No. 3, Mars 1929, p. 220). — *V. Vintici* şi *A. Laroche:* Hemorragie de la prostate et hemorragies chez les prostatiques (T. 28, No. 2, August 1929, p. 140). — *L. Strominger:* Sur le recidive des calculs vesicaux (T. 28, No. 5, Novembre 1929, p. 460). — *V. Vintici* şi *N. Constantinescu:* Les cystites secondaires aux leşions renales non bacillaires (T. 29, No. 2, Febr. 1930, p. 113). — *N. C. Paulescu* şi *Gh. Mârza:* Lois de l'élimination rénale (T. 29, No. 2, p. 157). — *N. Constantinescu* şi *A. Preardia:* La pyelographie par voie intraveineuse avec uroselectan. (T. 30, No. 4, Oct. 1930, p. 334). — *N. Constantinescu* şi *V. Vintici:* Considerations sur la tuberculose rénale, ses suites operatoires et son rapport avec la tuberculose génitale (T. 30, No. 2—3, Aug.—Sept. 1930, p. 139). — *Traian Katz* Quels sont les facteurs qui ont contribuè à l'amélioration des resultats operatoires de la prostatectomie (T. 29, No. 5, Mai 1930, p. 473). — *Nicolau* et *Ştefănescu:* Contribution à l'étude de la radiotherapie indirecte dans le lieben plan (en français) (No. 32, 9 August 1930, p. 1212). — *N. Constantinescu* şi *Jaques-Andrè Picardia:* Bas fond et residu vésical chez les prostatiques (No. 6, Dec. 1930, p. 545).

Le Nourrisson: *Horia Slobozianu, Herscovici* şi *D. Răileanu:* Trois cas de hydronephrose perirenale sous-capsulaire, d'aplasie rénale et de hydronephrose congénitale chez les nouveaux nés. (Noembrie 1929).

Ann. mal. vener.: *E. Constantinescu şi Vătămanu:* Un cas de syphilis d'emblée par transfusion sanguine (1929, p. 16).

Digitized by Central University Library Cluj

Annales de Dermat. et Syphiligrafie: *S. Nicolau şi M. Blumental:* Sur un cas de lupus tuberculeux du au bacille aviaire (No. 9, Sept. 1929, p. 953). — *Gh. Marinescu:* Recherches anatomo-cliniques sur le problème des virus syphiltiiques (No. 7, 1929). — *A. Toma:* Sur l'infection des cheveux in vitro par les champignons des teignes (No. 6, 1929, p. 461). — *Iliescu* et *Longhin:* Un cas de favus generalisé de la peau et des muqueuses (p. 376, 1930). — *Nicolau:* Sur le phènomene de migration cellulaire intra-epidermique dans le naevocarcinome (à propos de l'étude des tumeurs de metastase) (p. 746, 1930).

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie: *Doamna Dr. Marta Trancu-Rainer:* Tifoidă şi graviditate (vol. 98, pag. 299, 1930). — *D-na Dr. Marta Trancu-Rainer:* Examen histologic al membranei obturante în două cazuri de gynatresia retrohimenalis (vol. 98, pag. 337, 1930).

Archiv für experim. Path. und Pharmacologie: *Prof. Doctor Marinescu, Dr. A. Kreindler und Dr. A. Schein:* Klinische und experimentelle Beiträge zür Pharmacologie des Harmins (vol. 154, Heft 4/6, 1930).

(urmare în No. viitor).

DIVERSE INFORMAŢIUNI

Congresul Ştiinţific al Asociaţiei Generale a Medicilor

In zilele de 13, 14, 15 Iunie cor., va avea loc la Constanţa, Congresul anual ştiinţific al Asociaţiei Generale a Medicilor din ţară.

Raportorii principali ai acestui congres vor fi:

D-nii: *Prof. Dr. I. Cantacuzino, Prof. Dr. Zotta şi Prof. Dr. I. Bălăcescu.*

Comitetul organizator compus din D-nii: Prof. Dr. N. Gheorghiu, General Prof. Dr. Butoianu M., Inspector General Sanitar Dr. Pascal, Col. Dr. Marinescu N., Conf. Dr. D. Tomescu, Docent Dr. Marius Georgescu, Dr. O. Alfandary şi Dr. M. Popescu Buzeu, îşi dă toate silinţele ca această manifestare a ştiinţei medicale române, să fie demnă de renumele pe care ţara noastră şi-a câştigat în lumea medicală universală.

Congresiştii vor face o excursiune pe Mare până la Coasta de argint a Balcicului, vor vizita Bazargicul, Tekir-Ghiol, Carmen Sylva, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a intervenit la Căile Ferate Române pentru a obţine reducerile necesare.

Cu această ocaziune, se va organiza şi o mare expoziţiune de medicamente, instrumente medicale chirurgicale, etc.

Inscrierile au început la Asociaţia Generală a Medicilor din Str. Isvor No. 16 şi vor continua până la 25 Maiu cor.

* * *

Primul Congres de Tuberculoză

Primul Congres de Tuberculoză organizat de Societăţile „Pentru Profilaxia Tuberculozei" şi „Pentru Studiul Tuberculozei", va avea loc în zilele de 31 Mai 1 şi 2 Iunie a. c., la Bucureşti.

La ordinea zilei va fi următoarele rapoarte:

1) *Dr. S. Irimescu:* Tuberculoza în România.

Coraportori: *Dr. Prof. Manicatide, Dr. Banu, Dr. Bălănescu, Dr. Nasta* şi *Belciugăteanu.*

2) *Prof. Dr. I. Cantacuzino:* Vaccinarea antituberculoasă cu vaccinul Calmette (B. C. G.).

3) *D-rii Bălănescu şi Teodoreanu:* Colapsoterapia.

Coraportori: *D-rii Cosăcescu, Popper* şi *Veber.*

Domnii medici care doresc a se înscri la Congres fie ca participanţi, fie pentru a prezenta comunicări în cadrul chestiunilor tratate şi rapoarte, sunt rugaţi a-şi trimite adesiunile Secretarului General al Congresului Dr. *M. Nasta*, Splaiul Davila 6, spre a primi la timp programul detaliat şi regulamentul Congresului.

* * *

Le Bureau de la Presse Médicale Latine

Nous rappelons à nos lecteurs que le Bureau parisien de la Presse Médicale Latine, 101, rue de Richelieu (angle du boulevard des Italiens) est ouvert, *à titre entièrement gracieux*, à tous les Médecins et étudiants en médecine de toutes nationalités habitant Paris ou de passage dans cette ville, tous les jours non fériés, de 2 heures et demie à 6 heures et demie.

Ils peuvent y consulter les périodiques médicaux rédigés dans les cinq langues latines (espagnol, français, italien, portugais et roumain) ainsi qu'un grand nombre d'ouvrages scientifiques publiés dans les mêmes langues.

Ils y trouveront, en outre, des renseignements concernant les Universités, Cliniques, Hôpitaux, etc., ainsi que certains avantages d'ordre matériel (réduction dans les hôtels, etc.).

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr. *L. M. Pierra*, Sécrétaire Général de la Fédération de la Presse Médicale Latine, 101, rue de Richelieu, Paris (2).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Societatea medicală „Zipser Ärzte Verein" din Kesmark (Cehoslovacia) organizează anual la Rusalii un curs în limba germană, care va avea loc pe teritoriul băilor Tatra. Garantarea înaltului nivel al acestui curs, după cum reese şi din programul lecţiilor din anul trecut, o face conferinţele ţinute în majoritate de profesorii titulari ai diferitelor facultăţi din străinătate. Detaliile mai amănunţite le vom publica la începutul lunei viitoare; dar şi până atunci secretariatul societăţii „Zipser Arzte Verein" cu sediul la Kesmark (Cehoslovacia) se oferă a da informaţiuni.

Dr. TEICHNER
Secretarul societăţii

* * *

Alegerea Consiliului colegiului medical al judeţului Ilfov şi al Capitalei, a avut loc la 2 Noembrie 1930; au fost aleşi D-nii: *Prof. Dr. Gheorghiu, Dr. Banu, Dr. Gh. Marinescu, Prof. Dr. Butoianu,* şi *Dr. Gomoiu.* Consiliul a ales în şedinţa din 8 Dec. 1930 ca preşedinte pe *d-l Prof. Dr. Gheorghiu.*

* * *

Societatea Anatomică din Bucureşti a ales următorul comitet pe anul 1931: Preşedinte: *D-l Prof. Dr. Bacaloglu;* Vice-preşedinţi D-nii: *Conf. Dr. A. Babeş* şi *Conf. Dr. Dumitrescu-Mante;* Secretari generali: *D-ri C. Vasilescu* şi *I. Stoica;* Secretari de şedinţă: *D-ri Pavlovici* şi *Dan Bacaloglu.*

* * *

La concursul de chirurgi secundari ai spitalului Brâncovenesc au reuşit D-nii Dri. *Plătăreanu, Şeimeanu* şi *Rantzer.*

* * *

Un curs de perfecţionare în gynecologie a început la 1 Dec la Clinica Gynecologică din Bucureşti, sub conducerea *D-lui Prof. C. Daniel.* Cursul se va termina la 1 Aprilie 1931. Programul cuprinde conferinţe teoretice şi demonstraţiuni clinice făcute de către *D-l Prof. Dr. Daniel* şi colaboratorii D-sale D-nii Dri. *E. Gheorghiu, Crainiceanu, Frumuşeanu, Bayler, M. Ionescu, Busagiu.*

* * *

Soc. de Gynecologie din Bucureşti a ales următorul comitet pe 1931: Preşedinte: *D-l Prof. Dr. Daniel;* Vice-preşedinţi; *D-na Dr. Moscuna Sion* şi *Dr, V. Săvescu*; Secretar general: *Dr. Soimaru;* Secretari de şedinţă: *Dr, Mavrodin* şi *M. Ionescu.*

* * *

Societatea română de chirurgie, Obstetrică şi Urologie a ales Digitized by Universitatea "Ovidius" Constanta următorul comitet pe 1931: Preşedinte: *D-l Prof Dr G-ral Butoianu,* Vice preşedinţi: *D-nii Prof. Dr. A. Jianu* şi *Prof. Dr. Stefănescu-Galaţi;* Secretar General *Conf. Dr. Cosăcescu Al.;* Casier: *Doc. Dr. Trifu;* Bibliotecar: *Dr. S. Ţovaru;* Secretari de şedinţă: *Dri. Nicolaescu Iancu, Teodorescu Dan, Ghiţescu C.*

* * *

D-l Prof. Dr. Ciucă Director al Comisiei de Hygienă pe lângă soc. Naţiunilor a fost invitat de „Institut fur Schiffs und Troppenhygienne" din Hamburg, pentru a scrie o *serie de conferinţe.*

* * *

„Cercul de studii de tuberculoză" pe lângă Societatea de profilaxie a tuberculozei, s'a constituit cu următorul comitet: Preşedinte: *D-l Prof. Dr. Cantacuzino;* Vice preşedinte: *Dr. Irimescu* şi *Col. Dr. Bălănescu;* Secretar general: *Dr. Nasta;* Casier: *Dr. Th. Veber;* Secretari de şedinţă: *Dri. Tocilescu, Blechman.*

* * *

D-l Dr. Vintilă Ciocâlteu a fost numit *conferenţiar de clinică şi boli de nutriţie* la clinica I medicală dela Facultatea de medicină din Bucureşti.

* * *

La cursul de perfecţionare care a avut loc la Karlsbad între 14—20 Sept. 1930 D-l *Prof Dr. I. Haţieganu* a vorbit despre: *Insuficienţa cardio-pulmonară, sindromul stazei cerebrale.*

* * *

La Congresul internaţional de sifiligrafie şi dermatologie care a avut loc la Copenhaga dela 5—9 August 1930 D-l *Prof. Dr. Nicolau* reprezentantul României, a fost ales *vice-preşedinte al Congresului.*

* * *

La congresul de chirurgie care a avut loc la Paris dela 3—11 Oct. 1930, *D-l Prof. Dr. Daniel* a făcut o comunicare despre: *„Preparaţia bolnavilor pentru operaţie".*

* * *

D-l Dr. Alex. Ţupa a fost numit *profesor titular la catedra de histologie* dela Facultatea de medicină din Iaşi.

* * *

D-nii Dri. O. Millian şi *Marius Georgescu* au fost numiţi *docenţi,* în urma examenului depus, primul în specialitatea bolilor de copii, al doilea în specialitatea obstetrică.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Congresul internaţional de fizioterapie din Liège, din 14—18 Sept. 1930 D-l *Conf. Dr. Michăilescu,* a făcut o comunicare despre *„Nomolurile terapeutice române"*

* * *

D-nii Dri. I. Niculescu şi *Kaufmann-Cosla* au fost numiţi *conferenţiari* la Facultatea de medicină din Bucureşti.

* * *

In amintirea D-rului Laugier. Cu prilejul morţii Inspectorului General Sanitar D-ru Charles Laugier, Ministerul Sănătăţii a primit dela Direcţia medicală — Organizaţia de Higienă a «Societăţii Naţiunilor» următoarea adresă:

Domnule Ministru,

Am primit trista ştire despre moartea D-lui Dr. Charles Laugier, ale cărui servicii devotate le-am putut aprecia în toată valoarea lor, în deosebi acelea pe care ni le-a oferit cu prilejul pregătirii călătoriei de studii colective organizată în România acum câteva săptămâni şi care au fost mult lăudate de participanţi şi în deosebi de D-rul Tomanek, membru al secţiunii de higienă.

D-rul Laugier a ştiut să câştige prietenia tuturor medicilor higienişti. Toţi au păstrat cea mai bună amintire despre fermecătoarea sa personalitate şi toţi au găsit o încurajare la vederea devotamentului ce aducea în îndeplinirea sarcinei sale.

Ingăduiţi-mi a vă exprima Domniei Voastre şi tuturor colegilor săi higienişti din România, adânca simpatie a membrilor secţiunei de higienă pentru pierderea pe care aţi încercat-o.

Primiţi, Domnule Ministru, odată cu condoelanţele mele, expresia înaltei mele consideraţii

Pentru Directorul Medical
Dr. G. BOUDREAU

* * *

Agitaţia contra ante-proectului de reorg. a învăţ. univ.

Protestul Conferenţiarilor dela Facultatea de Medicină.

La *Asociaţia prof. universitari* prin glasul d-lui Conf. I. Jianu, s-a produs protestul conferenţiarilor Fac. de Medicină din Bucureşti contra prevederilor din noul ante-proect de lege al reorganizării învăţ. nostru superior cari obligă pe cei 62 conferenţiari de toate categoriile (definitivi, suplinitori, provizori şi onorifici) a se prezenta la concursul de profesori agregaţi, proectaţi prin noua lege; aceste posturi similare cu cele din Franţa urmează a procura titulari pentru cele circa 30 catedre, ce avem în prezent la Fac. de Medicină din Bucureşti, faimosul art. 81 din legea veche urmând în viitor a fi suprimat sau măcar temperat, precum şi progresiunea în virtutea iuţelii căştigate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Memoriul Asoc. docenţilor dela Facult. de Medicină din Bucureşti:

Noul ante-proect pentru reorganizarea învăţământului superior prevăzând suprimarea instituţiei docenţei, Asoc. docenţilor a întocmit un memoriu pe care l-a înaintat autorităţilor în drept:

„Asociaţia docenţilor dela Facultatea de medicină din Bucureşti, luând cunoştinţă de anteproectul de lege pentru organizarea învăţământului superior şi constatând că prin noua lege se suprimă instituţia docenţei de pe lângă Facultăţile de medicină, ţine să vă aducă la cunoştinţă considerentele pentru care această dispoziţie i se pare necorespunzătoare intereselor şi nevoilor învăţământului superior.

1) Instituţia docenţei nu reprezintă o sarcină financiară pentru bugetul statului, docenţa fiind o însărcinare onorifică.

2. Titlul de docent, prin modul lui de decernare, pe bază de examen şi lucrări ştiinţifice, este un stimulent pentru activitatea ştiinţifică a multora din membrii corpului medical.

3) Pentru medicii cari au făcut parte din cadrul personalului auxiliar al învăţământului superior şi cari la un moment dat îl părăsesc spre a accepta alte funcţiuni, ca medici de spitale sau laboratoare, în Capitală sau provincie, titlul de docent rămâne ca o consacrare a activităţii lor ştiinţifice şi didactice şi o trainică legătură sufletească cu Facultatea în care şi-au făcut educaţia.

4) Având în vedere că disciplinile oficial predate în facultate sunt limitate şi că oricând se pot ivi metode sau discipline nouă, unele prea speciale

pentru a face obiectul unui învăţământ oficial, dar totuşi destul de importante pentru a interesa un număr chiar limitat de auditori, cum pe de altă parte s'ar putea ca anumite personalităţi cu reale merite ştiinţifice şi didactice să nu poată, din cauza numărului limitat de catedre sau situaţii oficiale să-şi exercite vocaţiunea, instituţia docenţei ar da putinţa ca şi într'un caz şi într'altul, acest învăţământ complimentar să fie realizat, fără nici un sacrificiu pentru Facultate, dar sub controlul acesteia şi acordând celor care-l vor exercita, prestigiul moral necesar.

5) Asociaţia docenţilor ar considera în cazul când instituţia ar fi menţinută, ca binevenite orice dispoziţiuni care s'ar lua pentru a garanta o cât mai riguroasă selecţiune a membrilor ei prin prevederea de ex. de anumită vechime, stagii, activitate didactică şi ştiinţifică, control al activităţii în timpul funcţionării, etc.

6) In asemenea condiţiuni credem că menţinerea instituţiei docenţei nu va încălca întru nimic învăţământul oficial, pentru care va fi numai o complectare, un mijloc de formare şi selecţie a unor elemente cu o serioasă pregătire ştiinţifică şi didactică, iar pe de altă parte va reprezenta pentru docenţii în funcţiune respectarea unor drepturi câştigate.

Preşedinte, **Dr. M. Nasta.**

Secretar general, **Dr. D. Theodoresen.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

în cea ce privește:
Credulitatea bolnavului român
și
tolerarea de către autoritățile românești
a acelora, cari o speculează.

Motto:
Reclama este sufletul comerțului.

sau
la:

Dr. Toma Simionescu

Prima școală internațională practică în România pentru învățat arta nouă de vindecare LOUIS KUHNE. Lipsca.

Strada 11 Iunie, 7 — BUCUREȘTI. — Strada 11 Iunie, 7

Intemeiată în anul 1902, mult îmbunătățită în anul 1906 și 1908.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Orele de consultare: 5-7 seara

Sfaturi speciale, Referințe în toate cazurile de boli

și prin scrisoare pe cât este cu putință

Rezultate strălucite fără medicamente și fără operații, asemenea la formațiunile interne, umflături și buboae, precum și la aprinderile cangrenoase de pe din afară.

Bolile prezente precum și înclinarea către cele viitoare **se cunosc (diagnosticează)** într'un fel cu totul sigur și nou, cu ajutorul **Științei fizionomiei fără de cercetări pe unde-s bolile,** mai ales la bolile femeești și de pântice.

Nici clistire și nici împachetări!

Prospecte amănunțite cu rapoarte de vindecare gratis.

Această plină de înțeles aducere la cunoștința publicului autorul o face pe *plicuri ad-hoc cu entête-ul:*

„Scrisori oficiale cu învățătură de vindecare
Cu ramburs de lei . . . .
Recomandat".

prin care își tratează numeroasa clientelă din provincie, precum și pe pagini tipărite într'o *carte, pe care singur o editează.*

Redăm coperta acestei cărţi, traduse până acum în 23 limbi:

ŞTIINŢA NOUĂ

de

VINDECARE

sau învăţătură

despre

UNITATEA BOALELOR

precum şi

Vindecarea acestora fără medicamente şi fără de operaţii

Carte de învăţătură şi sfaturi pentru sănătoşi şi bolnavi

de

LOUIS KUHNE

Motto:

„Cine caută adevărul nu trebue să numere părerile"

Leibniz

Traducere autorizată de autor în anul 1907 dupe ediţia a nouă-zeci şi opta germană

Cu desăvârşire prelucrată, mult adăogată şi îmbunătăţită.

Tipărită în limba.... 23 limbi între cari limba română, iar mai spre sfârşit vedem: limba malaeză, indiană, telugă, industană, gujrată şi tamilă (indiene localnice).

Case editoare: în toate continentele

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BUCUREŞTI

Traducere şi Editura Dr. Medic TOMA SIMIONESCU

Preţul Lei 120.—

Cartea presintă 386 pagini; din cuprinsul ei între multe alte adevăruri profunde remarcăm:

la pag. 305—357: *„131 raporturi despre vindecări* şi scrisori originale de mulţumire" în cari sub iscălitura proprie pătimaşi de pe tot globul dau certificate despre vindecarea infailibilă a tutulor boalelor despre care tratează cărţile noastre de medicină;

la pag. 358—361: 4 figuri de *„Câte-va exemple pentru ştiinţa fisionomiei"* după care se poate pune *diagnosticul* de: „Incărcare aşezată cu desăvârşire numai în faţă" sau de „Incărcare aşezată cu desăvârşire numai la spate" sau de „Incărcare în faţă pe amândouă părţile şi la spate, dar încărcarea din faţă e covârşitoare" sau de „Un copil injectat, hultuit şi rehultuit de 45 ori cu tuberculină şi de aci urmările cele mai dăunătoare";

la pag. 217 autorul citează observaţia unui pacient care din „aprindere de creer a dat în *tuberculoza creerului* şi *s-a vindecat*";

la pag, 230 se scrie *„lepra* are aceleaşi pricine caşi celelalte boale, anume o încărcare cu materii străine" pe cari dacă le scot se vindecă boala (pag. 238 şi *figurile care atestă această vindecare);*

la pag. 245: «întâi e tot una unde şi la care parte se arată cancerul; n-are nicio însemnătate dacă e cancer la limbă, ori la sân, ori cancer la mitră, ori cancer la ficat", căci „dupe încărcarea bolnavului se întâmplă o mutare a materiei străine, care se aşează în partea unde dă de piedică" fapt este că „*cancerul se vindecă prin metoda mea*".

Pe câte-va pagini finale ale cărţii sfinte sunt date fotografiile cu specificarea *preţurilor a o mulţime de scule* (cade, băi, mănuşi etc.). de care se serveşte adeptul metodei — şi pe care trebue să le cumpere bolnavul — în vindecarea boalelor, printre cari citarăm tuberculoza creerului, lepra şi cancerul.

* * *

Am luat cunoştinţă de această ştiinţă nouă, prelucrată cu adaosuri în româneşte de către D-l Dr. Toma Simionescu, cu ocazia consultării unei paciente în vârstă de 60 ani, o doamnă cultă, bogată, care din tinereţe a obişnuit să-şi controleze diagnosticurile puse de medicii români prin celebrităţile medicale dela Paris, Berlin sau Viena; doamnă, care fusese diagnosticată în ultimul timp de către specialiştii noştrii reputaţi drept o Parkinsonienă şi care întoarsă din străinătate unde făcuse o cură radio-activă, deşi era ameliorată dar văzând că vindecarea întârzie şi chiar mai apăruseră nişte fenomene noi la extremităţi, socotite ulterior de noi ca fenomene de acro-asfixie de aceiaşi origine encefalitică, Doamna devenise adeptă a practicelor kühniste în urma mai jos redatei corespondenţe cu eminentul nostru hidroterapeut din Bucureşti:

19/II/1930, Buc.

Stimată Doamnă,

Am primit onorarul şi Vă foarte mulţămesc. Am cetit scrisoarea cu suferinţele D-v. şi Vă prescriu cele de jos. Kuhne în cartea lui: „Sciinţa Nouă" învaţă cum să se facă o bae de trunchiu cu fricţiuni la pag. 91 (Fig. D).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel de bae trebue să faceţi seara la culcare cu apă la temperatura de 24 R sau 30° C, durata 5—6 minute; dar nu faceţi în fiecare seară, ci o seară o faceţi şi o seară nu faceţi. După bae imediat vă culcaţi în pat la căldură, dormiţi cu fereastra de sus deschisă, dar în pat foarte cald acoperită.

DIETA. Regula la mâncare păstraţi cum învaţă sus zisa la pag. 125 şi cele vecine şi carte să v'o cumpăraţi.

Doresc succes.

Cu toată stima

(ss) Medic **T. Simionescu.**

N. B. — După şapte zile dela începutul practicărei acestei reţete veţi raporta cum aţi urmat cele de sus arătând detaliat: temperatura băilor, durata, locul de fricţii, dieta dimineaţa, prânz şi seara, apoi cum Vă simţiţi şi Veţi avansa cu raportul onorar p. a 2-a reţetă de sfaturi Kuhniste cu mand. poştal valoare lei 500 *). Infirmieră Vă putem trimete la cerere, dar trebue să ştim de dinainte ce plată lunară oferiţi, de i se serveşte masa, i se dă locuinţa, etc., deci toate condiţiile în care vreţi s'o aveţi.

La o boală cum o descriţi nu se poate preciza matematic durata curii. In 1-2-3 luni cred să fiţi mai uşoară şi apoi să mai continuaţi tratamentul dacă rezultatul nu e mulţămitor.

*) 5 este aşa făcut încât poate fi confundat cu 8.

Reţetele fără infirmieră cel puţin 300 **) lei una. Venirile zilnice la mine la tratament stând cu locuinţa în altă parte mai nu se pot şi chiar de aţi voi mă opun.

* * *

Cura urmată cu sfinţenie, conf. băilor de trunchiu dela pag. 91 şi dietei (în care fertură de ştir) dela pag. 125 şi cele vecine dupe cartea de învăţătură, pentru care doamna a mai dat alţi bani buni, nu a dat resultatele strălucite asigurate, în schimb nouă ne-a dat ocazia fericită de a lua cunoştinţă de *Metoda românească*, sub care se aplica aceasta *„Ştiinţa nouă despre unitatea boalelor şi de vindecarea lor fără medicamente şi fără de operaţii, fără clistire şi nici împachetări"*.

Şi a atârna astfel încă un tablou în bogata galerie a specificului medical românesc.

Credulitatea cultei noastre doamne poate că nu este specific românească — cu toate că am mai dat de o doamnă tot atât de umblată care şi-a tratat copii, când mici aveau gâlci, cu o alifie făcută din scuipat bătut cu miez de pâine şi care, bunică, era pe punctul de a-şi supune şi nepoţeii la aceiaşi salubră practică — sărmanul bolnav de peste tot şi de totdeauna alergând dupe chimera vindecării prin orice mijloace; cel mult dacă ar trăda mentalitatea balcanică cu remi niscenţele orientale ale trecutului nostru.

Dar pecetea românească nu se poate tăgădui tolerării de către autorităţile româneşti a practicei în văzul tutulor a unei asemenea ştiinţe de vindecare, *prelucrată* de adeptul ei cu adaosuri şi mult îmbunătăţită în „Editură proprie D-r Toma Simionescu, Str. 11 Iunie — Bucureşti — Str. 11 Iunie" *şi în limba română, după ce fusese tradusă în limbile malaeză, indiană, telugă, industană, gujrată şi tamilă.*

Această notă specific românească de îngăduinţă a fraudei medicale se exercită, fără voia noastră, până şi atunci când căutăm să reglementăm oficial practica medicinei; căci ce altceva făcea anteproectul de lege pentru Org. Corp. medical din România, propus în Noembrie 1929 la congresul ţinut la Craiova de Asociaţia Generală a Medicilor când la art. 103 asigura infractorilor o iresponsabilitate civilă definitivă prin acea că le permitea a invoca în sprijinul oportunităţii unui tratament chiar dovedit în urmă inoportun „o teorie" (care poate fi proprie) sau „un sistem" (care poate fi individual) sau „o concepţie ştiinţifică" (despre care poate spune orice terapeut ca şi D-rul Toma Simionescu că este personală a lui *),

Cu toate că ştiinţa aceasta nouă s-a încetăţenit aproape la noi, căci, dupe cum singur atestă pe copertă, colegul nostru D-l D-r Toma Simionescu o practică cu frenezie de circa 30 ani, noi suntem mulţumiţi de a o semnala chiar atât de târziu, şi folosindu-ne în punerea diagnosticului de însăşi ştiinţa — admisă de autor — anume a „fizionomiei" reclamelor — dar cu cercetări pe unde-s bolile, precum şi cu urmărire a remediilor propuse pentru „Scoaterea încărcăturei din corp" — din corpul medical românesc — supunem cazul D-lui D-r Toma Simionescu Colegiului medical din Bucureşti şi aducem în desbateri ştiinţa sa de vindecare acum cu ocazia facerii regulamentului pentru funcţionarea colegiilor medicale şi pentru reglementarea practicei medicale în ţara noastră.

Şi, după cele ce vor urma, vom vedea dacă nu va fi cazul să revenim asupra acestui tablou, cuprinzându-l şi într'o ramă cu motive specific româneşti.

Dr. M. Cânciulescu.

**) 3 este aşa făcut încât poate fi confundat cu 5.

*) MIŞCAREA MEDICALĂ No. 11 anul II | 1929 pag. 900.