Anul IV-lea No. 3—4. Martie-Aprilie 1931.

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pag.

I.

Cronica 147

Bismutul de *Dr. P. Niculescu* 151

Consideraţiuni asupra sindromului de splenomegalie tromboflebitică primitivă (cu o observaţie personală) de *Docent Dr. M. Cânciulescu şi D-ri R. Hirsch, S. Paulon, I. Rosenstein, Căp. I. Vasilescu* 164

Operaţia prin ignipunctura (thermocauterizare) a cazurilor de ablaţie a retinei de *Dr. Nicolae Blat*-T.-Mureş 187

Phototerapia în pustula malignă de *Dr. Ar. Stere*-Bazargic 194

Uter dublu, vagin dublu, sarcină unilaterală, vărsături incoercibile de *Dr. Ovidiu Alfandary* 200

Formular de terapeutică ginecologică (sfârşit) de *Dr. A. Crăiniceanu* 206

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualităţi medicale

Fisio-patologie: **Presiunea medie constantă sfigmomanometrică** de *Vaquez, Kistinios* şi *Papaianou* — **Rolul circulaţiei venoase în edemul acut al plămânului** de *Giraud-Costa* — **Probele lui Escudero pentru diagnosticul gutei** de *Caranegra* — **Rolul fisiologic şi patologic** 213 214 215

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

22910

Pag.

al sistemului timo-limfatic de *Mouriquand* și *Bernheim* — **Tratamentul pruritului vulvar esențial** de *Lortat Jacob* — **Presiunea medie și eclampsia** de *Levy-Solal, Kisthinios* și *Lepage* — **Cardigrafia apexiană cu ajutorul manșetei pneumatice și a capsulei lui Pachon-Boulitte** de *Laubry, Routier, von Bogaert* — **Congresul de tuberculoză de la Bordeaux: Bacterioliza bac. tuberculos** de *Bezançon* și *Philibert* — **Diagnosticul activității lesiunilor pulm. tuberculoase** de *Leuret* și *Caussimon* — **Căutarea bac. Koch în sângele tuberculoșilor pulmonari** de *Caussimon* — **Uro-sedimentul proaspăt** de *Paillard* — **Catastrofa datorită ceței de la Maastal** de *Wolter* — **Solarita în ploze și apendicite** de *Jaquet* — **Sindrom argranulocitar de origine radioterapică** de *Fiessinger, Hecourt* și *Laur* 223 215 215 216 218 219 219 220

Terapeutice: **Asupra terapiei anghinei agranulocitare** de *Neidhart* — **Subnitratul de Bismut în trat. turburărilor nervoase și circulatorii paradigestive** de *Bensaude* și *Cottet* — **Tripaflavina și sărurile de argint în trat. blenoragiei** de *Engelhardt-Gemmer* și *Weber* — **Experiențe cu cholelfavina** de *Moldenscardt* — **Acțiunea cardiazolului asupra organelor cu mușculatura netedă** de *Januschke* 223 224 221 223 226

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — ORGANIZAȚIE SANITARĂ

Ocrotirea copilului la orașe. Inceputuri de organizare la Craiova de *D-nii Al Plevianu și I. Rosenstein* 227

B. — CĂRȚI — RAPOARTE — DĂRI DE SEAMA.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dr. A. Teohari. **Tratat de terapeutică: boalele de nutriție** fascicula V 1930. Rec. de *D-r. M. Cânciulescu* . . . 237

C. I. Parhon și M. Goldstein. **Traité d' Endocrinologie: la glande thyroide** 1930. Rec. de *D-r. M. Cânciulescu* . . . 238

D-ri I. Țețu, I. Iovin și C. Andreescu. **Diagnosticul în Oto-Rino-Laringologie** 1930. Rec. de *Dr. L. Mayersohn* 239

Congresul al 9-lea de Oto-Rino-Laringologie 25-26 Oct. 1930 Dare de seamă de *Dr. Mayersohn* 244

Activitatea Soc. pentru Profilaxia Tuberculozei la Craiova în 1930. Dare de seamă de *D-r. M. C.* . . . 247

C. — BULETINE SI REVISTE MEDICALE

Arch. r. de path. expérim. et de microb. No. 3 | 1930 248

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Bucarest No. 5, 6 7, 8, 9 | 1930 248

Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Jassy No. 3 | 1930 249

Buletinul medico-terapeutic No. 12 | 1930 și 1, 2, 3 | 1931 250

București medical No. 1, 2, 3 | 1931 250

Clinica No. 4, 5, 6 | 1930 251

Clujul Medical No. 1, 2, 3 | 1931 251

Ginecologie și Obstetrică No. 3—4, 5—6 | 1930 252

Noua revistă medicală No. 7, 8 | 1930 și 9, 10 | 1931 253

(Urmare pag. III-a cop.)

Nr. 3-4

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

Comitet de Patronaj:

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

Director:

Docent 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

ADALIN

(Bromdiäthylacetylcarbamid)

HIPNOTIC

cu acţiune sigură în turburările nervoase de etiologie variată.

Ambalaj original: tub cu 10 şi 20 tablete à 0.50 ctgr.

SAJODIN

RENUMITUL

PREPARAT DE IOD

inodor şi insipid

perfect tolerat; deci indicat în special pentru tratamente mai îndelungate în **Arterio scleroza, Astm bronchic, Sifilis secundar şi terţiar, etc.**

Dosaj: 1—2 tablete 2—4 ori pe zi (se ia la una oră după masă).

Ambalaj original: tub cu 20 tablete á 0,50 ctgr.

„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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA

Din Tratatul său de farmacologie clinică și experimentală, în curs de apariție, D-l Dr. P. Niculescu, *publică capitolul* „Bismutul", *agentul ultim introdus în terapeutica sifilisului de către Levaditi și Sazérac în 1921, încă și azi de o vie actualitate.*

Din studiul acesta atât de complect, în care contribuția românească dată de D-ri St. Nicolau și Blumenthal, C. Dimitriu-Iași, Iliescu, etc., este citată cu multă grije și cu multe detaliuri, reese în primul rând reabilitarea bismutului.

Primit cu extremă favoare de public și corp medical pentru indicațiile lui întinse la toate formele de sifilis, pentru contraindicațiile mai restrânse, pentru calea de administrare (intramusculară) mai comodă, mai ușor suportabilă și mai lipsită de pericolele căii endo-venoase, bismutul parvenise să detroneze mercurul și mai ales neosalvarsanul (cel puțin pe acesta din urmă la noi în urma unor repetate accidente mortale cu răsunet în presă). [1])

Ori, acum câtva timp Jeanselme [2]) *a publicat o statistică doveditoare că în ultimii ani, de când cu întrebuinnțarea quasi excesivă a bismutului, s-au înmulțit cazurile de sifilis vervos; constatarea aceasta, care pe drept a trebuit să alarmeze, se vede însă că nu poate fi interpretată ca o probă de ineficacitate din partea bismutului, ci mai de grabă ca o insuficiență de tratament, de doze adequate, așa cum trebuește considerată și bismuto-rezistența, care nu există după afirmația autorului.*

Ca acțiune specifică și eficacitate bismutul răspunde pe scara, pe care neosalvarsanul este notat cu 10 iar mercurul cu 4, la gradația 7, și chiar la acelaș nivel cu neosalvarsanul dupe alți autori; — cași acesta negativează rapid și chiar mai durabil reacția

---

*) Nu toate accidentele mortale prin injecțiile cu neosalvarsan trebuesc socotite ca datorite unei alterări a medicamentului; personal am fost chemat din primele momente de 2 confrați, în cabinetul cărora i-a venit rău și-a sucombat pacientul; unuia injecția i s'a practicat la prânz, după contractarea căsătoriei sale civile și dupe o noapte, cea precedentă, nedormită și trecută în petreceri; bolnavului cu guler înalt la gât și strâns în haine de gală i se face rău de îndată ce eșit din cabinetul încălzit al medicului dă de frigul de afară; — cel de al doilea caz privește pe o doamnă în etate, care dimineața de nemâncate primește doza IV de 0.60 neosalvarsan de-abia la 6—7 zile dupe prima inj. de 0.30; — un al treilea caz, de care avem iarăși deplină cunoștință, se referă la un militar căruia medicul, care i-a practicat injecția, i-a dat primele ajutoare dupe 36 ore de când începuse a prezenta primele semne de intoleranță, pentru cari îl internează în spitalul militar din București, unde moare dupe câte-va zile.

Deci nu numai alterarea medicamentului ci și ușurința cu care se practică injecțiile de neosalvarsan și se trece peste anumite regule de prudență, este de luat în considerare în asemenea împrejurări.

**) Citat din memorie.

Wassermann, dă mai puţine recidive, aplicat precoce şi în doze masive sterilizează organismul dând posibilitate unei reinfecţii.

Din cetirea articolului se mai constată că: primele încercări de ordin terapeutic au fost făcute la 1889 şi deci reluate de Levaditi cu 41 ani în urmă; — dacă calea intramuşculară rămâne exclusivă, dar sub forma de pomadă 10% şi întrebuinţat local bismutul poate înlocui ca profilactic local celebra pomadă cu 33% calomel a lui Metchnicoff, iar injecţia hebdomadară cu o soluţie bismutică insolubilă printr'o mai înceată resorbţie locală şi prelungită eliminare poate fi întrebuinţată practic în tratamentul de întreţinere al sifilisului (soluţia solubilă fiind mai aptă pentru tratamentul de atac) şi ca profilactic general pentru prostituate, soldaţi, şcolari; — în vitro bismutul posedă o slabă putere spirilicidă, acţiunea lui terapeutică fiind datorită la formarea în prezenţa de extrase organice de combinaţiuni proteo-bismutice; — bismutul este foarte maniabil, doza terapeutică fiind de 50 ori mai mică ca doza toxică; — doza zilnică se cuprinde între 0.10—0.15 ctgr. bismut, injecţia se repetă la 3—4 zile, seria coprinde până la 1.40—3 gr. bismut, seriile se repetă la 1—2 luni distanţă; — accidentele locale (mici dureri) sunt excepţionale, cele generale rare, cele mortale excluse; cel mult sunt de semnalat inconvenientele mai mult vizibile ale lisereului gingival şi gripa bismutică, pe care ne permitem a o interpreta nu numai ca o reacţie Herxheimer, ci şi ca proces de exaltare a microbism lui latent dela nivelul diferitelor organe prin cari are loc eliminarea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Docent Dr. Cânciulescu *împreună cu colaboratorii săi* D-ri R. Hirsch, Paulon, Rosenstein, Vasilescu, *publică o observaţie clinică cu protocol necropsic de* Splenomegalie tromboflebitică primitivă, *cu care ocazie autorii pun la punct chestiunea autonomiei acestui sindrom mai cu seamă controversat din punct de vedere etiologic.*

Constatarea unei trombo-flebite a venei mesaraice superioare, care a grăbit moartea prin determinarea unui infarct intestinal necrotic, face pe autori să socotească drept cauză mai frequentă la baza acestui sindrom splenic existenţa unui proces flebo-mesaraic latent sau evolutiv, ale cărui poussée-uri fac atât de caracteristică faza finală cu febră, ascită, hemoragii; splina participă dela început prin producerea de flebite parţiale a ramurilor intrasplenice ale venei sale, flebite datorite stazei, ce rezultă din turburarea cu hipertensiune a circulaţiei porte.

Aceste flebite parţiale intrasplenice explică aspectul de stază al splinei tromboflebitice, aşa cum l-a remarcat Eppinger: procesul de scleroză este mai puţin difus şi neuniform repartizat în masa splinei; autorii l-au găsit mai accentuat înspre regiunea pediculului vascular splenic.

Autorii recomandă cercetarea atentă a intestinului pentru a depista mai ales infarctele cicatriciale videcate.

Pileflebita regională (mezaraică, splenică) sau generală (prin extensiunea procesului la vena portă), ar putea recunoaşte în anumite, dar cele mai frequente cazuri, acelaş mecanism de producere cu punct de plecare intestinal şi aspect clinic variat după localizarea şi predominenţa simptomelor locale, iar maladia lui Banti ar constitui termenul ultim, etapa hepatică, a unei pileflebite radiculare şi tronculare cu evoluţie prelungită.

*

Dr. Nicolae Blat *publică rezultatele favorabile obţinute cu practicarea* Operaţiei lui Gonin prin ignipunctură, în cazurile de ablaţie a retinei: *în ultimii 10 ani tratând prin mijloacele obişnuite 37 cazuri de ablaţie a retinei numai în 2 cazuri a obţinut o realipire definitivă a retinei deslipite; în schimb în alte 8 cazuri tratate în ultimii 2 ani şi la cari a practicat termocauterizarea a obţinut 3 vindecări.*

Proporţia vorbeşte prea eloquent în favoarea operaţiei Gonin; dar ca operaţia să reuşească autorul insistă asupra localizării precise a sediului fissurii, pentru ca canterizarea să poarte exact asupra sediului ei.

*

D-rul Aristide Stere, *preconizează încă dela 1926* Tratamentul fototerapic al pustulei maligne *prin radiaţiunile emanate dela un arc voltaic; la materialul publicat atunci autorul aduce alte 9 observaţii, toate cu acelaş rezultat favorabil, rapid obţinut şi în condiţiuni cosmetice superioare (cicatrice puţin vizibile).*

BDU Cluj / Central University Library Cluj

*

D-rul Ovidiu Alfandary *publică o observaţie de varietate rară:* Uter dublu, vagin dublu, sarcină unilaterală cu vărsături incoercibile.

Autorul face istoricul şi prezintă tabloul clinic al acestei rare malformaţiuni utero-vaginale, la care D-sa a practicat pentru precizarea diagnosticului în lipsa unei grafii cu lipiodol examenul cu 2 histerometre introduse fiecare în câte un uter şi palpaţie bimanuală.

*

In articolul: Ocrotirea Copilului la oraşe, D-nii D-ri Plevianu *şi* Rosenstein, *schiţează modul cum trebue să se organizeze* Ocrotirea pre- şi post-natală a copiilor *şi prezintă* Inceputurile de organizare dela Craiova. *Aplicarea acestui sistem de ocrotire este necesară, dată fiind mortalitatea mare infantilă din România. Se cere însă ca alături de iniţiativa particulară oficialitatea, respectiv comuna, să înscrie în buget sumele necesare unei organizaţii suficiente. Se mai cere încă, aşa cum recomandă şi autorii — desiderat susţinut încă din 1920 de către Schreiber la Congresul Internaţional de Protecţie infantilă — ca toate organizaţiile par-*

ticulare sau de stat să lucreze de comun acord şi cu un program unitar, care să evite risipa de forţe.

Craiova are norocul să numere suficiente organizaţii de ocrotire infantilă pre- şi post-natală. Din schema cuprinsă în articol se poate constata numărul şi valoarea lor şi se poate spera că, lucrând în strânsă colaborare aşa cum s'a început, Craiova să fie una din primele oraşe din ţară cu o complectă organizaţie de supraveghere şi îngrijire eficientă a copilului.

Dr. M. Cânciulescu.

Klimakton «Knoll»

Influenţează causal
şi simptomatic

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Perturbaţiunile menopauzei

prin
acţiunea sa simultaneu
asupra sistemului nervos
şi celui glandular.

Conţine: Ovaraden pur 0.03 gr., Thyraden pur 0.006 gr., Bromural 0.15 gr., Calcium-Diuretin 0.15 gr., restul masa zaharată.

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rhein.

Ambalajiu original
cu 20 sau 50 bucaţi bonbonifiate
de 3 ori zilnic câte 3 bucati.

REPRPZENTANŢA ŞI DEPOSIT:
M. TATARSKI, STR. ISVOR 43, SECT. VI BUCUREŞTI.

BISMUTUL [1])

de

Dr. PETRE NICULESCU

ISTORIC: Acţiunea specifică a bismutului în sifilis, încercată clinicește de **Masucci,** a fost studiată pe câine de **Balzer** în acelaş an (1889). Balzer a întrerupt aceste cercetări din cauza accidentelor observate (stomatită şi enterită), accidente ce se datoresc dozelor masive întrebuinţate.

Incercările experimentale în spiriloza găinilor, au fost făcute cu rezultate mulţumitoare, de **Sauton** şi **Robert** (1916). Rezultate mai puţin satisfăcătoare au fost obţinute de aceiaşi autori în infecţiunile cobailor cu Tripanozoma nagana; această infecţiune a fost prielnic influenţată, dar recidiva nu a putut fi împiedecată.

Primele aplicări în sifilisul animalelor (iepuri infectaţi cu spirocheţi) au fost făcute de **Levaditi** (1921), cu ajutorul tartrobismutatului alcoolic preparat de **Sazerac.** Modificând suspensiunea preparatului (din salină în uleioasă) şi administrându-l la sifilitici, aceşti autori au observat dispariţia rapidă a spirocheţilor şi leziunilor, observaţii ce au fost confirmate în acelaşi an de **Fournier** şi **Guénot.** Acţiunea prielnică asupra evoluţiunei maladiei a fost învederată de **Nicolau** (1923) şi colaboratorul său **Blumenthal** cari, studiind modificările reacţiei Wassermann au constatat că dispariţia reacţiunei se obţine mai uşor decât cu celelalte medicamente specifice. Această superioritate a fost confirmată de **Schwartz** (1930) prin urmărirea îndelungată (10 ani) a unui foarte mare număr de bolnavi din serviciul lui Fournier.

ABSORBŢIE şi FIXARE: Absorbţiunea bismutului este condiţionată de următoarele 3 elemente: 1) Modul de administrare; 2) Suspensiunea, şi 3) Natura preparatului.

1) **MODUL DE ADMINISTRAŢIE** cel mai obicinuit şi

---

1) Din *Tratatul* de *Farmacologie clinică şi experimentală,* în curs de apariţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

care determină absorbţia cea mai bună, este constituit de injecţiile intramusculare. Rapiditatea absorbţiei se face prin examenele radiologice comparative, făcute la nivelul injecţiunei. Astfel **Nicolau** şi **Blumenthal** injectând un preparat bismutic, Airolul, la antebraţ şi făcând examenul zilnic, au constatat că rezorbţiunea depozitului începe din ziua patra şi se desăvârşeşte în 16 zile. Inejctând un alt preparat, Bismeta, în regiunea fesieră, **C. Dumitriu** (Teză, Iaşi, 1925, Clinica Mironescu), a găsit că absorbţiunea se prelungeşte chiar şi după 30 zile.

Bismutul absorbit este disociat prin diverse reacţiuni celulare şi transportat apoi prin intermediul leucocitelor, cari desăvârşesc această disociere, atât prin calea sanguină cât şi prin cea limfatică, pentru a fi depuşi în ţesuturi. Rolul leucocitelor a fost învederat de **Zollinger,** care a observat că, în urma injecţiilor cu bismut, leucocitele scoase din circulaţia generală, se înegresc sub acţiunea hidrogenului sulfurat, constatare ce învederează prezenţa metalului în protoplasma lor. In afară de aceasta, **Dumitriu** a constatat că numărul leucocitelor se îndoeşte în urma injecţiilor cu bismut.

Leucocitoza prezintă importanţă atât de mare din punct de vedere al unei manifestaţiuni favorabile în sensul unei vindecări încât după **Gonin, Daoulas** şi **Bienvenue,** lipsa acestei reacţiuni înseamnă că bismutul trebue înlocuit cu un alt medicament. Depozitarea bismutului se face în splină **(Dalché** şi **Villejean),** rinichi, ficat, glande salivare, creer, precum şi în alte organe. Fixarea în rinichi prezintă o importanţă deosebită, de oarece, după **Levaditi,** acţiunea bismutului durează atât timp cât se găsesc cantităţi apreciabile de metal în acest organ — în mediu până la 150 de zile după injecţie.

Chestiunea pătrunderii bismutului în lichidul cefalorachidian prezintă un deosebit interes pentru elucidarea acţiunii în sifilisul nervos. **Iliescu** (1930), întrebuinţând metoda chimică cea mai sensibilă, a lui **Girard** şi **Fourneau,** a constatat prezenţa medicamentului abia după a 7-a injecţiune; bismutul poate fi găsit până în ziua 25-a dela încetarea curei. Studiul absorbţiunei prin calea intravenoasă a fost părăsit, de oarece această metodă a provocat câteva accidente cu sfârşit letal, datorite poate şocului coloidoclasic.

Calea cutanată a fost utilizată prin aplicările de pomadă bismutată (10%) de către **Oelze,** care a observat că absorbţiunea prin piele este destul de intensă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din contră, absorbţia prin pulmoni, ce joacă un rol atât de important în fricţiunile mercuriale, este îndoelnică.

Administrarea pe cale bucală, a fost încercată în ulcerele sifilitice stomacale **(Heymann)**, pentru ca bismutul absorbit să exercite o acţiune spirocheticidă directă. Administrarea pe cale rachidiană şi rectală a fost părăsită.

2) **SUSPENSIUNEA** bismutului se face cele mai adeseori în grăsimi şi câteodată în apă. Din punct de vedere al vehiculului grăsos, preparatele se împart în **suspensiuni uleioase** şi **preparaţii liposolubile,** ultimele constituind o soluţie desăvârşită. Liberarea şi absorbţiunea bismutului din grăsimi se face cu atât mai încet cu cât disocierea sa este mai complectă. Incetinirea absorbţiunei îngăduie o acţiune curativă mai îndelungată, ce explică faptul explicat de **Iliescu,** că rezultatele obţinute prin preparatele liposolubile sunt superioare celor determinate de suspensiile uleioase.

3) **NATURA CHIMICĂ A PREPARATULUI** este extrem de variată. După **Levaditi** cu cât un preparat are o compoziţie chimică mai simplă, cu atât disocierea bismutului se face mai uşor, şi acţiunea curativă este mai puternică. Din contră, disocierea preparatelor complexe se face cu mult mai mare dificultate, impunându-se organismului un exces de muncă nefolositor şi importante modificări ale leucocitozei. Cantitatea bismutului este mai puţin importantă decât gradul său de disociere. Astfel se explică dece Trepolul care conţine cu 1/3 mai puţin bismut decât Neo-trepolul, desfăşură totuşi o acţiune mai intensă.

Superioritatea acţiunii preparatelor lipo-solubile se mai datoreşte şi faptului că, în aceste preparate, bismutul este atât de intens desagregat, încât atinge într'o oarecare măsură gradul de ionizare. Acţiunea curativă se datoreşte ionului bismutic.

ELIMINAREA bismutului se face mult mai încet decât absorbţiunea **(Engelhardt,** 1928), constatare ce explică formarea depozitelor în organism. Bismutul se elimină atât prin urină cât şi prin intestin. Ultima cale de eliminare arată că constipaţia bolnavilor cărora li se face doze mai mari, trebue combătută, evitându-se astfel primejdia unor intoxicaţii. Soluţiile apoase sunt repede eliminate şi în mod regulat. Prin aceste preparate, după **Bènech,** bismutul apare în urină după 2 maximum 4 ore şi perzistă 6 zile după încetarea curei. Suspensiile uleioase sunt îndepărtate mai încet. Astfel **Iliescu** utilizând preparatele liposolubile, a constatat că metalul se elimină după 5 până la 8 ore; această eliminare se poate depista chiar după 25—30 zile

dela încetarea curei; ea este mai neregulată decât pentru soluţiile apoase **(Engelhardt).**

Eliminarea este înceată şi neregulată, făcându-se de 8 ori mai mult prin urină decât prin materiile fecale.

ACŢIUNEA SPECIFICĂ A BISMUTULUI a fost considerată în prima jumătate a deceniului de când acest medicament a fost introdus în terapeutica sifilisului, ca fiind simţitor superioară mercurului şi destul de apropiată de acea a salvarsanului. Căutând a se preciza prin cifre această gradaţie, s'a afirmat că, dacă se exprimă prin 10 acţiunea curativă a salvarsanului, aceea a bismutului s'ar nota cu 7, iar a mercurului cu 4. Progresele făcute în ultimii ani, în compoziţia preparatelor şi mai ales în suspensiunea lor, au determinat o notabilă sporire a acţiunii curative, astfel că bismutul este considerat ca egal sau chiar întrucâtva superior salvarsanului **(Schwartz, Iliescu).** Toleranţa considerabilă a organismului pentru bismut, a contribuit de asemenea la extinderea întrebuinţărei sale. Acţiunea curativă a bismutului variază după cele 3 perioade ale evoluţiei sifilisului.

1) Accidentul primar se vindecă într'una până la 2 săptămâni dela începerea curei, iar dispariţia spirocheţilor se observă în 2—3 zile. Observaţiile comparative ale lui **G. Levy** (1930), arată că spirocheţii ar dispărea ceva mai repede prin arseno-benzol decât prin bismut. Acţiunea spirocheticidă fiind mai puţin bruscă, fenomenele toxice şi febrile provocate de preparatele arsenicale, nu se observă în cura cu bismut. După cum au arătat primele observaţii ale lui **Fournier** şi **Guenot,** adenopatia retrocedează mai încet, în 2—3 săptămâni, fenomenele secundare nu mai apar, iar seroreacţia Wassermann rămâne persistent negativă.

2) Accidentele secundare dispar după următoarea gradaţie **(Iliescu):** cel mai repede cele cutanate, apoi cele mucoase (4—9 zile). Rozeolele dispar după prima inejcţie **(Herzheimer),** sifilidele psoriaziforme palmare dispar ceva mai greu, în 15 zile. **(Fournier** şi **Guenot).** Distrugerea rapidă a spirocheţilor, este precedată de fenomenul paradoxal al unei înmulţiri trecătoare, constatată de **M. Cardeso** (Clinica, **Iadassohn,** 1924). Această înmulţire, ce s'a constatat că este determinată şi de salvarsan, se datoreşte unui efect iritativ, ce explică în parte fenomenele congestive de focar, cunoscute sub numele de reacţia lui **Herzheimer.**

Seroreacţia, este cu atât mai bine influenţată, cu cât trata-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mentul este mai eficace. Din observaţia lui **Nicolau** şi a colaboratorului său **Blumenthal,** reiese că negativizarea seroreacţiei se poate realiza relativ târziu, după 2 luni dela tratament, constatare ce arată că bismutul depozitat în ţesuturi îşi continuă acţiunea curativă ,şi după încetarea tratamentului. După constatările lui **Schwartz,** urmărite în timpul ce s'a scurs dela întrebuinţarea bismutului şi până la 1930, negativizarea seroreacţiei prin bismut pare că este mai constantă decât cea obţinută prin salvarsan. Posibilitatea realizărei unei vindecări rapide a sifilisului în această perioadă, a unui tratament abortiv, este învederată de următorul fapt: în 4 cazuri, dintre cari ultimul observat de **Nicolau** şi **Blumenthal** (1928), sifilitici trataţi cu bismut s'au reinfectat după câţiva ani, contractând din nou sifilisul.

3) Accidentele terţiare sunt mai puţin repede influenţate decât cele secundare, acţiunea salvarsanului fiind după unii autori, mai intensă în această perioadă. In schimb însă recidivele după bismut sunt mai rare, ceeace arată că acţiunea sa este mai persistentă. Modificările seroreactice sunt în această perioadă mult mai puţin apreciabile **(Nicolau),** preparatele liposolubile desfăşurând din acest punct de vedere o acţiune mai puternică decât suspensiunile uleioase, **(A. Ernest).**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In nefrita sifilitică albuminuria dispare în 2—3 săptămâni. **Fournier** şi **Guenot** a obţinut vindecări mai rapide în meningita sifilitică. Modificări prielnice se obţin în aortitele specifice şi chiar în anevrisme **(Fournier** şi **Guenot).** Avantajul întrebuinţării bismutului în afecţiunile cardiace, faţă de salvarsan, constau din faptul că bismutul desfăşurând o acţiune mai înceată, este mai puţin primejdios,. pentru miocardul insuficient din punct de vedere funcţional. După **Laubry** şi **Bordet,** avantajul acţiunii mai încete se transformă în neajuns, atunci când trebuesc modificate în grabă aortite cu evoluţie rapidă; în aceste cazuri tratamentul de atac prin medicaţia arsenicală este cel mai indicat. Bismutul poate fi întrebuinţat cu mult succes ca tratament de întreţinere.

In tabes şi paralizia generală, în stadiul iniţial se obţin ameliorări ce nu se mai observă în stadiul tardiv. Rezultate bune se obţin în sifilisul congenital.

In tratamentul afecţiunilor oculare, **D-şoara Petala** (Teză, Buc., 1923), a întrebuinţat cu succes bismutul singur sau asociat cu mercurul şi neosalvasanul **(Airol).** După **Gâlvan** (Cluj,

1925), în aceste afecţiuni, acţiunea curativă a bismutului, egalează pe aceea a preparatelor arsenicale. In keratitele recente şi unilaterale, **R. Margeriu** (1929), a observat dispariţia fotofobiei şi a durerei, perioada inflamatorie fiind scurtată; acţiunea bismutului în aceste cazuri părând a fi mai durabilă şi mai intensă decât a arsenicului şi a mercurului.

Bismuto-rezistenţa reprezintă însuşirea ce ar avea anumite specii de spirocheţi de a rezista acţiunii destructive a bismutului, rezistenţă ce ar isvorî uneori dintr'un proces de obişnuinţă. **(Sci,** cercetări experimentale în laboratorul **Giemsa).** Această bismuto-rezistenţă, admisă de **Elliassow** şi **Sternberg,** precum şi de **Lortat-Jacob,** cari au observat neinfluenţarea sau chiar progresiunea leziunilor ce s'ar datori după **Thorel** nu calităţii bolnavului ci calităţii agentului infecţios, este negată de **Schwartz,** care se bazează pe un foarte mare număr de cazuri observate.

Cazurile nemodificate se explică, cele mai adesea, prin rezistenţa scăzută a organismului ce nu îngădue suficienta desfăşurare a forţelor de apărare, prin dozele insuficiente şi poate unui proces de încapsulare împrejurul bismutului introdus, încapsulare ce împiedecă absorbţia directă.

MODUL DE ACŢIUNE: Efectul destructiv asupra spirocheţilor nu este prea intens. Astfel **Giemsa** a constatat că bismutul, în contact cu spirocheţi timp de ½ oră, în concentrare de 0,035%, nu scade mobilitatea acestora, iar diluţia de bismut de 1 : 10.000 nu le împiedecă desvoltarea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bismutul nu devine spirocheticid decât în prezenţa extractelor de organe, fapt ce arată importanţa factorului biologic reprezentat de ţesuturile organismului. **Levaditi** şi **Howerd** au constatat că, sub influenţa organelor bogate în sulf şi în glutathion cum sunt capsulele renale, doze extrem de reduse de bismut provoacă imobilizarea spirocheţilor. Aceste combinaţii proteo-bismutice produc vindecarea leziunilor şi negativitatea reacţiunilor serologice în doze foarte mici (18 până la 252 de miligrame de bismut pentru un tratament (după constatările lui **Fournier** şi **L. Guenot).** De asemenea **Dekeyser** (1930), utilizând o sare liposolubilă (camphrocarbonat de bismut) a obţinut sterilizarea la iepuri infectaţi cu sifilis, numai cu doza de 1—2 miligrame pe kilogram de animal. Eficacitatea acestor doze infinitezinale arată că metalul exercită un fel de acţiune catalizatoare, întărind mijloacele de apărare celulară şi umorală a organismului.

ACȚIUNEA PROFILACTICĂ a fost încercată de Levaditi. Prin injecțiunea unui preparat mercurial (Trepol), iepurii nu mai pot fi infectați cu sifilis un timp destul de apreciabil ce durează minimum 150 de zile, atât timp cât bismutul mai este decelabil în rinichi. La maimuțe, cari prezintă în evoluția sifilisului numeroase analogii cu sifilisul uman, durata timpului de apărare este și mai mare (283 de zile). Injectarea săptămânală de bismut a ferit un mare număr de prostituate din **Lodz** (Polonia), de infecțiunea specifică. Rezultate asemănătoare au fost obținute de **Fournier** și **Yovanowitsch,** precum și de **Arène** și **Martins.**

INDICAȚIUNI și CONTRAINDICAȚIUNI: In afară de întrebuințările antisifilitice expuse, bismutul a fost încercat în cura **Butonului de Orient.** In cazuri în cari arsenobenzolul nu a adus vindecarea, **Paul Vigne,** întrebuințând **iodobismutatul de chinină,** a obținut cicatrizarea butonului.

Bismutul este contraindicat în miocarditele și nefritele grave, cu excepțiunea celor sifilitice. Am putut observa că, chiar bolnavii cu ipertensiuni grave, tolerează mai ușor bismutul decât celelalte medicamente specifice.

Această contraindicație este deci relativă. Sifiliticii cari sufăr de diabet, suportă greu bismutul și glicozuria poate spori. Intr'un astfel de caz, tratat cu bismut și neosalvarsan, **Smechula** a observat apariția de coma diabetică cu evoluție letală. Urmează deci, că cercetarea și dozarea zahărului trebue făcută cu grije în cazurile de diabet, iar tratamentul aplicat cu toată prevederea.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj / Iuliu Haţieganu University Library Cluj

TOXICITATEA bismutului pentru care organismul posedă o toleranță destul de mare, este apreciabil mai redusă decât acea a salvarsanului și mercurului. In afară de iod, care posedă o acțiune specifică mai puțin pronunțată, bismutul reprezintă medicamentul antisifilitic cel mai puțin vătămător, doza curativă fiind de 50 de ori mai mică decât cea toxică. Sărurile solubile, administrate pe cale intravenoasă sunt extrem de toxice provocând sfârșitul letal în cantitatea de 0,004 miligrame pe kilogram de animal **(Wolfer).** Cantități mult mai mari sunt nevătămătoare dacă sunt administrate intramuscular, în suspensie oleioasă.

Intoxicațiile pe cale cutanată, la iepuri, prin aplicarea de preparate ce conțin bismut (xeroform și dermatol) se traduce din partea sângelui prin încetinirea vitezei de precipitare și scăderea viscozității. O parte din intoxicațiile cu doze curative de

bismut s'ar datori unei rezorbţiuni bruşte şi intense din mai multe depozite încapsulate **(Weillet)**, de unde recomandarea de a se controla prin radiografie, la începutul unei noui cure, rezorbţiunea medicamentului introdus anterior.

ACCIDENTELE, cele mai multe de o gravitate destul de redusă, se împart în locale, generale şi mortale.

1) Accidentele locale constau în dureri la locul injecţiunii şi endarterită obliterantă.

Dureri intense la nivelul inejcţiunii, datorite acţiunii iritante a bismutului, se observau foarte adeseori **(Millian)** în primii ani ai introducerii medicamentului. Progresele în preparare (bismutul liposolubil) au făcut ca injecţiile să fie aproape indolare.

Endarterita obliterantă, accident destul de rar, se datoreşte după observaţia făcută de **Şt. Nicolau** într'un caz provocat de Airol, pătrunderei bismutului în lumenul unei artere ce se obstruiază prin depozitele formate de medicament. Obstruarea se traduce prin dureri violente, ce apar brusc, marmoraţie violacee a pielei, plăci limitate de gangrenă şi febră. Aceste turburări destul de grave, dispar după câteva săptămâni, circulaţia restabilindu-se prin vasele intacte sau prin rezorbţiunea trombusului bismutic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) Accidentele generale constau în ceea ce s'a numit gripa bismutică, caracterizată prin febră, de obiceiu moderată, însoţită de greaţă şi rare ori vărsături. Aceste fenomene ce apar numai după prima injecţie, s'ar datori după **Levaditi**, distrugerii spirocheţilor, intrând astfel în cadrul reacţiei Herzhemero, **Dumitriu** (Teză citată), a observăt într'un număr de cazuri, turburări curioase constând în senzaţie de constricţie la nivelul laringelui, sufocaţie şi stare sincopală, urmată de cefalee.

Turburările acestea ar constitui o formă atenuată de crize nitritoide.

Crizele nitritoide şi congestiile feţei **(Simon, Drouet, Leredde)** apăreau mai ales după injecţiile intravenoase, cari au fost părăsite. Aceste crize au devenit excepţionale prin întrebuinţarea ultimelor preparate de o toxicitate mai redusă.

Accidentele tubului digestiv. Cele mai frequente se observă la gură şi constau în lizereu gingival, gingivită şi stomatită.

Lizereul gingival, datorit depunerii bismutului în endoteliul vascular, se observă mai ales la incisivii inferiori.

Dispariţia lizereului nu se realizează prea repede putând dura uneori, ca în cazul lui **Kobert,** timp de 6 luni. Singurul neajuns al lizereului consistă în aceea că atunci când este mai intens, trădează cu uşurinţă, ca un adevărat stigmat, tratamentul căruia bolnavul este supus.

Gingivita reprezintă cele mai adeseori, numai o agravare a iritaţiei gingivale anterioare şi face necesară atât scăderea dozelor cât şi distanţarea injecţiilor. Tratamentul gingivitei constă în atingerea cu o soluţiune de 10% de acid cromic sau masagiul gingival.

Stomatita se datoreşte agravării leziunilor anterioare dento-gingivale prin alteraţia provocată de depunerea bismutului şi favorizarea infecţiei cu coci şi bacili fuziformi.

Stomatita bismutică este mai puţin gravă decât cea mercurială. Mai mult decât autât, într'un caz de stomatită gravă mercurică, **Ploeger** afirmă că a obţinut vindecarea prin bismut.

Accidentele intestinale constau în dizenterie şi în colici observate destul de des **(Emeryn** şi **Morin-Wallon).** Constipaţia, cum s'a arătat mai sus, prezintă neajunsul de a îngreuna eliminarea bismutului.

Accidentele hepatice sunt foarte rare, toleranţa focatului pentru bismut fiind foarte accentuată. Cu toate acestea, nu rareori s'a observat urobilinurie. Apariţia icterului a fost observată în câteva cazuri **(Jeanselme, Hudelo, Rabut** şi **Şt. Nicolau).**

Accidentele renale cele mai frequente, se traduc prin: epiteliurie, cilindrurie, albuminurie uşoară şi albuminurie gravă.

Epiteliuria găsită foarte adesea de **Felke,** constitue numai un simptom de alarmă ce nu produce nici o turburare şi care dispare după 15 zile.

Cilindruria, mai puţin frequentă, apare în mod brusc după observaţiile lui **Şt. Nicolau,** având particularitatea de a nu se traduce prin nici un simptom. Uneori ureea în sânge sporeşte, iar permeabilitatea renală este, cele mai adesea, normală.

Albuminuriile uşoare evoluiază tot atât de benign ca şi cilindruriile şi nu necesită suspendarea tratamentului.

Albuminuriile grave, ce impun întreruperea tratamentului, sunt bine influenţate atunci când sunt de origine sifilitică **(Citron, Şt. Nicolau).**

Accidentele nervoase se traduc în forma cea mai uşoară prin nervozitate şi visuri neliniştitoare **(Pinkus).** In for-

www.libtool.com.cn

mele mai serioase se observă insomnie, agitaţie şi cefalalgie ca şi în encefalopatia saturnină. **Morg** a observat la câine, apariţia de convulsiuni sub influenţa dozelor mari de bismut, constatare ce arată că turburările nervoase se datoresc unei iritaţii directe a creerului.

Accidentele pielei, destul de rare, constau în dermatite, erupţiuni pigmentare, **(Courcoux)** şi Zona Zoster **(Léri, Tzauk** şi **Linossier).**

Excepţional s'a arătat de **Citron** apariţia de metroragii.

3) **Accidentele mortale** sunt absolut excepţionale, datorindu-se agravărei unei afecţiuni latente preexistente tratamentului bismutic. Astfel sfârşitul fatal într'un caz de icter grav a fost interpretat de **Chatagnon,** ca fiind provocat de o hepatită sifilitică şi de o alteraţie toxică a ficatului provocată de bismut.

POZOLOGIE: Numărul extrem de mare al preparatelor bismutice (aproape 150 numai în primii 2 ani ai introducerii medicamentului în cura sifilitică), face cu neputinţă pozologia amănunţită; ne vom mărgini a indica deci, în cele ce urmează numai principiile în ce privesc cantitatea, vehiculul, forma colloidală şi asocierea altor medicamente: (iodul, sulful şi glanda suprarenală).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Cantitatea de bismut metalic ce se introduce pe cale intramuşculară într'o singură dată este de 0,10—0,15 ctgr. la distanţa de 3—4 zile. Totalul cantităţii ce trebue introdusă într'o serie complectă, începe dela 1.40 gr. şi nu trece doza de 3 grame. Distanţa între aceste serii variază între 1 şi 2 luni, după indicaţiile clinice, serologice şi după toleranţă.

Metoda dozelor massive, câte 0.24 ctgr., 2 zile consecutive săptămânal, repetate de 6 până la 7 ori, constitue ceeace s'a numit şocul bismutat. Această metodă urmăreşte intensificarea acţiunii spirocheticide, prin mărirea concentrărei bismutului în ţesuturi. Primejdia intoxicărei ce derivă din acest procedeu, fără îndoială foarte activ, a împiedecat extinderea lui.

Dozele mici au fost acuzate că determină obicinuinţa, prin mărirea rezistenţei spirocheţilor, **(Giemsa),** ce ar provoca recidive clinice şi serologice, precum şi recidive nervoase.

Am arătat mai sus că această bismuto-rezistenţă nu există; totuşi dozele mici prezintă neajunsul eficacităţii reduse.

La sugacii heredosifilitici, până la un an, doza de 0,008 mmgr. până la 0.01 ctgr. pe doză nu trebue trecută; unul din preparatele dozate pentru această vârstă este Trepolul slab

BOVRIL

Continent l'albumine
et la fibrine du boeuf
Stimule tout en nourrissant

Flacon de 1 oz (28 grs)
suffit pour 4 tasses de soupe

Représentant: AGECO S. A., BUCAREST

BCU Cluj / Central University Library Cluj

care conţine 0,025 ctgr. de tartrobismutat de sodiu şi potasiu pe cmc. cub (aproximativ 64% bismut).

2) Vehiculul condiţionează acţiunea terapeutică, apreciabil mai mult decât cantitatea de bismut conţinută de fiece preparat; acţiunea cea mai puternică (**C. Iliescu, M. Comănescu,** Teză, Buc., 1929), se desfăşură de preparatele liposubile: **Bivatolul,** ulei bismutat ce conţine 0,04 ctgr. de bismut pe cmc. (12 inejcţii intramuşculare, câte 2 pe săptămână) şi **Pentabi** soluţiune colloidală (15—20 injecţii, de 2 ori pe săptămână).

Suspensiunile uleioase, în cari disocierea bismutului este mai mică, posedă cu excepţiunea **Iodobismuthului** (serie de 12—18 injecţii), o acţiune curativă ceva mai puţin intensă decât cele liposolubile. Printre aceste preparate se numără: **Trepolul** citat, care conţine 0.20 ctgr. pe cmc., ampula conţinând în 2 cmc. aproximativ 0.12 ctgr. de bismut şi **Neotrepolul** care deşi conţine mai mult bismut, desfăşură o acţiune întru câtva mai slabă. **Bismogenolul** este un oxibenzoat acid de bismut conţinând 0,60% bismut (12—15 injecţii, 2 ori pe săptămână).

Iodobismutatul de chinină (raisse), în ampule de 0,20 şi 0,30 ctgr. conţinând 0,12 ctgr. bismut şi apoi **Bismjochin** Dr. Pamfil, (preparat românesc analog Atome) şi **Bismosalvan** Richter, având aceiaşi compoziţie. **Casbis** Cassela este hidrat activat de bismut.

Soluţiile apoase conţin săruri hidrosolubile mai puţin toxice decât mercurul (**Montlam** şi **Picon**) şi destul de eficace (**Levaditi**).

3) Preparatele colloidale au la bază principiul că bismutul nu ar lucra prin cantitate ci prin ionul bismutic (**Dekeyser**). Disocierea extremă obţinută prin liposolubilitate se realizează în aceste preparate prin starea colloidală a metalului. In afară de **Pentabi** citat, intră **Bismutoidolul** (ampule de 2 cmc. conţine 0,016 ctgr. bismut). Indicaţia primordială este în tratamentul de întreţinere, sifilisul terţiar şi nervos. Toleranţa organismului faţă de acest medicament este mare din cauza toxicităţii extrem de reduse, iar injecţiile de obiceiu sunt complect indolare; uneori însă, probabil prin stabilizarea neîndestulătoare, am putut observa că provoacă dureri apreciabile. Este indicat din cauza toxicităţii nule şi în cazuri de miocardită şi nefrită.

4) Asocierea cu alte medicamente se face cu iodul, sulful şi capsula suprarenală. Prin asocierea iodului cu bis-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mutul realizată în iodobismutatul de chinină, după **Hudelo** şi **Rabut** acţiunea curativă a bismutului ar fi sporită.

Sulful deşi nu este spirocheticid, **(Schröder)** sub forma sa liposolubilă se asociază prin încălzire cu bismutul, asociere ce este compatibilă dacă încălzirea nu e prea mare. După **Levaditi,** medicamentele s'ar combina în interiorul celulei formând o sulfură de bismut activă.

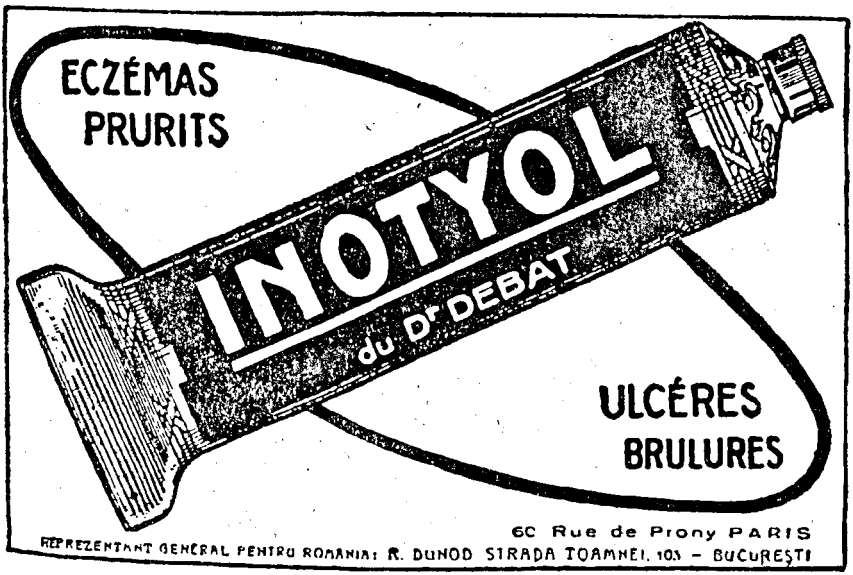
Bismoxilul suprarenal constitue un complex proteobismutic ce desfăşură o remarcabilă acţiune curativă, substanţa suprarenală potenţializând acţiunea spirocheticidă a bismutului.

Astfel se explică vindecările prin cantităţi foarte mici (18—252 miligrame pentru tratament), obţinute de **Fournier, L. Guénot, Schwartz** şi **Iovanovitsch.**

RÉSUMÉ: *De son Traité de pharmacologie clinique et experimentale, en cours d'apparition, le Dr.* P. Niculescu *reproduit le* Bismuth, *dont l'action antisyphilitique étudie à fond en ayant soin de citer tous les travaux des médecins roumains, qui y ont apporté une contribution.*

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. P. Niculescu *studiert in vollständiger Weise den* Bismuth *von Standpunkt der antisyphilitischen Terapeutik. Der rumänische Beitrag isi mit Sorgfalt notiert. Der Kapitel ist aus einem Handbuch klinischer und experimentäler Pharmakologie entnommen, welchen der Verfasser, früher Proffessor von Pharmakologie der Medizinischen Facultät in Cluj, herausgeben wird.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj



CONSIDERAŢIUNI ASUPRA SYNDROMULUI DE SPLENOMEGALIE TROMBOFLEBITICA PRIMITIVA

(cu o observaţie personală)

de

Doc. Dr. M. CĂNCIULESCU şi Dr. R. HIRSCH, S. PAULON, I. ROSENSTEIN, CAP. I. VASILESCU.

Studiul hemoragiilor gastro-intestinale în cursul splenomegaliilor primitive, asupra cărora au fost publicate în ultimul timp numeroase lucrări, au actualizat chestiunea splenomegaliilor tromboflebitice în cari hemoragiile sunt un simptom primordial, constant şi cu o explicaţie simplă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toţi autorii sunt de acord asupra existenţei trombozei venelor splenice şi asupra relaţiei între aceste tromboze, splenomegalii şi hemoragii gastro-intestinale. Nu toţi însă privesc în acelaş fel chestiunea când este vorba de determinat cui revine prioritatea cauzală: trombozei venoase sau splenomegaliei.

Astfel autorii germani (Eppinger, Holzman, Rickl), italieni (Frugoni, Lusena), amintesc că încă de mult, splenomegalia tromboflebitică este descrisă în cazuri izolate şi că poate fi încadrată într'o entitate independentă bine determinată.

Şi când autorii italieni spun splenomegalie tromboflebitică „primitivă" înţeleg maladia care corespunde unei **piletromboze regionale stângi, splenice, cu splenomegalia consecutivă.** Exclud deci din acest cadru cazurile de splenomegalie de orice natură, complicate cu fenomene vasculare cari compromit în mod secundar circulaţia în vena splenică sau cazurile în cari tromboza splenică este consecutivă unui proces morbid propagat dintr'o regiune vecină.

Autorii francezi (R. Gregoire, Emil-Weil, Codvelle), cred însă că este foarte greu de precizat dacă tromboza este primitivă şi dacă ea nu este datorită unei propagări din partea splinei a unui proces inflamator sau fibros. Mai critică

încă tabloul simptomatologic, ce se descrie, ca fiind caracteristic splenomegaliei tromboflebitice primitive, arătând că simptomele acestea se întâlnesc în multe alte varietăţi.

Se pare însă, din datele anatomoclinice din ce în ce mai numeroase pe cari le aduc susţinătorii splenomegaliei tromboflebitice primitive, că cu toate cauzele de eroare posibile, acest sindrom este suficient de bine delimitat şi cercetat cu atenţie, este mult mai frequent decât se crede.

Este necesară o revizuire a cazurilor publicate, o cercetare mai atentă a cazurilor ce se prezintă ca să se poată stabili o unitate de vedere în această chestiune.

Pornind dela un caz observat în serviciul nostru, vom publica datele clinice şi observaţiile noastre anatomohistologice şi vom cerceta elementele cari ne-au condus către diagnosticul de **splenomegalie tromboflebitică primitivă, complicată cu piletromboză radiculară în domeniul mesaraicei.**

Şi fiindcă cu tot controlul bibliografic făcut, nu am putut preciza dacă în literatura medicală românească s'a publicat ceva asupra acestei chestiuni, am socotit că o descriere a tabloului clinic şi anatomopatologic al splenomegaliilor tromboflebitice primitive după lucrările mai recente nu ar fi lipsită de interes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Incă dela 1895, Delatour, Dock şi Warthin, au descris splenomegalia cu tromboza venelor splenice deşi înaintea lor, Banti şi Bonne atrăseseră atenţia asupra posibilităţilor de tromboză a venei splenice şi chiar porte în cursul unei inflamaţii a splinei.

Rommelaere stabileşte la 1903, raporturile între aceste două manifestări ale maladiei, arătând că splenomegalia este consecutivă trombozei, Edens, Devé şi Cauchois, în 1908, publică descrierea cea mai complectă a tabloului clinic.

Debove, Achard şi Casteigne introduc primi într'un tratat de maladii ale ficatului (1910) o descriere a trombozei venei splenice. Eppinger în „Hepatolienalen Erkrankungen" dă descrierea cea mai complectă a splenomegaliilor tromboflebitice şi accentuează asupra frequenţei acestei maladii. Mai recent importanţa trombozelor venei splenice în splenomegalii şi consecinţele terapeutice au suscitat lucrări numeroase (de Iong Rickl, Frick, Dziembowski).

Dar promotorul celor ce pretind recunoaşterea acestei ma-

ladii ca o entitate bine definită este Cesare Frugoni, care într'o lucrare a sa „La splenomegalia tromboflebitica primitivă" şi în „Minerva Medica" revine cu date culese din observaţii personale insistând asupra cadrului hematologic, febrei şi ascitei în splenomegaliile tromboflebitice şi mai ales asupra primitivităţii tromboflebitei.

La copii s'au publicat mai recent observaţiuni mai precise.

Primul care publică două cazuri a fost Turk; Opitz face o descriere mai complectă „Zur Kenntnis der thrombophlebitischen Splenomegalie". Se ocupă de două cazuri, unul de 6 ani, altul de 11 ani, cazul al doilea a fost operat şi splenectomia i-a dat rezultate mai bune. Opitz se ocupă mai ales de leucopenia întâlnită în cazurile sale şi de raportul între hemoragie şi mărimea splinei. Urmează lucrările lui Berdach, György, Kretz, Seeber şi Spröhnle (interesantă prin faptul că pacientul a fost urmărit pentru tromboflebită splenică dela vârsta de 13 ani până la 40 ani). O monografie complectă o dă Wallgren în Acta Pediatrica.

Studiile făcute la copii au lămurit mai mult această maladie. Fiindcă este mai uşor de diagnosticat la copii. Motivul este cum spune Holzman că la copii hematemesele (simptom cardinal al splenomegaliilor tromboflebitice) sunt foarte rare.

BCU Iaşi / Central University Library

„Dacă în patologia adultului, hematemesele se pot întâlni în afecţiuni variate, acest simptom — în afară de melaena noilor născuţi — este la copii aproape necunoscut şi alarmează medicul". De aceia cazurile descrise la copii s'au succedat mai numeroase şi mai complecte.

Eppinger defineşte **splenomegalia tromboflebitică** „complexul simptomatic compus din **triada: splenomegalie, anemie** şi **hematemesă,** consecutive unei tromboze a venelor splenice. Splenomegalia este secundară; tromboza venelor splenice este primară; deci o splenomegalie cauzată de o spleno-tromboză".

La această definiţie Frugoni adaugă: tromboza este **primitivă,** adică „exclude acele cazuri de splenomegalie de oricare natură, complicată cu fenomene vasculare sau acelea în cari compromiterea venei splenice este secundară unui proces morbid evoluat dela o regiune vecină, de unde urmează o compresiune sau propagare a inflamaţiei, cazuri cari rămân incluse în cadrul general al unei piletromboze a trunchiului".

SIMPTOMATOLOGIE:

1) **Splenomegalia** este simptomul cel mai precoce şi mai evident. Debutul este insidios şi poate data din prima copilărie

(Holzman). Uneori tumora splenică se poate desvolta cu o repeziciune deconcertantă (Frugoni). Caracteristic este faptul că splina în aceste cazuri este indoloră. Nu se constată decât foarte rar semne de perisplenită. De aceia foarte adesea nu splenomegalia aduce bolnavul la medic ci anemia, jena abdominală, (Eppinger), sau este descoperită cu ocazia unei hemoragii (Frugoni, Gregoire, Weil).

Splina îşi păstrează forma, este mobilă şi poate ajunge la dimensiunea de 32×12 (Umber) şi la greutatea de 2240 gr. (Delatour). După hemoragii se micşorează mult, în afară de cazurile de scleroză înaintată, ajungând uneori la forma normală.

2) **Hemoragiile** constituesc debutul aparent al maladiei. După Frugoni, hemoragiile în splenomegalii sunt caracteristice pentru tromboflebita splenică, (Cauchois le întâlneşte numai în 8 cazuri din 10). Chestiunea aceasta a fost cea mai desbătută în ultimul timp şi de aceia îi vom acorda o descriere mai amplă.

Raymond Grégoire şi P. E. Weil publică în 1928 cinci observaţiuni rezumate de gastroragii datorite splenomegaliei şi atrag atenţia asupra erorilor de diagnostic ce se pot întâmpla necercetând splina în asemenea cazuri. In aceeaşi ordine de idei, Codvelle citează cazurile lui Fiessinger şi Balfour, operate unul de două ori, altul de patru ori pentru ulcer stomacal „introuvable" înainte de a ajunge la splenectomia necesară. Analizând cauzele acestor gastroragii cred că sunt foarte dificil de explicat şi că tromboza splenică sau piletromboza deşi este frequentă, nu este însă constantă. Gregoire şi Weil cred că este vorba şi de alteraţiuni sanguine profunde şi ale sistemului reticulo vascular.

Impotriva acestor opinii se ridică prof. C. Frugoni, care găseşte că observaţiile publicate de Gregoire şi Weil, sunt „prea rezumate, că nu încearcă să precizeze cari sunt splenomegaliile cari dau gastroragii şi că înşişi autorii omit să spună diagnosticul cazurilor.

Codvelle rezumând într'un articol complect chestiunea hemoragiilor gastro-intestinale în cursul splenomegaliilor primitive conchide următoarele: „Un grup de spline mari se însoţesc de tromboza venelor splenice sau spleno-portale. Acestea (trombozele) anterioare sau nu splenomegaliei, aduc după sine o încărcare venoasă, care ajutată de factori secundari, este capabilă să explice hemoragiile digestive. In cazurile celelalte nu se pot enunţa decât ipoteze ce nu pot fi verificate". Autorul crede că frequenţa trom-

bozelor splenice trebue precizată prin cercetări histologice cari vor duce la delimitarea grupului de splenomegalii tromboflebitice, „a căror extindere este acum mai mult un fapt de tendinţe dogmatice decât de constatări obiective".

Dacă hemoragiile se întâlnesc exclusiv în splenomegaliile tromboflebitice este încă un fapt discutat. Cert este că în aceste cazuri nu lipsesc niciodată şi-şi găsesc o explicaţie imediată. Hemoragiile nu prezintă caractere speciale. Sunt de cele mai multe ori **abundente, inopinate** şi **repetate.** Se însoţesc adesea de melaena. Cazuri de melaenă pură sunt excepţionale.

Uneori se produc hemoragii intraperitoneale (Eppinger) sau sufusiuni sanguine intestinale (Gregoire şi Weil).

Mecanismul acestor hemoragii este clar şi complect descris de Codvelle dela care luăm explicaţiile principale:

Sângele adus prin artera splenică va stagna în splină, circulaţia fiindu-i oprită în vena splenică. Va urma o stare de hipertensiune venoasă în domeniul anastomozelor venei splenice prin cari sângele va căuta să-şi facă drum. Această tensiune venoasă este supusă la numeroase variaţiuni datorite contracţiei splenice sau eforturilor cari pot provoca ruptura, mai ales a unui teritoriu capilar, de unde hemoragii abundente. Micşorarea splinei după hemoragii dovedeşte că aceasta a jucat rolul important în determinarea tensiunei venoase, care a dus la ruptura vaselor.

In această explicaţie intră deci un factor pasiv: **staza venoasă** şi unul dinamic: **hipertensiunea venoasă consecutivă creşterii incidentale a tensiunii intra-abdominale** la cari se poate adăoga: **diminuarea elasticităţii şi fragilitatea pereţilor venoşi.** In nici un caz **în această explicare nu intră modificări hematologice,** cari ar schimba starea normală a sângelui şi ar ajuta la producerea hemoragiilor.

3) **Ascita şi febra:** Asupra ascitei, Eppinger constată că apare la începutul maladiei când procesul tromboflebitic cuprinde porta. O ascită desvoltată subit şi în cantitate mare dovedeşte o întindere a procesului de tromboză; o ascită desvoltată încet şi în cantitate mică dovedeşte o complicaţie: insuficienţă cardiacă, peritonită (Eppinger).

Asupra febrei acelaş autor crede că la începutul maladiei, în timpul formării trombozelor, ascensiunile febrile variabile nu trebue să lipsească şi că în timpul maladiei, în perioadele de latenţă, febra lipseşte.

Frugoni are cu totul alte păreri asupra acestor două simptome. După acesta, febra şi ascita apar simultan sau aproape, la câteva zile după încetarea hemoragiei, şi ambele se datoresc întinderii procesului de flebită. Dovadă că ascita nu este datorită unei complicaţii o aduce Frugoni prin determinarea naturii lichidului ascitic. In cazurile sale, lichidul ascitic este transudativ, deci de origine mecanică, trombotică, de aceaşi origine ca şi febra. Se va găsi deci după fiecare hemoragie. Febra oscilează între 38^5—39^5 este neregulată, ia uneori tipul remitent, se poate prelungi multă vreme şi când maladia trece în perioada de linişte se termină în lisis.

4) **Circulaţia colaterală:** Se înţelege că sângele de stază splenică îşi va face noi drumuri de circulaţie şi că anastomozele venoase preexistente se vor dilata. Se va constata astfel dilataţia venelor esofagiene, mesenterice, stomacale ale colonului şi ale peretelui abdominal. Se vor stabili noi comunicaţiuni cari parte se vor duce în cava inferioară sau superioară, altele în azygos, altele direct în portă. Circulaţia colaterală nu ia decât foarte rar caracterul „capului de medusă" (Eppinger).

5) **Tabloul hematologic: Anemia** pare să fie un simptom constant. In afară de anemie post-hemoragică se observă şi o anemie consecutivă splenomegaliei (Eppinger). Uneori poate lua caracterele anemiei pernicioase (Cauchois).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Frugoni a găsit în câteva cazuri **oligocitemie** şi **oligocromemie** cu o **valoare globulară mult scăzută** sau anemii de tip clorotic.

Leucopenia este constatată de toţi autorii şi gradul de leucopenie la care se poate ajunge în cazurile de tromboflebită splenomegalică este poate cel mai mare din patologia umană; într'un caz publicat Frugoni a găsit un raport de 1 : 3640, cifra hematiilor fiind 3.640.000, iar a globulelor albe 1000.

In cazurile lui Eppinger numărul leucocitelor este respectiv de 4760, 3620, 3800, 2600; Devé găseşte 2790 leucocite; Tansini şi Morone 2400, cu revenire la normal după splenectomie; Edens 2280. Uneori s'au găsit myelocite (Eppinger). Rezistenţa globulară este normală.

Limfocitoza relativă constată Frugoni: într'un caz 32% şi în altul 41%.

6) **Glicosurie** şi **urobilinurie:** In afară de simptomele descrise, Eppinger a găsit în două cazuri glicosurie pe care o interpretează ca o turburare a funcţiilor endocrine pancreatice con-

secutiv unui proces de flebită întins şi la venele pancreasului. In unul din cazuri autopsia a confirmat această interpretare.

Acelaş autor acordă o importanţă deosebită cercetării urobilinei. In perioada latentă a tromboflebitelor splenomegalice constată totdeauna urobilină în urină; cu orice înrăutăţire a maladiei, cu orice proces de nouă flebită, cantitatea de urobilină creşte în mod evident. La un bolnav la care Eppinger a constatat o creştere bruscă a urobilinei în urină şi scaune, a putut preciza după câteva săptămâni desvoltarea unei splenomegalii tromboflebitice.

Consecinţa practică a acestor constatări ar fi că urobilinuria cercetată cu atenţie poate duce la diagnosticul precoce al unei splenomegalii tromboflebitice. Şi se înţeleg că pentru indicaţia operatorie şi rezultatele splenoctomiei este absolut necesar un diagnostice cât mai apropiat de debutul maladiei.

ANATOMIA PATOLOGICĂ:

1) **Splina** în aceste cazuri oferă alteraţiuni variabile după durata procesului de astăzi. Cu cât procesul a fost mai vechiu, cu atât modificările vor fi mai importante. Acolo unde tromboza s'a produs scurtă vreme înainte de moarte, splina va lua aspectul tipic al **splinei de stază.** Sinusurile sunt mult lărgite comprimând cordoanele, fără alte alteraţiuni. Alteori prezintă o hipertrofie difusă cu o scleroză foarte uşoară sub-capsulară (Devé). Foarte adesea vechimea stazei produce un **proces de scleroză, care începe în jurul vaselor dilatate, ţesutul fibros cuprinzând ulterior pulpa şi rareori foliculul** (Edens şi Oettinge).

Ca aspect general Eppinger socoteşte că există o perfectă **asemănare între o splină tromboflebitică şi una ciirotică,** cu singura deosebire că în **cirosele splenomegalice, procesul de scleroză este mai difus şi mai uniform.**

Tot Eppinger găseşte în sinus-uri celule gigante pe cari le socoteşte a fi **megakariocite** şi insistă asupra acestui fapt care crede că ar diferenţia splina tromboflebitică de celelalte splenomegalii.

Alţi autori au găsit în aceste spline **nodulii lui Gandy-Gamna,** pe cari unii îşi bazează o teorie care să explice etiologia splenomagaliilor tromboflebitice.

2) **Leziuni vasculare:** Arterele splenice nu prezintă modificări. In schimb **venele sunt îngroşate şi dilatate.** Anders

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Frick a constatat o **calcificare a venei splenice**; Tansini şi Morone au găsit **vena splenică redusă la un cordon gros, dur, rigid, conjunctival.**

Colateralele sunt mult mărite şi îmbracă uneori polul splinei făcând cercetarea necropsică foarte dificilă.

3) **Alte organe: Ficatul este normal** sau nu prezintă decât alteraţiuni fără importanţă. Controlul său este necesar fiindcă arată dacă nu este vorba de o cirosă care poate provoca splenomegalia. Esofagul, stomacul, duodenul prezintă vene mari dilatate.

DIAGNOSTIC:

Precizarea diagnosticului de splenomegalie tromboflebitică este o chestiune destul de dificilă şi depinde de perioada în care se găseşte maladia: în prima perioadă de anemie şi splenomegalie sau în a doua perioadă de hemoragii, ascită, anemie şi splenomegalie:

a) In **perioada pre-hemoragică,** diagnosticul este extrem de dificil dacă nu chiar imposibil. De altfel autorii cari s'au ocupat cu această chestiune au avut foarte rar ocazia să diagnosticheze şi să urmărească o splenomegalie tromboflebitică, începând din faza pre-hemoragică.

In această perioadă diagnosticul trebue făcut cu toate **splenomegaliile primitive** şi după ce s'a constatat integritatea ficatului şi s'a examinat sângele pentru a exclude prezenţa unui **sindrom spleno-hepatic** sau **spleno-hematic.**

Din grupa splenomegaliilor primitive infecţioase, **paludismul** trebue să ne reţină atenţia, mai ales la noi.

Anamneza este importantă în aceste cazuri. Ea orientează asupra acceselor avute, asupra debutului şi evoluţiei maladiei.

In general splenomegalia paludică se instalează în mod lent şi progresiv în urma acceselor repetate. Confuzia paludismului cu splenomegalia tromboflebitică este din acest punct de vedere posibilă. Fiindcă ambele splenomegalii se instalează lent şi mai ales după cum remarcă Eppinger, accesele febrile cari pot fi datorite proceselor de tromboză, pot foarte uşor fi luate drept accese paludice.

Splenomegalia paludică are însă caractere speciale care o diferenţiază. Splina se desvoltă cu axul mare transversal situat în partea superioară a abdomenului şi turtită „en galette". De cele mai multe ori este dureroasă la presiune şi sediu frequent de perisplenită.

In sfârşit splenomegalia paludică, atunci când ia proporţii

mari se însoţeşte de o hepatită paludică cu ficat mare şi rareori cu ciroză, simptome ce nu se întâlnesc în splenomegaliile tromboflebitice.

Rămânând în grupa splenomegaliilor primitive, diagnosticul trebue făcut cu anemia splenică şi cu maladia lui Banti, în faza I şi II-a. Cu **anemia splenică** diagnosticul este dificil, şi apoi cadrul anemiei splenice este foarte vag şi contestat ca entitate aparte. Datele hematologice în splenomegalia tromboflebitică nu sunt patognomonice. In ceace priveşte **maladia lui Banti,** trebue observat că splenomegalia în acest caz este dureroasă şi se însoţeşte de turburări digestive în prima perioadă şi de hepatomegalie în a II-a perioadă. Diagnosticul cu aceste două maladii este de o importanţă capitală, având în vedere indicaţiile chirurgicale ce se impun. Splenectomia este singurul tratament eficace al anemiei splenice şi al maladiei lui Banti, în timp ce în splenomegalia tromboflebitică rezultatele splenectomiei nu au fost decât rar mulţumitoare. **O laparatomie exploratrice cu o biopsie din splină poate doar lămuri diagnosticul.** Fără aceste mijloace de diagnostic, trebue să ne lăsăm şi rezerva unei splenomegalii tromboflebitice (Frugoni).

b) **In perioada hemoragică** devine mai uşor, sau după cum afirmă Eppinger şi Frugoni, chiar extrem de uşor, fiindcă foarte puţine sindrome au un tablou atât de precis şi în cari cazurile sunt atât de asemănătoare încât par că se suprapun (Frugoni).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru aceşti autori, prezenţa splenomegaliei, anemiei, hemoragiilor, febrei şi ascitei sunt indicii de splenomegalie tromboflebitică.

Pentru a întări noţiunea de „primitivă" a splenomegaliei acesteia Frugoni mai cere să se excludă şi diagnosticul de **ulcer al stomacului** care pe lângă că dă hemoragii poate da tromboze în câmpul ramurilor venei porte. La apariţia ascitei trebue făcut diagnosticul cu **ciroza hepatică** şi cu **maladia lui Banti în a III-a perioadă** de ciroză hepatică. In aceste cazuri deşi poate exista epistaxis nu se văd hemoragii abundente ca în splenomegalia tromboflebitică. Banti (citat după Frugoni) în tratatul său scrie: „Nu am văzut hemoragii, enteroragii, etc., în stadiul al III-lea cum nu există nici în celelalte ciroze atrofice".

Ţinând seamă de aceste consideraţiuni, cu toate obiecţiunile ce se aduc fiecărui simptom în parte, coroborarea simptomelor pe care le aduce clinica cu cele hematologice poate facilita diagnosticul.

Pentru a stabili însă dacă tromboflebită care a determinat splenomegalia este cu adevărat primitivă, în înţelesul ce-l dă Frugoni, elementele de diagnostic în timpul vieţii pot indica absenţa oricăror împrejurări cari ar putea determina flebita venei splenice (traumatism, naştere, apendicită, ulcer ,etc.). Pentru a determina însă dacă flebita este datorită unui proces ce se întinde dela splină sau este independentă şi primitivă ne lipsesc posibilităţile de cercetare. Singur examenul anatomo patologic şi numai în unele cazuri, poate arăta o scleroză întinsă a venei splenice cu o splină de stază în care procesul de scleroză nu a avut vreme să se desvolte suficient.

ETIOLOGIE:

Asupra cauzelor cari provoacă tromboza primitivă a venelor splenice au fost emise numeroase păreri, fără ca până azi etiologia să fie lămurită.

Lossen şi Cauchois plecând dela părerea lui Bovman asupra etiologiei trombozei venei porte, transportă această teorie pentru venele splenice şi socotesc tromboflebita acestor vene datorită unui proces asemănător cu ateromele arteriale şi le pun în legătură cu un **sifilis hereditar tardiv.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numeroşi autori mai vechi (Ponfick, Schmorl) şi recent Frugoni, atribue un rol important **traumatismului** (pe care-l recomandă a-l cerceta în anamneză). Cauchois împarte **cauzele în generale şi locale** şi expune un tablou etiologic foarte încărcat. Kleinschmidt găseşte în etiologia cazului său **o infecţie ombilicală.** Alţi autori o pun în legătură cu o **infecţie acută gastro-intestinală** în prima copilărie sau cu o **furunculoză.**

Frugoni în cele 5 cazuri pe cari le publică în monografia sa, găseşte ca explicaţie etiologică odată **malaria,** odată **sifilisul,** în alt caz **febra tifoidă** şi în al 4-lea o **lovitură puternică** urmată de o supuraţie sub aponevroza marelui oblic. Intr'unul din cazuri nu a putut preciza nimic.

Şcoala italiană (Greppi, Villa), au constatat la palpaţie şi la raze în aceste splenomegalii tromboflebitice, o remarcabilă reducere de volum a splinei după o injecţie cu adrenalină. Acest simptom ar avea pentru aceşti autori o valoare de diagnostic diferenţial, fiindcă ar demonstra existenţa unei forme particulare de splenomegalie, de origină sanguină, contractilă, cu vidare activă după adrenalină. Acest sindrom splenomegalic clinic şi anatomic primitiv ar fi datorit unui **virus angiotrop** care provoacă tromboflebita.

Socotim însă că contractibilitatea splinei nu este specială unui tip de splenomegalie. In cercetările noastre asupra reactivării în paludism şi asupra splenocontracţiei am văzut uneori reduceri remarcabile ale splinei după injecţii cu adrenalină sau efedrină.

Lusena complectează însă această teorie a angiotropismului splenic. In secţiuni anatomo-patologice de spline tromboflebitice găseşte ca şi Arbella, Cautieri, Villa, **nodulii lui Gandy-Gamna,** pe cari autorii francezi îi socotesc de natură micotică. Bazat pe deviaţia complimentului cu antigen aspergilar şi cu extract de noduli, Lusena **admite natura miocotică a nodulilor Gandy-Gamna.** Crede însă că nu se poate atribui acestor noduli origina diferitelor splenopatii şi că **aceşti noduli sunt rezultatul localizării unui virus angiotrop** care el singur poate da alteraţii circulatorii şi să constitue singur **cadrul clinic şi anatomic al splenomegaliei tromboflebitice primitive.**

Comentând constatările elevului său, Frugoni conchide următoarele:

„După părerea noastră nu este încă posibil de a susţine că micoza splenică este o cauză obişnuită a splenomegaliei. Natura micotică nu este acceptată de toţi autorii. Dar fiindcă nodulii lui Gandy-Gamna au o localizare perivasală, adică leziunile cari urmăresc vasele au un caracter angiotrop, referindu-ne la constatările lui Lusena, este evident că, deşi natura nodulilor nu este încă lămurită, **trebue să ne întrebăm dacă origina cea mai frequentă a splenomegaliei tromboflebitice nu trebue căutată în condiţiunile particulare — parazitare sau nu — cari determină sau însoţesc nodulii lui Gandy-Gamna".**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENT:

Nu ne oprim asupra tratamentului simptomatic, acesta neavând nici o indicaţie specifică. Singurul tratament ce se poate discuta este **cel chirurgical.** Asupra acestuia părerile sunt împărţite. Discuţia provine fie din cauza timpului când a fost făcută intervenţia, fie din cauza diagnosticului neprecizat.

Astfel Eppinger a avut eşecuri în unele cazuri. Blocks crede că splenectomia dă rezultate dezastruoase. Holzman a avut succese în două cazuri descrise.

In general diagnosticul precoce poate da succese operatorii şi intervenţia este indicată de aproape toţi autorii; fiindcă splenectomia ameliorează starea sanguină şi fiindcă împiedecă producerea hemoragiilor cari pot fi mortale (Frugoni, Epinger).

După operaţie maladia va evolua după cum se vor produce sau nu noi tromboze şi în alte domenii ale ramurilor venei cave.

In perioada mai înaintată a maladiei intervenţia chirurgicală prin şocul ce provoacă, poate determina noi tromboze din cari tromboza mezentericei poate duce la moarte imediată.

In cazurile în care s'a făcut splenectomia **transfuziile** au avut rezultate remarcabile. Astfel Opitz şi Weskott publică rezultate cu revenire la normal a formulei sanguine.

In cazurile când o ascită abundentă indică **puncţia evacuatoare,** aceasta trebue să se facă deşi nu este lipsită de pericol, putând determina noi procese de tromboflebită.

* * *

OBSERVAŢIA CLINICĂ:

Bolnavul Gheorghe I., în vârstă de 8 ani, intră în serviciu în ziua de 31 Octombrie 1929, pentru sensaţie de greutate în hypochondrul stâng, astenie uşoară, balonare a abdomenului şi paloare accentuată a tegumentelor şi mucoaselor.

Ca antecedente nu ni se poate relata decât despre o soră moartă în anul acela cu hemiplegie dreaptă şi afazie, şi de mai mulţi fraţi morţi curând după naştere.

Nu ne poate preciza nimic despre antecedentele sale, iar despre maladia sa actuală afirmă că ar fi debutat acum trei ani de când simte senzaţia de jenă în hipochondrul stâng. A fost internat anul trecut în spitalul din Bălceşti, a vărsat sânge şi i s'a extras în două rânduri lichid din abdomen.

Bolnavul de constituţie debilă cântăreşte 22.100 gr. şi prezintă paniculul adipos mult redus, o muşculatură flască, tegumentele palide şi mucoasele exangue, este febril, oboseşte uşor la cea mai mică mişcare.

Dela început atenţia este atrasă asupra abdomenului care este balonat şi cu o circulaţie colaterală accentuată. Aceasta nu ia însă nici o formă caracteristică, cuprinzând partea superioară şi externă a abdomenului.

In hypocondrul stâng se palpează **o tumoră splenică dură, regulată, cu marginile crenelate, nedureroasă la presiune care se întinde în abdomen, coborând până la un lat de mână de simfiza pubiană şi la 5—6 cm. de linia mediană a abdomenului.** Tumora măsoară 23/13 cm., este mobilă cu mişcările bolnavului deplasându-se pe o distanţă de 4—5 cm. Nu se constată matitate hidrică în părţile declive ale abdomenului. Apetitul conservat deşi redus, funcţiile digestive normale. La examenul somatic se constată: un cord accelerat cu dans jugular.

Ficatul cu marginea superioară la percuţie în al 5-lea spaţiu intercostal drept, marginea inferioară la nivelul falşelor coaste. Matitatea ficatului pare redusă din cauza **meteorismului abdominal foarte accentuat.** (La autopsie a fost găsit normal).

La intrarea în serviciu temperatura 38^0, coboară după prima săptămână oscilând între 37^4 şi 37^6, se modifică apoi variind după fenomenele ce prezintă bolnavul şi pe cari le am descris în cele ce urmează. Este supus

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pentru splenomegalia şi febra sa unui tratament cu chinină. După 6 zile de injecţiuni survine o puternică hematemază, cu un sânge roşu şi fără chiaguri. Faciesul bolnavului devine şi mai exsangu, pulsul variază în jurul cifrei de 120 pe minut. **Splina măsurată după hematemesă arată o notabilă scădere,** măsurând 18 cm. longitudinal şi 10 cm. transversal. **Febra urcă la 39⁶** ca în tot timpul maladiei de aci înainte să varieze cu ascensiuni vesperale între 37⁶ şi 39⁰.

Un examen de sânge practicat la 19. XI. 1929, dă următoarele rezultate:

Globule roşii: 1.395.000 pe mmc.
Globule albe: 5.000 pe mmc.
Hemoglobină: 30%.
Coagularea: 10'.
Durata sângerării: 3'.
Formula leucocitară: Limfocite: 23%.
Monocite: 9%.
Polinucleare neutrofile: 65%.
Myelocite: 1%.
Eosinofile: 1%.

Globulele roşii: anisocitoză, poikilocitoză, hypocromie.

La o săptămână **în urma hemoragiei timpanismul abdominal modificat: La percuţia abdomenului zonă de matitate în partea declivă.**

La 25/XI, se practică o **puncţie abdominală exploratrice** şi se extrage un lichid serocitrin, care la analiză dă următoarele rezultate:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Albumină: 4,120‰.
Cloruri: 6 gr. ‰.

Citologic pe câmp: placarde endoteliale, endotelii libere, numeroase limfocite mici, rare polinucleare şi plasmatice (cu unul sau doi nuclei), rare celule vacuolare, rare hematii, cu formula:

Limfocite mici: 90%.
Polinucleare: 8%.
Plasmocite. 2%.

In tot timpul maladiei nu s'a găsit în urină nimic patologic.

Din când în când survin mici hematemese, urmate de ascensiuni mari febrile.

Starea generală a bolnavului se înrăutăţeşte treptat. Paliditatea se accentuează, asemenea tegumentele devenind aproape lipsite de sânge, mai ales la extremităţi, mucoasele complect decolorate, astenie intensă, anorexie complectă, **scaune diareice.**

Oedem palpebral, al gambelor şi scrotal.

Balonarea abdomenului se accentuează, circulaţia colaterală abdominală devine mai evidentă. Matitate în zona declivă deplasabilă cu mişcările bolnavului. La percuţia în eventail, curba matităţii prezintă concavitatea în sus cu meteorism periombilical. Val transabdominal. Cicatricea ombilicală deplisată.

Tumora splenică balotează şi la presiune fuge sub deget dând senzaţia „gheţarului ce pluteşte". La palpaţie, de consistenţă solidă, marginele crenelate, măsoară longitudinal 21 cm. şi transversal 12 cm.

Cordul cu ritmul accelerat. Suflu anorganic mezosistolic pe regiunea mediocardiacă.

2 Préparations arsenicales:

NOVARSÉNOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfoxylate de soude

Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho-carbonate de Bismuth

Injections intramusculaires

3 Produits dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le traitement de la

SYPHILIS

dans toutes ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple. PARIS (3e)

AG. GEN: J. DE CANTELAR, DOAMNEI 12, BUCAREST(I), TEL. 377/68

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Puls 130 pe minut. Dans jugular şi carotidian intens. Sufluri anemice vasculare.

Pulmonar: Matitate la ambele baze ca tăcere respiratorie; fine raluri subcrepitante deasupra zonei de matitate. Bolnavul nu poate păstra decubitul dorsal din cauza tusei sufocante.

Cantitatea de lichid crescând considerabil se practică la 9 Decembrie o paracenteză extrăgându-se 5 litri de lichid care examinat dă următoarele rezultate:

Limfocite:	88%.
Polinucleare:	12%.
Endotelii.	3%.
Rare hematii.	
Albumina în lichidul ascitic:	$12^0/_{00}$.

După paracentesă febra creşte la 39_5, scade apoi timp de o săptămână.

La 19. XII. Bolnavul se plânge de dureri abdominale, survenind în crize. Prezintă **scaune diareice abundente cu sânge.** Febra se ridică la 39^7 şi şi se menţine astfel până la moartea pacientului, care survine la 24 Decembrie 1929, fiind precedată cu câteva ore de o **gastroragie.**

AUTOPSIA: La deschiderea cavităţii abdominale abundentă cantitate de lichid ascitic. Ficatul în limitele normale nu debordează falşele coaste. Splina foarte mare coboară mult în cavitatea abdominală. Nu se constată semne de inflamaţie peritoneală. **Stomacul** este ectopic — împins spre dreapta — cu vene proeminente pe faţa sa externă.

Cavitatea pleurală cu lichid abundent.

Plămânii nu arată la secţiune nimic deosebit. Asemenea şi cordul.

Esofagul nu a fost cercetat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ficatul cu marginile ascuţite, de consistenţă normală, la secţiune nu arată nimic deosebit.

Splina mare măsoară 22/12 cm. şi cântăreşte 1435 gr. înconjurată de o abundentă reţea de vene mult dilatată care îmbracă în special polul superior. Consistenţa splinei mult mărită. La secţiune turgescentă, conţine sânge şi cu aspecte sidefii.

Venele mezenterice nu au putut fi controlate în toată întinderea lor, ci numai la nivelul bazei anselor intestinale, prezentând modificări la aspectul exterior; unele sunt trombozate.

Vena porta de consistenţă normală — plină cu chiaguri detaşabile Nu am constatat nici un cheag mai aderent şi nici un indiciu de scleroză a venei porte în vecinătatea vreunui cheag. Venele splenice mult dilatate pline cu cheaguri unele detaşabile, altele aderente (vezi explicaţiile secţiunéi în vena splenică).

Mucoasa stomacului de culoare mai roşiatică, nu prezintă ulceraţiuni. Vasele mult dilatate.

Rinichii normali. Nu se constată în cavitatea abdominală vreo tumoră sau mase ganglionare.

Pe întinderea **intestinului subţire,** din loc, în loc, faţa externă a intestinului de culoare vânătă închisă. Pe alocuri porţiuni de culoare vânătă deschisă. La secţiunea unei porţiuni necrozate din intestinul subţire se constată în centrul necrozei o ulceraţie profundă cuprinzând aproape toată grosimea intestinului reducându-l pe acesta la grosimea unei foi;

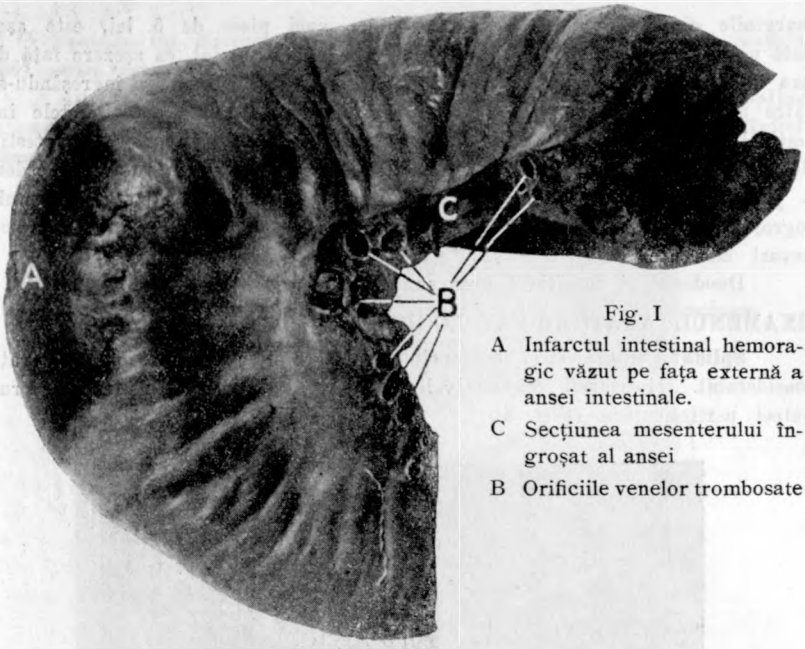


Fig. I

A Infarctul intestinal hemoragic văzut pe fața externă a ansei intestinale.

C Secțiunea mesenterului îngroșat al ansei

B Orificiile venelor trombosate

BCU Cluj / Central University Library Cluj

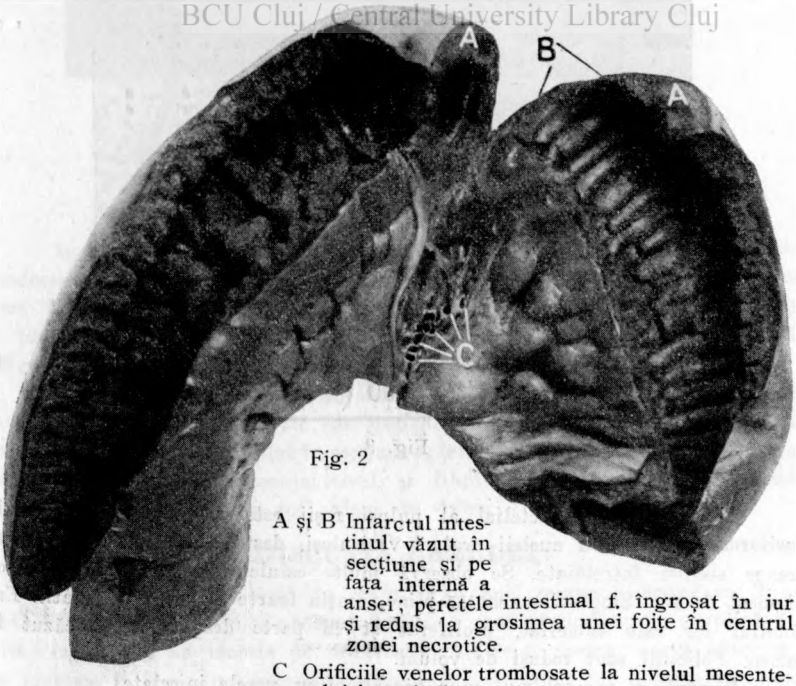


Fig. 2

A și B Infarctul intestinul văzut în secțiune și pe fața internă a ansei; peretele intestinal f. îngroșat în jur și redus la grosimea unei foițe în centrul zonei necrotice.

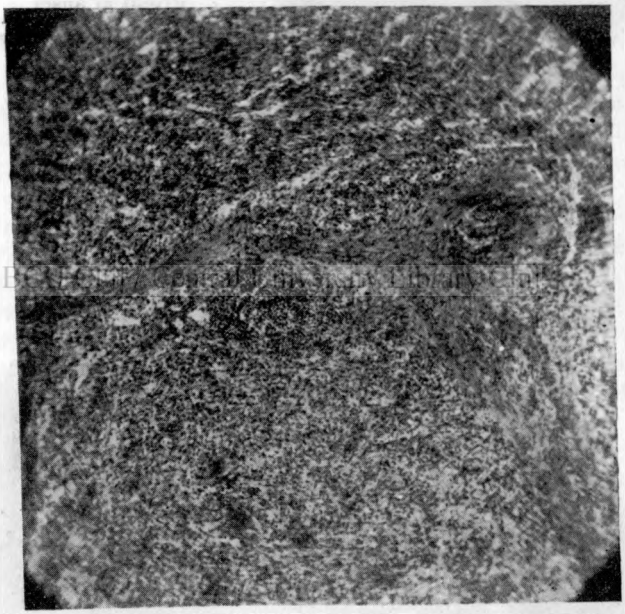
C Orificiile venelor trombosate la nivelul mesenterului intestinal.

marginile circulare; ulceraţia are mărimea unei piese de 5 lei, este aşezată pe marginea sa liberă şi nu ia nici un caracter special, ca aşezare faţă de axa intestinului. Dela această ulceraţie peretele intestinal merge îngroşându-se către marginea mesenterică aitingând o grosime de circa 3 cm. Peretele intestinal oedematiat împrejurul necrozei. La secţiunea porţiunilor de intestin de culoare vânătă deschisă nu se constată decât o notabilă îngroşare cu oedem a peretelui intestinal. Mezenterul în porţiunile de intestin necrozate mult îngroşat, cu venele mult dilatate (se observă în secţiune) şi pline cu trombusuri aderente. (Fig. 1 şi 2).

Duodenul şi intestinul gros sunt normale.

EXAMENUL ANATOMO-PATOLOGIC (Dr. Vitalyos).

Splina: Capsula cât şi cordoanele conjonctive plecate din ea, sunt îngroşate considerabil. Hiperplasii conjunctivale însemnate se observă şi în interiorul pulpei perifoliculare. (Fig. 3).



1000 μ

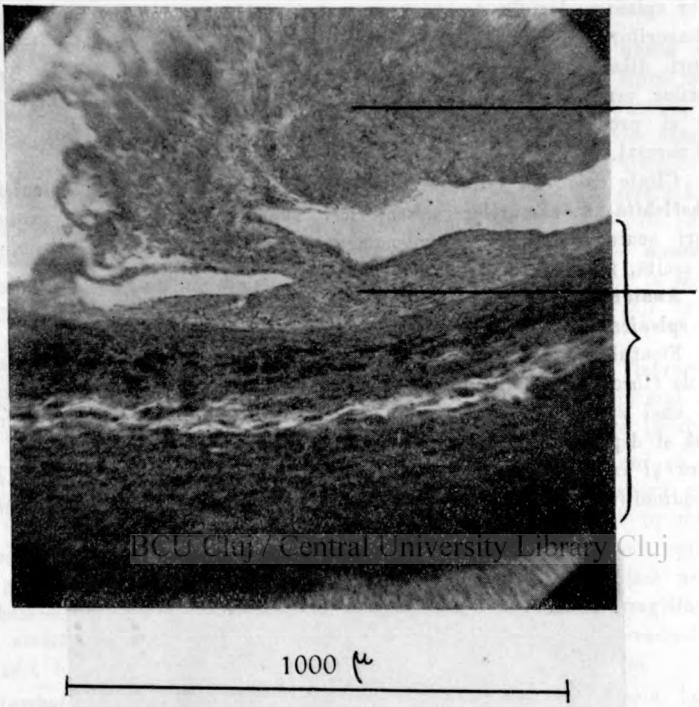
Fig. 3.

Ţesutul reticuloendotelial al pulpei roşii este reprezentat prin celule fusiforme şi altele cu nucleii ovalari veziculoşi, destul de mari, ce formează travee subţiri întretăiate. Se observă multe celule fagocitare încărcate cu pigment de fer. Sinusurile venoase pline, conţin foarte numeroase hematii. Endoteliul lor este tumefiat, proliferat şi în parte desquamat şi căzut în lumen. Foliculii sunt reduşi de volum.

Ficatul cu parenchimul uşor hiperemic cu vasele injectate.

Spațiile lui Kiernan nu prezintă modificări însemnate. Nici capsula, nici țesutul conjunctiv subcapsular nu sunt hiperplasiate.

Alte **secțiuni practicate de noi la nivelul pediculului vascular al splinei** și prezentate în **microfotografiile de față** de către D-l Doc. Dr. **A. Teitel-Bernard,** ne arată:



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 4.

In unele vene splenice trombusuri cu început de organizare pe loc dar neaderente, în altele trombusul face corp cu peretele, ale cărei straturi sunt dilacerate, pătrunse și îndepărtate de elemente de infiltrație celulară și țesutul conjunctival pe cale de organizare (proces de endo și periflebită) (Fig. 4).

Țesutul conjunctival pare mai abundent formând traveuri și mai evoluat în secțiunile practicate spre pedicul; lipsește sau face traveuri subțiri în pulpă și în jurul foliculilor în secțiuni practicate în plin țesut splenic; în orice caz repartiția țesutului conjunctival și fibro-adenia este inegal repartizată și foliculii nu sunt peste tot reduși de volum.

DISCUȚIA CAZULUI:

In resumat: Un copil în etate de 5 ani, începe a acuza cu 3 ani mai înainte jenă în stânga abdomenului, jenă produsă desigur de o splină mărită; iar cu un an înainte de intrarea în serviciul nostru, varsă sânge și i se practică în 2 rânduri paracenteza abdomenului; ajuns sub observația noastră ne oferă timp de 2 luni un sindrom evolutiv cu perioade de exacerbare de: splină mare, hematemeze repetate în urma cărora splina se micșorează, pro-

ducere de revărsare ascitică cu caractere de transudat, dureri abdominale cu scaune diareice sanguinolente şi moelena

In tot acest timp semne subiective şi obiective de anemie, care merge crescând, şi febră, care oscilează între 38—39°, cu creşteri insolite în urma fiecărei hemoragii.

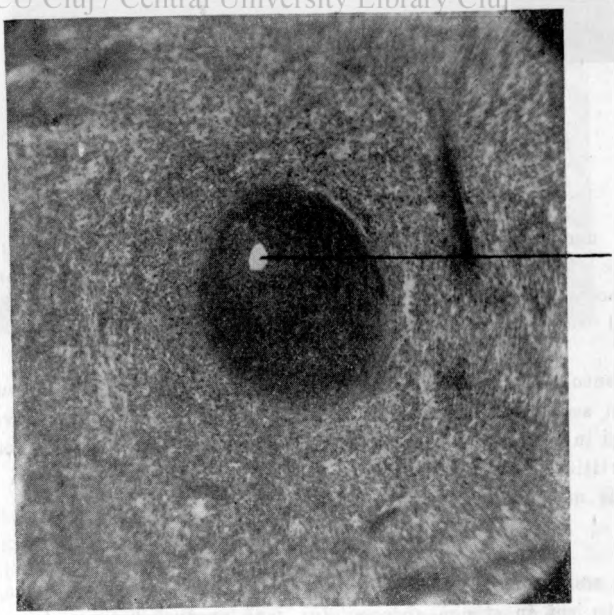
La autopsie o splină mare cu lesiuni de tromboză în diferite grade a venelor splenice; leziuni de stază venoasă în splină cu început de organizare a trombusurilor, reacţie celulară şi conjunctivală în jurul venelor trombozate, sinusuri dilatate, proces de macrofagie şi depuneri de pigment. Tromboza ramurilor venei mesenterice superioare cu infiltrare a mesenterului corespunzător şi producere de infarcte hemoragice la nivelul peretelui intestinal. Ficat normal.

Clinic deci: un **syndrom de pileflebita regională stângă splenică** şi de **tromboflebită a ramurilor mesentericei superioare,** de aspect evolutiv cu puseuri acute, constituit de splenomegalie, anemie, hemoragii gastro-intestinale, ascită, febră, scaune diareice, moelena.

Anatomo-patologic: leziuni micro şi microscopice de **tromboză a venelor splenice** şi mesenterice superioare, **infarct intestinal.**

Ficatul indemn macroscopiceşte şi pe secţiuni; lipsa în splină a leziunilor de fibro-adenie pulpară şi intrafoliculară periarterială, ci din contră prezenţa unei spline de stasă cu sinusuri venoase dilatate, reacţie macrofagică intensă şi depunere de pigment; început de organizare a chiagurilor şi reacţie celulară şi conjunctivală în jurul venelor, — scleroză inegal repartizată în masa splinei (fig. 5), ceea ce o deosebeşte de acea determinată de o ciroză hepatică,

BCU Cluj / Central University Library Cluj



1000 μ

Fig. 5

exclud boala lui Banti, în faţa căreia am crezut la început că ne aflăm şi impun pe cel de tromboflebită splenomegalică primitivă.

De remarcat în acest caz **precipitarea evoluţiei** cea ce a împedecat producerea leziunilor de stază mai durabilă, mai intensă şi mai uniformă în splină; determinarea sau agravarea terminală a procesului identic, care evolua latent în teritoriul venei mesenterice superioare, a condus la producerea unui infarct intestinal cu necroză a peretelui care a grăbit moartea.

Nu avem agumente suficiente pentru a susţine prioritatea unuia din procese asupra celuilalt, căci observaţiei noastre i se poate imputa lipsa unui control sever al trunchiului mesenţericei superioare mai ales la punctul de unire cu canalul comun rezultat din unirea venei splenice cu vena mesenterică inferioară precum şi omisiunea de a fi explorat cu mai multă atenţie pe cadavru însuşi trunchiul venei splenice; am practicat în schimb **secţiuni la nivelul pediculului vascular splenic** pe care l-am sculptat până la oare-care adâncime în masa ţesutului splenic; precum am practicat secţiuni **şi pe mesenter la baza anselor intestinale** înspeçial a aceleia cu infarctul necrotic; or la aceste nivele splenic şi mesenteric macro şi microscopic venele s-au dovedit trombozate, iar procesul de endoflebită s-a putut pune în plină evidenţă.

Suntem înclinaţi a considera în cazul nostru ca **poartă de intrare a** infecţiunei singură mucoasa intestinală; şi ca mai naturală şi ca mult mai frequent incriminată în ultimul timp mai ales în observaţiunile luate la copii.

Iar ţinând seamă de leziunile reacţionale constatate pe secţiuni şi cari leziuni sunt mai puţin înaintate la splină (aspect de stază cu uşoară reacţiune a ţesutului conjunctival), decât la intestin (perete intestinal în multe locuri foarte îngroşat cu mesenterul corespunzător oedematiat şi dur), opinăm **mai de grabă că tromboflebita mesentericei a precedat, că evoluţiei procesului flebomesenteric prin puseuri acute era datorită producerea hemoragiilor cu febră şi ascită** şi că moartea s-a produs în urma determinării terminale a unui infarct hemoragic cu necroza şi ulceraţie a peretului intestinal.

Tromboflebita splenicei a survenit în timp secundar: fie prin extensiunea procesului endoflebitic dela mesaraică la vena splenică, cu care se unea în plin canal; fie mai de grabă prin determinarea unui proces de stază cu încetinirea circulaţiei venoase în splină şi producerea de trombusuri.

Este cunoscută sensibilitatea echibrului circulator în sistemul port şi rolul de „inimă periferică", pe care îl are splina în acest sistem; astfel Maurice Villaret a arătat în mod experimental că o injecţie colorantă în sistemul port umflă în masă splina cu repeziciune înainte ca restul reţelei să fie colorat. Splina are deci rostul de echilibrare a circulaţiei portale; o dovadă în plus: legătura experimentală a venei splenice duce la o mărire subită a presiunei portale. Or, aceiaşi acţiune o are şi intestinul asupra circulaţiei portale; digestia şi sforţurile abdominale măresc presiunea circulaţiei porte; cu atât mai mult o turburare digestivă mai gravă ar putea-o influenţa.

Intestinul a turburat deci sistemul port; mucoasa intestinală a servit ca poartă de intrare agenţilor microbieni, cari încet şi prin etape succesive au determinat infecţiunea şi **trombozarea la diferite nivele şi în diferite grade a acestor ramuri periferice ale trunchiului port; endoflebita a putut fi parcelară şi discontinuă atât pe mesenterică cât şi pe venele splenice,** căci nici vena mesenterică superioară nu a deteminat tabloul unei tromboflebite totale (numai

puţine anse intestinale prezentând turburări de circulaţie) şi nici venele splenice nu s-au dovedit în secţiuni atinse de procesul tromboflebitic total, egal şi uniform răspândit la nivelul pediculului splenic şi în restul masei splenice.

Reamintim că trunchiul venei splenice şi al venei mesenterice superioare au fost explorate insuficient pe cadavru, dar studiul ramurilor lor la nivelul splinei şi al bazei anselor intestinale a fost făcut cu toată rigurositatea în secţiuni — cea ce măreşte fermitatea constatărilor făcute şi a deducţiunilor trase.

S-a omis a se face şi însemânţări; nu am putut deci stabili natura infecţiunei; dar lipsa hematozoarului am constatat-o încă din timpul vieţei cu ocazia puncţiei splinei, iar absenţa nodulilor Gandy-Gamna s-a dovedit pe secţiunile anatomo-patologice.

In schimb tabloul simptomatologic a fost atât de complect în această fază a II-a de hemoragii *), în care am observat noi bolnavul, încât ar fi putut permite celor la curent cu datele acestei chestiuni, deşi încă controversate, un diagnostic clinic ferm încă din timpul vieţei — cea ce recunoaştem că n-a fost cazul nostru; şi chiar până în ultimul moment, înainte de a fi reluat pe secţiuni studiul acestui caz, am crezut că avem de a face cu un Banti.

Aşa dar diagnosticul de **tromboflebită splenomegalică** este justificat, pe care o putem socoti **primitivă,** întrucât conform cererii lui Frugoni procesul nu pare să fi venit din partea splinei, ale cărei lesiuni de stasă sunt secundare, şi nici din partea organelor din vecinătate.

Observaţia ce publicăm, întruneşte toate condiţiunile cerute de Frugoni, corespunde observaţiilor făcute recent de Codvelle şi se suprapune perfect celeia publicată de Carnot şi De Leobardy în 1920.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţia acestor din urmă autori, — care trebueşte considerată ca tipică şi de care o apropiem pe a noastră din punct de vedere al concepţiunilor patogenice, ce susţinem,— dovedeşte în anumite împrejurări, pe cari le socotim a fi cele mai frequente, originea intestinală a afecţiunei prin producerea de către turburări digestive trecute neobservate a unui proces de tromboflebită mesaraică, latent la început, evolutiv, care cu vremea se propagă în restul domeniului port, mai ales în cel splenic.

Prin urmare **ne întrebăm dacă nu este cazul a pune la baza sindromului tromboflebitei splenomegalice un proces de flebită mesaraică** şi a **considera ca mecanism mai frequent de producere pe acesta:** frequenţa turburărilor digestive şi întinderea porţii de intrare ce oferă pentru infecţiuni mucoasa intestinală, sensibilitate dovedită şi experimental a echibrului circulator port, rolul splinei care primeşte şi amortizează toate şocurile şi schimbările de presiune survenite în această circulaţie abdominală, staza cu încetinire a circulaţiei venoase splenice ce rezultă din mărirea presiunei porte, agravarea şi extensiunea

---

Semnalăm cantitatea de albumină dozată în lichidul ascitit, care dela 4 gr. constatate într'o primă puncţie a crescut la 12 gr. câte-va zile mai târziu — ceea ce se poate pune pe seama reacţiei inflamatorii peritoneale, care a însoţit puseurile evolutive ale procesului de tromboflebită.

De asemenea formula acestui lichid, care a decelat o limfocitoză exclusivă —la primul examen 90 %, la al doilea 88 %—(în cazul lui Carnot şi De Leobardi 88 la sută polinucleare) cea ce traduce poate caracterul evolutiv subacut al procesului flebitic, precipitarea evoluţiei fiind numai terminală.

Remarcăm încă în formula sanguină cifra de 1395000 a hematiilor, pe cea a leucocitelor de 5000 cu 23 % limfocite, şi a hemoglobinei de 30 %.

procesului de flebită mesaraică, precum şi repercusiunea cu atât mai intensă, cu cât mai des repetată asupra splinei, care astfel la rându-i forţează şi rupe barierile anastomatice venoase vecine.

Odată splina sensibilizată şi determinată localizarea la nivelul ei, procesul poate evolua mecanic şi infecţios ulterior graţie împrejurărilor de ordin digestiv normal sau cauzelor exterioare precum sforţul, mişcarea, tusea, etc., cari influenţează la fiece moment circulaţia portă.

Pentru aceasta se **impune a cerceta intestinul cu mai multă atenţie** în cazurile publicate urmate de control anatomic şi **a căuta leziunile cât de uşoare şi chiar cicatrizate a infarctelor intestinale vindecate** (precum în observaţia Carnot-De Leobardy), cari ar traduce o turburare la un moment dat a circulaţiei în venele mesenterice.

Se exclud din acest cadru cazurile de pileflebită regională stângă consecutive unui proces splenic septicemic acut, subacut sau cronic, precum şi cele datorite unui virus angiotrop, de natură parasitară (micotică) sau nu, cu sau fără producere de noduli Gandy-Gamna, virus asupra căruia părerile sunt împărţite în prezent.

BIBLIOGRAFIE*)

Cesare Frugoni: La splenomegalia tromboflebitica primitiva (Bologna—Ed. Cappelli).

Cesare Frugoni: Splenomegalia tromboflebitica e piletromboflebite da diffusione—(Minerva Medica No. 1 | 1929).

Grégoire et P. E. Weil: Les gastrorragies de la splenomégalie (Ann. Mal. Dig. et dela Nutr. t X VIII No. 6 | 1928).

Cesare Frugoni: Gastrorragies au cours de la splenomégalie thrombophlebitique (răspuns lui Grégoire şi Weil) Presse Med. No. 3. din 9 | Jan 1929.

Grégoire et P. E. Weil: Gastrorragies au cours de la splenomegalie thrombophlebitique (Răspuns lui Frugoni) (Presse Med. 23 Mai 19 9).

Javaux et S nd: Splenophlébites (Journ Med de Bruxelles) 30 Janv, 1908

Vallgren: Acta paediatrica 6 Supplem.

Dargein et Plazy: Deux cas de trombophlebite des vaisseaux mésenteriques. (Bul dela Soc. Med. des Hôp No. 25 | 21 Iulie 1930).

E. Holzman: Klinisches und pathologisch i anatomisches Bild der Milzvenentrombose im Kindesalter (Monatsschrift fur Kinderheilk Bd. 45 Heft 4. Nov 1929)

Eppinger: Die Hepato lienalen Erkrankungen Ed. Springer 1920.

Gyorgy und Witebsky: Munch. Med. Wochschrift No. 5 — 1929

F. Codvelle: Les hemorragies gastrointestinales au cours des splénomegalies primitives (Rev. Med. chir des Mal du Foie No. 5 1930).

Carnot et Leobardy: Hématemèses par pylethrombose avec splénomegalie (Paris medical 3. Apr. 1920)

Signorello: Splenogranulomatosa et splenomegalia tromboflebitica primitiva (Il Policlinico T XLVI 1929).

Chabrol et Benard: Splenomegalie par pylethrombose Phlebite iliaque secondaire (soc. Med. Hôp Paris 15 Ian 1928).

Lusena: La splenomegalia nicotica (Riforma Medica T.XILV 1928).

Tansini e Morone: Contributions a l'étude du traitement des splenomegalies chroniques splénotrombosiques (Rev de Chir 1913 No. 8-Riforma Medica an XXIX No. 1).

RÉSUMÉ: *Les* Drs. M. Canciulescu et R. Hirsch, Paulon, Rosenstein Vasilescu *publient l'observation suivie de protocole necropsique d'un cas de* Trombophlebite splenomegalique primitive.

En constatant un procès de phlébite de la mesaraïque supérieure avec infarctus necrotique de l'intestin, les auteurs considérent comme cause des plus fréquentes de ce syndrome une infection qui, partant de la muqueuse intestinale, determine uue pylephlébite radiculaire mésentérique (latente ou avec des poussées evolutives); cette

*) O bogată bibliografie însoţeşte pe fiecare din lucrările citate aci ca fiind cele mai importante.

phlébite d'origine trouble la circulation porte, dont la pression s'élèoe, une stase se produit surtoût dans la rate, dont le rôle amortisseur est connu et demontré pour la circulation porte; les branches de la veine splénique deviennent à leur tour le siège de semblables procès phlébitiques discontinus, qui déterminent la formation de tissu de sclerose, reparti d'une manière moins diffuse et moins egale que dans la rate cirrotique.

La pylephlébite régionale (mesaraïque ou splénique) peut se propager, la stase aidant, vers le tronc porte et comme étape finale, hépatique, peut resulter le syndrome de Banti.

Les auteurs récommandent dant ces cas l'inspection attentive de l'intestin pour pouvoir dépister la phlebite mesaraïque, qui peut se révéler simplement par des foyers d'infarctus cicatrisés.

ZUSAMMENFASSUNG: Doz. Dr. Cânciulescu mit Dr. Hirsch, Paulon, Rosenstein und Vasilescu *berichten die klinische Beobachtung und das nekropsische Protokol eines Falls von* Trombophlebitis splenomegalica primitiva.

Die Feststellung einer Phlebitis der vena mesenterica sup. macht die Verfasser glauben, dass die Ursache dieses splenischen Sindroms ein latentes oder umgestaltendes Phlebomesaraiches Prozess ist, deren Entvicklung den Final-Stadium mit Blutbrechen, Fieber und Aszitis so karakteristisch machen. Die Milz nimmt vom Anfangs durch Hervorbringung von teilweisen Phlebitis der intralienalen Zweigen der Vena lienalis teil. Die Ursache dieser Phlebitis ist die Staung, die den Störungen mit Hypertension der Pfordaderkreislauf folgt.

Diese intralienalen und teilweisen Phlebitis bestimmen den menigeren ausgedehnten Karakter der Milzsklerose.

Die Verfasser empfehlen die aufmerksame Durchsuchung des Darms, damit man besonders die geheilten und vernarbaten Darm infarkte zu entdeken.

Die radiculäre, regionäle Pilephlebitis (v. masaraica und lienalis) und tronkuläre (durch die Ausdehnung des Entzundungs-Prozess an die Vena porta) hat in manchen, und sehr öfteren Fällen, denselben Erzeugungsmekanismus: Darmanfangspunkt und verschiedens klinisches Aussehen je nach Vorherschung der örtlichen Symptomen. Morbus Banti sei der letzte-Termin, das hepatische Stadium, eines umgestaltendes endopylephlebitischen Prozesses.

Biblioteca Universitară "Iaşi"

OPERAŢIA PRIN IGNIPUNCTURA (THERMOCAUTERIZARE) A CAZURILOR DE ABLATIE A RETINEI.*

de

Dr. NICULAE BLAT - Târgu-Mureş.

Un renumit oculist american, D-rul **Vail,** a adresat acum 10 ani o întrebare celor mai buni şi cunoscuţi oculişti ai Americei, cu privire la vindecarea cazurilor de ablaţiune a retinei, pe cari le-au avut în tratament. Răspunsul primit a fost direct dezolant. Dintre cele 25.000 cazuri de ablaţie a retinei avute în tratament de către 281 oculişti cari au dat răspuns la întrebare, numai 1 bolnav la o mie s'a vindecat. Nu'i dar nici o mirare, că şi astăzi, cei mai mulţi oculişti privesc ablaţia retinei nu numai ca o leziune foarte gravă, ci, s'o spunem sincer, ca incurabilă, care în mod spontan nu se vindecă niciodată, cu mijloace conservative aproape de loc, iar prin operaţie numai în cazurile cele mai rare. Oare de fapt acesta să fie adevărul? Am tot motivul să afirm — şi am consultat şi cercetat întreaga literatură mai veche şi nouă a ablaţiunei retinei — că acest pesimism este exagerat, chiar luând în considerare numai mijloacele conservative şi operative de pân'acum; în orice caz putem spera că prin ajutorul noului procedeu operativ introdus de **Gonin,** prognosticul acestei leziuni să-şi piardă caracterul iremediabil şi diagnosticul ablaţiei retinei să nu însemneze în acelaş timp şi pierderea ochiului lezat.

Inainte de a intra în relatarea amănunţită a operaţiunilor Gonin pe cari le-am făcut, trebue să fac o mică diversiune asupra patologiei ablaţiei de retină, căci tocmai ea ne poate servi cu directive pentru indicaţiunile operative **„Gonin"** şi ne va ajuta în selecţionarea cazurilor destinate în primul loc acestei operaţiuni. Despre patologia generală a ablaţiunei retinei ştim de fapt prea puţin, deocamdată de abia dacă dibuim pe acest teren. Despre patologia locală a leziunei ştim ceva mai mult.

---

*) După Conferinţa ţinută de autor, la Soc. Română de Oftalmologie, în Bucureşti, la 10 Decembrie 1930.

Există aci două păreri dominante opuse una alteia. După una e vorba de o choroidită exudativă care premerge ablaţiei şi care producând lichid în cavitatea retroretinală, desparte retina de bază. A 2-a părere explică prin vechea teorie **Leber** provenienţa ablaţiei retinei. Această aşa zisă teorie de retracţiune presupune o preretinită latentă ca fiind cauza ablaţiei retinei. In urma acestei inflamaţiuni preretinale se formează pe suprafaţă internă a retinei un strat de ţesut celular-membranos cauzând adheziune cu corpul vitros; mai apoi contractându-se şi provocând fisură în retină. Prin această fisură ajunge materia vitroasă în dosul retinei, despărţind-o pe aceasta de bază.

Partizanii ambelor teorii, atât a acelei exudative cât şi a celei retracţionale, ar dori să generalizeze şi să aplice pentru toate cazurile de ablaţie a retinei teoria la care aderează, deşi, considerând ablaţia retinei în sine numai ca o simptomă de boală — şi trebue să o consider ca atare — atunci ambele teorii nu numai că sunt chemate a da explicaţie pentru câte un grup mai mare de cazuri a ablaţiunei retinei, ci servesc şi cu concluziuni consecutive care privesc terapia însăşi.

Cu întâia teorie a chorioiditei exudative se pot explica toate cazurile de ablatie a retinei în legătură cu nefrite, chorioidite luetice, graviditate, reumatisme, guta, tuberculoza, leziuni ale orbitei, ale cavităţilor nasale şi diferitele leziuni împreunate cu stagnare. Iar ablaţiile de retină aşa zise idiopatice cari se ivesc la miopii şi în bătrâneţe îşi află foarte bine explicaţiunea în teoria 2-a, de retracţiune. De grupul prim se ţin ablaţiunile benigne, cari din când în când se vindecă şi spontan, iar altădată reacţionează în sens bun la diferitele mijloace conservative ori operative de până acum, ba se şi vindecă în întregime. De grupul al 2-lea se ţin ablaţiunile maligne, cari nici când nu tind spre o vindecare spontană şi nici nu sunt influenţabile cu ajutorul mijloacelor conservative ori operative de până acum. Cazurile aparţinând acestui grup al ablaţiilor de retină explicabile prin retracţiune şi producând fisura retinei, au fost considerate ca incurabile şi de către mulţi reprezentanţi iluştri ai oculisticei şi aceste cazuri n'au prezentat după **Lister, Holth, Goldzieher,** şi încă mulţi alţii nici chiar un interes de experimentaţie terapeutică. Pentru cazurile aparţinând grupului întâi, explicabile cu teoria exudativă, vom continua şi pe viitor să aplicăm mijloacele curative de până aci, cu toate şansele de reuşită. Ele nu asigură numai o îmbunătăţire trecătoare a abla-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ţiilor de retină provenite pe urma unei inflamaţiuni exudative, ci în cel puţin 5—10% o vindecare desăvârşită şi permanentă; dar — în baza experienţei de până acum — la nici un caz nu putem opera rezultate terapeutice favorabile dela aceste mijloace curative şi în cazurile de ablaţii ale retinei provenite pe urmà de retracţiune, aşa dar nici în cazul ablaţiei senile şi nici în cel al miopiei şi mai ales nu în cazurile unde retina este întinsă ori chiar s'a produs o fisură. Aceste cazuri au fost cu drept cuvânt considerate până acum adică până la comunicarea intervenţiei operative **Gonin,** ca iremediabil pierdute. Din parte-mi susţin că tocmai aci stă însemnătatea ignipuncturei lui **Gonin,** care ne pune în vedere rezultate favorabile chiar şi pentru cazurile de fisură a retinei la ablaţii senile şi miopice, cari până acum au fost privite ca pierdute. Chiar trebue să ştim când am avea intenţiunea să aplicăm ignipunctura lui **Gonin,** că sunt tocmai cazurile de mai sus, cari promit rezultatele cele mai bune. Natural, că în cazurile unde ablaţia retinei este învechită, prognosticul este mai nefavorabil din punctul de vedere al rezultatului, cu toate că, după cum vom vedea-o şi dintr'un caz al meu, se poate obţine cu această intervenţie o îmbunătăţire funcţională, chiar şi la ablaţiile de lungă durată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Imi voiu permite să mă ocup mai pe larg cu acest caz al meu, căci rezultatul relativ bun pe care l-am avut, a fost ajuns în ciuda tuturor dificultăţilor ce se pot pune de a curmezişul reuşitei operaţiei şi el epuizează toate precauţiunile ce sunt de luat. Celelalte cazuri în cari am făcut operaţia Gonin. pe care el o numeşte „thermocauterisation obliterante", le vom aminti numai pe scurt. In cei 2 ani din urmă am făcut cu totul 8 operaţii Gonin, la cazuri de ablaţii ale retinei, punând deosebită grije, în ce priveşte indicaţiunea cazurilor alese. Desigur că 8 cazuri sunt prea puţine pentru ca să decidă prin rezultatul lor, sau contra vreunui procedeu operativ, dar dacă voi compara rezultatul acestor 8 cazuri cu acela pe care l-am putut avea cu ajutorul tuturor mijloacelor de pân'acum — afară de operaţia Gonin — la toate cazurile pe cari le-am tratat în cei 10 ani din urmă, trebuie să recunoaştem că operaţia Gonin prezintă un aport considerabil. 37 cazuri de ablatie a retinei am avut în tratament în decursul celor 10 ani, în afară de acestea cele 8 cazuri în cari am făcut operaţia Gonin, Din 37 cazuri, numai în două am văzut relipirea definitivă a retinei despărţite şi vindecarea ei. Unul a fost o ablaţie târzie după o operaţie de cataractă, care s'a vindecat prin injecţiuni subconjuctivale şi ţinând pe bolnav la pat. Altul a fost acela al unei fete tinere, la care fără nici o cauză vădită s'a produs ablaţiunea retinei într'un ochiu care era emetrop şi unde după 3 punctiuni ale sclerei s'a obţinut vindecarea. Din 8 cazuri unde am făcut ignipunctură după Gonin. 3 s'au vindecat. **Cazul prim** este al unui bărbat de 67 ani, care prezintă simptome de senilitate avansată cu ochii emmetrop; şi-a recăştigat vederea la 5/10 după 2 ignipuncturi. Pe acesta îl am în obser-

vaţie de 2 ani. **Cazul al 2-lea** este al unei fete de 28 ani cu 16 dioptrii la un ochiu. Cu o corecţiune corespunzătoare de sticlă i s'a îmbunătăţit vederea la 5/30. Ignipunctură repetată de 3 ori. O am de 9 luni în observaţie.

Şi'n fine, **Cazul 3,** pe care vi-l prezint în cele ce urmează. Cazul acesta prezintă un interes deosebit din cauza duratei lungi a gravităţii ablatiei în urma întinderei mari a acestei, a tratamentului diferit aplicat atâta timp fără nici un rezultat, a diminuărei aproape totale a funcţiunilor ochiului, şi din cauză că celălalt ochiu e complect lipsit de vedere, tot pe urma unei ablaţiuni a retinei. Dar tocmai asemenea cazuri grave sunt menite să documenteze eficacitatea intervenţiei operative după Gonin, S'a făcut o ignipunctură după ce s'a localizat fisura retinei. Nici un rezultat. A 4-a zi după ignipunctură se poate cunoaşte cu oftalmoscopie locul operaţiei în forma unei mici cicatrice albe ca zăpada, care se află ceva mai înapoi şi-n direcţie temporală dela locul fisurei. După 2 săptămâni o nouă ignipunctură mai spre înainte şi în direcţie mai nasală. De astădată, am reuşit să nimeresc locul fisurei. Ochiul operat prezintă următoarea stare la 6 săptămâni după ignipunctură: Tensiunea normală: 170 Schiötz. Reacţiunea pupilei e normală. Marginele câmpului vizual mijlociu ceva îngustate, mai ales faţă cu coloarea albastră. Vederea 5/50. Capacitatea de adaptare faţă cu lumina a scăzut simţitor, hemeralopie pronunţată. Retina s'a relipit aproape în întregime, numai jos a mai rămas un loc despărţit mai mult lăţit decât protuberant.

E de altfel surprinzător, că cei mai mulţi autori amintesc de un loc pe partea de jos a retinei, care rămâne despărţit şi lăţit chiar şi în cazurile de complectă vindecare. Locul maculei e mai tare pigmentat, încolo e normal. Pe locul fisurilor o cicatrice albă neregulat 5 unghiulară, de mărimea a 3—4 papille, cu o pigmentaţie pronunţată gros ţesută pe margine şi vecinătate.

Condiţia întâia a succesului operaţiei este după **Gonin** localizarea precisă a fisurei retinei. Cu privire la aceasta s'au preconizat şi până acum nenumărate metode de localizare; dar chiar numărul lor mare dovedeşte, că nici una nu corespunde pe deplin scopului. Să nu uităm însă, că nici nu poate fi vorba de măsuri exacte geometrice, doar formaţiunea ochiului miopic variază dela individ la individ, asemenea şi mărimea lui, iar retina pe care se află fisura este despărţită de bază şi — şi schimbă adeseori poziţia. Locul exterior al fisurei retinei ne este indicat pe scleră printr'o oftalmoscopie precisă, îndelungată şi conştiincioasă şi ne ajută mult, dacă între timp apăsăm cu o sondă asupra globului în diferite locuri, până ce dăm de locul fisurei, pe care apoi ni-l însemnăm pe conjunctivă cu tuş ori culoare de anilină. Ne ajută mult faptul, că cele mai multe fisuri ale retinei se află după cum arată experienţa în direcţie temporală — în sus şi în regiunea equatorului. Poziţiunea fisurei o putem fixa

BCU Cluj / Central University Library Cluj

numai în mod aproximativ. Pentru asta, avem nevoe de meridianul pe care se află fisura și de cercurile de lățime adică depărtare de limbul cornean. Face bun serviciu în privința aceasta, schema lui **Schoenberg.** Cea mai bună orientare o avem însă întotdeauna din partea cicatricei retinale a ignipuncturei, care — întrucât n-am fi nimerit fisura la întâia operație — prin asemănarea distanței și a poziției față de fisură ne permite să ne orientăm precis, așa că a 2-a operație găsește mai de multe ori locul fisurei. La cele mai multe ablațiuni ale retinei provenite din cauze de senilitate și miopie, se află și fisură.

Căutarea fisurei retinei e obositoare și pretinde multă pacienţă, ce-i drept, dar adeseori ne ajută dacă ținem bolnavul vre-o 2 zile la pat. Mărimea și forma fisurilor e foarte variată. **Gonin** stabilește ca o condiție sine qua non a reușitei operației, ca să nimerim cu cauterine precis locul fisurei.

Technica operației este îndestul de cunoscută din publicațiile de până acum din literatură. Doresc să mai adaug numai câteva lucruri practice. Intrucât se poate să căutăm a cauteriza locul fisurei retinei. Dacă nu nimerim locul fisurei ori n'ajungem la ea, atunci să cauterizăm întru cât se poate în direcție temporală ori eventual în 2 părți ale retinei, în locul protuberantei maximale a ablației și în direcție temporală. Câtă vreme să ținem cauterul efervescent în ochiu? Experimentările ce le-am făcut pe iepuri de casă m'au convins, că ochiul suportă cauterizări foarte îndelungate. Am ținut și 30 secunde cauterul efervescent în ochiul unui iepure, fără ca să și-l piardă. O cauterizare prea scurtă nu duce la rezultat. Să cauterizăm întru cât se poate 10—20 sec., ba în cazuri mai grave chiar și 25", Calvanocauterul e mai bun decât termocauterul. Să folosim cauterul totdeauna în stare de efervescenţă albă și să-l aprofundăm cel puțin 5—6 mm. în corpul vitros. Prin aceasta căldura iradiază în toate direcțiunile interiorului ochiului și ajunge și la părțile despărțite ale retinei, provocând acolo o inflamație fibrinoasă reactivă și cauzând dilatarea tuturor vaselor sanguine, resorbțiunea subită a lichidului retroretinal și alipirea retinei la stratul epitelial pigmentat al chorioidei. Corpul vitros suportă foarte bine cauterizarea, fără nici un desavantaj. Dintre 3 cazuri în cari am obținut vindecarea, numai la 2 am nimerit fisura retinei cu cauterul. Dintre cele 5 nevindecate am găsit la 3 fisura retinei. Afară de nimerirea fisurei cu cauterul, mai este important pentru rezultat să cauterizăm destulă vreme. Se poate cauteriza de 3, 4, ba chiar și de 5 ori.

Biblioteca Universitară Iași

Ca tratament postoperativ folosesc în cazurile mele 1 săptămână stare la pat, tot atâtea zile bandaj şi picături de atropină, 3 luni regim lipsit de sare după **Marx.** Vindecarea trebue aşa dar s-o atribuim exclusiv operaţiunei Gonin. Rezultatul ajuns nu este de a se trece cu vederea chiar şi dacă numărul cazurilor operate în felul acesta este atât de mic. Dintre 8 cazuri 3 vindecări, aşa dară 37%. Dacă sumăm toate cazurile comunicate în literatură, cari au fost operate după Gonin, avem 43% vindecare. Evident că şi operaţia Gonin îşi are primejdiile ei: prolabarea corpului vitros, emoragie intraoculară. Din parte-mi n'am întâlnit aceste riscuri în cazurile de până acum.

Dar valoarea adevărată terapeutică a intervenţiei operative o va arăta viitorul şi observaţiunea altor cazuri.

Este indispensabil spre acest scop, ca fiecare autor care relatează despre rezultate obţinute cu ajutorul intervenţiei operative Gonin, să-şi ţie de datorie morală ca să comunice peste 2—3 ani starea cazurilor relatate.

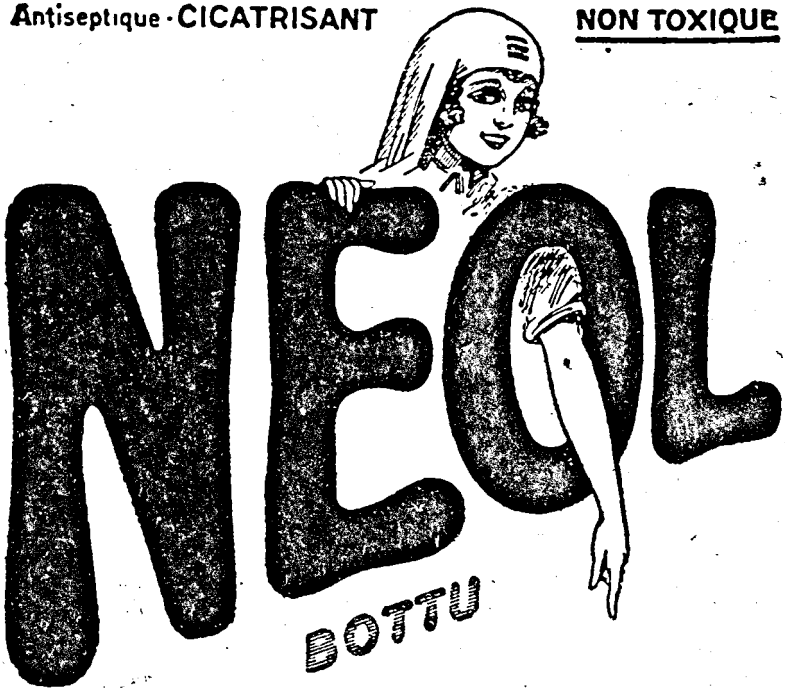
RÉSUMÉ: *Le Dr.* Nic. Blat *publie les resultats favorables que l'opération de Gonin,* l'ignipuncture *lui a donné dans les cas* d'ablation de la rétine; *sur les derniers 8 cas il a guéri 3, tandisque que sur 37 autres cas antérieurs traités par les moyens habituels il n'a vu la guérison s'ensuivre que dans 2 cas.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. N. Blat *berichtet die günstigen Resultaten (3 Heilungen von 8 Fällen) welche er in der* Behandlung der Netzhautablösung durch Ignipunktur *(operation von Gonin) erhalten hat, gegenüber denjäningen mit den gewöhnlichen Mitteln behandelt (2 Heilungen von 37 Fällen).*

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



BCU Cluj / Central University Library Cluj

guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

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

PHOTOTHERAPIA IN PUSTULA MALIGNA

de

Dr. ARISTIDE STERE
Medic Primar de judeţ Bazargic.

Lucrarea de faţă, vine să adauge un nou material clinic, la cele publicate de noi sub aceiaşi denumire, în revista „Spitalul" din luna Maiu 1926.

Noul aport experimental, este desigur şi de această dată, foarte modest, este chiar cu desăvârşire insuficient, pentru a da convingere deplină şi definitivă, despre valoarea reală a noului mijloc de tratare a pustulei maligne.

Cu atât mai puţin putem avea pretenţiunea de a soluţiona această importantă problemă terapeutică numai prin faptele ce le expunem astăzi, cu cât cunoaştem din o lungă experienţă complecta lipsă de confienţă pe care o parte mare din publicul medical o manifestă faţă de phototherapie, mai ales atunci când aceasta tinde să-şi mărească raza activităţii în acel domeniu al patologiei, în care se acordase seroterapiei, încă din primul moment, dreptul incontestabil al primului şi al ultimului cuvânt.

Inţelegem îndeajuns de ce utilitate ar fi pentru cauza susţinută de noi o statistică de sute sau chiar de mii de cazuri.

Inţelegem deasemenea că, în vederea aceluiaş rezultat sunt absolut indicate anumite cercetări pe animale şi de laborator cercetări prin care să se poată evidenţia şi pe această cale în mod neîndoios acţiunea luminei „in vivo" şi „in vitro" asupra bacilului carbonos.

Am înţeles toate aceste imperative, dar împrejurările defavorabile în care am fost chemaţi întotdeauna să lucrăm, nu ne-au permis să înfăptuim ceva mai mult, decât ceeace am expus în modestul studiu de faţă.

Facem însă aci un apel călduros către toţi acei care sunt în măsură, rugându-i ca să aplice pe bolnavi internaţi în marile pavilioane de contagioşi ce au sub conducere, acest simplu şi în orice caz nevătămător tratament şi în acelaş timp să întovără-

şească aceste experimentări clinice de cercetările de laborator, ce se vor socoti că sunt în această privinţă indispensabile. Tentare non nocet! Am fi dorit să ni se pună de cei în măsură la dispoziţie materialul necesar şi un colţ mic dintr'un laborator, pentru a ne desăvârşi noi înşine ceea ce am început.

Ca observaţie de ansamblu asupra cazurilor noi ce aducem la cunoştinţa cititorilor, de această dată avem de adăogat foarte puţin la cele deja arătate în lucrarea noastră amintită mai sus.

Prin experienţele clinice făcute pe noul lot de bolnavi se confirmă în totul că phototherapia, în felul cum noi o practicăm, este un energic şi indiscutabil mijloc de tratare al pustulei maligne.

Nu vom aştepta însă dela phototherapie aceiaşi eficacitate şi în cazurile în care bacilul cărbunelui este localizat în pulmoni, în tubul digestiv, sau când avem deaface cu o septicemie cărbunoasă.

Ar fi pueril ca în aceste cazuri, în care focarul este atât de profund sau atât de întins, să sperăm dela agentul fizic menţionat nu numai o vindecare dar nici chiar cea mai neînsemnată ameliorare a acestor leziuni.

Astfel în 2 cazuri, din care unul cu edem malign al feţei şi pneumonie cărbunoasă şi celălalt o femeie gravidă în ultima lună cu o pustulă a feţei, complicată cu un focar de splenizaţie pulmonară şi generalizare bacilară, pacienţii mor cu tot acest tratament şi cu toată serotherapia concomitentă, ce li s'a făcut.

In cazurile grave întrebuinţăm în acelaş timp şi 1—2 doze de ser anticarbonos şi la hipertermie medicaţia antitermică.

Să nu ne imaginăm că combinaţia phototherapiei cu tratament seric, şi medicamentos ne va pune în situaţia delicată de a nu mai putea decela partea de efect cuvenită phototherapiei de aceea adusă de celelalte mijloace therapeutice întrebuinţate.

Să nu ne temem câtuşi de puţin de aşa ceva, întrucât acţiunea luminei este atât de energică, atât de evidentă, că efectul acesteia se distinge lesne de ori cine, ori care ar fi împrejurările în care s'ar opera.

Vindecarea propriu zisă a infecţiunei se face în 2, în 3 sau în cel mult 4 zile.

Din primele aplicări congestia lividă, vânătă închis, a feţei, devine roză şi oedemul îngrozitor, caracteristic, scade treptat, făcându-se vizibilă această dezinflamare prin cutele mărunte şi numeroase ce face pelea.

Un alt fapt important, demn de remarcat aci, este marea tolerabilitate a ţesuturilor bolnave de pustula malignă faţă de cea mai ridicată temperatură, suportabilă, ce li se aplică. Deşi din prima zi, la cazurile grave am făcut 2 şi chiar 3 şedinţe cât se poate de intense şi de durată 20—25 minute, totuşi nu am observat niciodată flictene sau alte leziuni pe care radiaţiile conului luminos în alte afecţiuni le produce atât de deseori.

Această rezistenţă maximă a ţesuturilor faţă de radiaţiile emanate de arcul voltaic care se întâlneşte aproape în aceiaşi măsură şi în erizipel, este un foarte curios fenomen, specific acestor 2 infecţiuni.

Nu tot atâta de mare va fi toleranţa ţesuturilor în celelalte infecţiuni în care suntem chemaţi a uza de aplicaţiunile phototherapice. In acest din urmă caz prin întrebuinţarea bruscă, a dozelor mari şi a şedinţelor lungi, putem produce arsuri de întâiul, de al doilea şi chiar de al treilea grad. Dacă aceste leziuni nu includ în ele nici un fel de pericol, ele sunt totuşi accidente foarte neplăcute atât pentru bolnav cât şi pentru medic, căci ele împedică aplicarea tratamentului pentru mult timp sau chiar pentru totdeauna.

Distrucţia ţesuturilor, atunci când tratamentul se începe din primele zile este foarte redusă, necomparabil mai redusă ca atunci când combaterea se face prin alte mijloace.

La unele persoane la care s'a aplicat tratamentul din vreme, cicatricea ce rezultă este atât de neînsemnată că abia se poate cunoaşte cauza ei.

Se înţelege că nu tot atât de fericit a fost rezultatul când tratamentul s'a aplicat după ce ţesuturile au fost necrozate şi vasele sanghine complect astupate sau chiar distruse.

Observ. I.— Ş. V. din Gherzalar, de ani 42, vine pentru tratament în ziua de 6 Noembrie. Pustulă malignă la pleoapa dreaptă. Tumefacţia frunţei, pleoapelor şi obrazului. Temperatura 38.5 dimineaţa, 39 gr. seara. Adinamie. Bolnav de 5 zile.

Se face 6 şedinţe de photherapie în total.

In ziua de 9 temperatura normală. Nici o injecţie cu ser.

Rămâne cu o crustă foarte superficială, şi mare cât o fasole în mijlocul pleoapei.

Observ. II. — D. Z. vine la 2 Noembrie. Ezibeiu 55 ani. Are o pustulă malignă de 4 zile la braţul drept. Temperatura 38.2. Câte 2 şedinţe pe zi şi câte o injecţie cu ser prima. A doua zi temperatura normală. A treia zi, rămâne cu o crustă consecutivă pustulei maligne.

In ziua de 7 Noembrie se consideră vindecat.

Observ. III. — S. D., 20 ani. Pustulă malignă a antebraţului drept.

Bolnav de trei zile. Adus la 3 August 1930. Temperatura 38 dimineața. 39.8 seara. Starea generală gravă. Abătut. Inapetentă.

Se fac 8 aplicări în total.

A 3-a zi temperatura 37.5 seara. A 4-a zi normală.

Pleacă cu o rană curată, burgeonată la 18 Aug.

Observ. IV. — C. G. T., 52 ani. Aug. 30. Pustulă maligně la antebrațul stâng. Aritmie. Abătut. 38—39.2 prima zi. Bolnav de 6 zile. Antebrațul și mâna foarte tumefiate.

Se fac 2 injecții cu ser în primele 2 zile.

Se fac câte 2 băi lumină pe zi.

Sept. 4. Temperatura normală. Total 8 băi lumină. Starea generală excelentă.

Este vindecat la această dată rămânând cu o plagă consecutivă.

Observ. V. — T. A., 26 ani. Pustulă maligně. Intrat 12 Sept. cu 38.4 gr. Pustula maligně în regiunea malară stângă, de 5 zile. Tumefacția feței, a ochiului stâng, frunței și gâtului, tratat cu phototherapie și cu ser, în primele 2 zile și apoi numai cu phototherapie.

A 2-a zi 37.5. Phototherapie. Tumefacția scăzută.

In ziua de 18 Sept. seara, se încetează tratamentul de oarece temperatura este normală de 2 zile și tumefacția feței complect dispărut. Rămâne cu o tumefacție, unde este pustula maligně. De tratat din această zi, numai pentru crusta și plaga consecutivă.

Observ. VI. — Ş. I. 28 ani, Venit la 11 Sept. cu 39.6 gr. Bolnav de 4 zile de pustulă maligně a ploapei stângi, cu tumefacția obrazului, frunțe și a pleoapei. 2 injecții cu ser anticarbunos în primele 2 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 14 Sept. 37.4. Ziua de 15 Sept. 37.4. Obrazul dezinflamat. La frunte de asemenea inflamația retrocedată. Plaga rămasă mai târziu este foarte puțin profundă. Cicatrice neobservabilă.

După 20 zile acest bolnav capătă un erizipel al feței și al pelei capului.

După 2 zile de aplicația fototherapic, temperatura dela 40.5, scade la normal.

Observ. VII. — I. M., 14 ani. Oct. 25. Venit cu 39.3. Tratament tot pentru pustulă maligně până în ziua de 24 Oct. Pustula clasică în regiunea cervicală. Tumefacție mare ganglionară și mai puțin a celorlalte țesuturi. In total 5 ședințe de phototherapie. Nici o injecție cu ser anticarbonos.

La 29 Oct. ste vindecat de temp. și tumefacție. Starea generală admirabilă. Rămâne cu o crustă superficială consecutiv a pustulei maligne care vindecându-se la o cicatrice abia perceptibilă.

Observ. VIII. — X. Y. Vine în căutarea noastră în ziua de 30 Oct. 1930.

Starea generală rea. Temperatura 39.3 la sosire.

Nu se observă nimic de partea cordului. Urina fără albumină, fără zahăr. Astenie. Inapetență.

De-o parte și alta a gâtului se vede câte o pustulă maligně clasică. Pustula stângă mare cât o piesă de 2 lei și cea dreaptă mai mare ceva ca o piesă de un leu.

Aspectul pustulelor, clasic. In centru o suprafață neagră, dură.

Pe margine o coroană de vezicule pline de lichid.

Gâtul tumefiat de-o potrivă de ambele părţi.

In partea anterioară a gâtului vedem şi congestia mai mare încă ca în rest.

Se supune tratamentului nostru combinat cu 3 doze de ser anticarbonos.

Se face în total 8 şedinţe în 5 zile. A 4-a zi un placard erizipelatos, care se întinde sub mamela dreaptă. Se supune ca de obiceiu iradiaţiilor puternice şi această regiune.

A 5-a zi fără temperatură. Se aplică totuşi tratamentul. A 6-a zi totul fiind normal, tumefacţiile, placardul dispărut, pustlele ratatinate mici, se încetează tratamentul. Ceea ce trebue încă de adăugat sunt încă următoarele.

Starea generală a bolnavului de a 4-a zi este excelentă, normală.

Pustulele nu s'au mai întins, dela aplicarea tratamentului. Mai mult încă, detaşarea ulterioară a acestora, arată că ele au fost şi foarte superficiale.

Observ. IX. — Z. D. Vine la tratament în ziua de 20 Noembrie 1930.

Bolnav de 3 zile. Temperatura 38.7. Pe partea stângă a gâtului o pustulă maligna cât o piesă de 20 lei. Oedem, pe obrazul ploapele, gât, drepte şi pept până la partea inferioară a sternului. Bolnavul se simte slăbit mult, este inapetent şi sufere de o sete neastâmpărată. Din ziua precedentă are o senzaţie de constricţie asupra căilor respiratorii şi esofagului.

Nu poate nici înghiţi, nici mânca, fără senzaţie penibilă.

Se face în prima zi 2 şedinţe lungi de câte 30 minute şi o doză de ser. A doua seară 38.2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A 2-a zi gâtul şi peptul nu mai are aproape de loc oedem. Faţa este tot tumefiată însă mult mai puţin. Temperatura 38.3.

A 3-a zi 38. Peste tot foarte puţin tumefiat şi starea generală bună. In ziua de 24 Noembrie 37.2. Peste tot, faţă şi gât încreţuturi mari se face ultima şedinţă la 25. Temperatura normală. Nici tulburare şi nici alt semn fizic decât pustula maligna, aşezată pe un ţesut ceva mai reliefat puţin ca în rest. Starea generală normală.

IN CONCLUZIE

1) Phototherapia singură sau la nevoe ajutată de serotcrapie, este incontestabil, un tratament foarte eficace.

2) Scurtează durata boalei.

3) Ameliorează foarte mult caracterul grav al boalei.

4) Rezultatul cozmetic este mult superior celui obţinut prin celelalte tratamente.

5) Cu cât tratamentul se aplică mai aproape de debutul boalei, cu atât evoluţia acesteia este mai benignă, durata ei mai scurtă şi distrucţia ţesuturilor mai însemnată.

RÉSUMÉ: *Le Dr.* Aristide Stere *récommande la* Traitement phothérapique de la pustule maligne: *il apporte les resultats favorables obtenus rapidement dans 9 derniers cas avec ce traitement, qu'il préconise depuis 1926.*

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. A. Stere *berichtet 9 Fällen über die* Behandlung der Pustula maligna durch Phototherapie. *Wie die ersten Versuche in 1926, auch diese bestätigen die schnelle Heilung, auch ausserhalb der Serotherapie, mit kaum sichtbaren Narben.*

Dans les
bronchites chroniques
grippe
tuberculose
Rhumes négligés
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 TAULEGNE 7-9 Str. Gheorghe Coşbuc (fosta Lirei) BUCAREST

UTER DUBLU, VAGIN DUBLU, SARCINA UNILATERALA, VARSATURI INCOERCIBILE. [1]).

de

Dr. OVIDIU ALFANDARY

Medic Primar în spitalul şi Maternitatea Com. Evreilor din Bucureşti.

Prin varietatea rară ca malformaţiune genitală şi mai ales prin desfăşurarea deosebită şi foarte instructivă din punct de vedere clinic, îmi permit să dau publicităţii următoarea observaţiune:

D-na Gertrud H., elveţiană, de 24 ani, mă chiamă în ziua de 24 Ianuarie 1930, pentru vărsături continue.

Domnia-Sa îmi declară că fiind însărcinată în 6 săptămâni, şi-a întrerupt sarcina la un coleg, cu o zi înainte. Cum curetagiul fusese făcut cu narcoză cloroformică, am presupus că aceste turburări sunt consecutive narcoticului.

In antecedentele credocolaterale, nimic deosebit; părinţii trăesc în Elveţia, sănătoşi, are o soră mai mică deasemenea sănătoasă.

Antecedente personale fiziologice: menstruaţă la 13 ani, ritm neregulat, dismenoreică, de 2—3 zile durată. O sarcină întreruptă în Martie 1929, fără nici o consecinţă patologică. Ultima menstruaţiune la 4 Decembrie 1929.

Antecedente patologice: Pneumonie şi gripă spaniolă în 1918.

Istoric: Văzând că la termenul aşteptat, nu i-a venit menstruaţiunea, bănuieşte o sarcină. Aşteaptă totuşi până la 21 Ianuarie, când se adresează unui coleg pentru a-i întrerupe sarcina, situaţiunea sa socială, bonă la copii, nepermiţându-i să ducă sarcina la termen. Confratele îi face interventţiunea sub cloroform.

Starea prezentă: In ziua de 24 Ianuarie, la două zile după interventţiune, o găsesc într'o stare de mare deprimare, cu vărsături continue, faciesul palid, pulsul 130 pe minut şi o uşoară febră (37,3).

Examenul fizic al organelor genitale ne dau următoarele: organele genitale externe nimic deosebit. La introit se găseşte un sept care desparte intrarea în vagin în două părţi inegale. Orificiul din dreapta e mai uşor accesibil de cât cel din stânga. Membrana de despărţire a acestor două vaginuri, merge până în fundurile de sac, separând complect cele două conducte.

La examenul bimanual, se găseşte: în stânga un uter, cu colul lui, de mărime, consistenţă, sensibilitate şi mobilitate normală. Uterul este în lateroversiune stângă.

---

1. — Comunicare făcută la Congresul naţional român de chirurgie, obstetrică ginecologie-urologie din Cluj 26, 27, şi 28 Octombrie 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In dreapta, se află un alt uter complect, independent de cel din stânga, cu colul în vaginul respectiv, uter mărit de volum, păstos, globulos, sensibil şi mobilizabli. **El se găseşte în latero-flexiune dreaptă.** Această latero-flexiune e exagerată. Cum bolnava declară că a fost curetată cu o zi înainte, bănuesc că e vorba de un avort incomplect, cu tulburări datorite narcozei şi îi aplic un tratament cu pungă de ghiaţă pe pântece, linişte complectă şi îi dau în acelaş timp o poţiune Rivieri bromată, pentru a-i potoli vărsăturile.

După două zile o văd din nou; vărsăturile s'au exagerat şi bolnava varsă fără să ingere chiar ceva. Examinând-o din nou, găsesc uterul din dreapta globulos, cu colul închis, în dextro-flexiune, uterul din stânga sinistro-vărsat, de mărime normală, şi nu pierde nici o picătură de sânge. Bănuesc deci, având în vedere flexiunea exagerată a uterului gravid şi faptul că curetagiul a fost încercat de un coleg mult prea tânăr, că sarcina n'a fost evacuată şi că evaluiază mai departe, vărsăturile fiind datorite acestei sarcini.

Starea generală a bolnavei e foarte gravă; puls 120, afebrilă, deci discordanţă între puls şi temperatură; bolnava este nehrănită de 7 zile şi are mereu stări sincopale.

O recomand unei clinici din localitate, pentru studiu şi eventual pentru întreruperea sarcinei indicând şi diagnosticul.

După 10 zile (3 Februarie), spre marea surprindere, îmi este adusă în cabinet pe braţe, complect slăbită, cu stări sincopale mult mai frecvente, limba uscată, subicter, vărsături continue şi puls 136.

Examinată la masă, găsesc că uterul din dreapta s'a mărit de volum, e globulos, păstos şi semnul lui Hegar pozitiv, aşa că diagnosticul pus de mine cu 10 zile înainte, se confirmă fiind vorba de o sarcină în uterul drept.

De comun acord cu doamna care mi-a adus-o, o internez în Sanatoriul Central, unde ordon să i se caute acetona şi acidul diacetic, căci uitasem să menţionez că avea o halenă caracterizată. Până la venirea rezultatului cer să i se facă o clismă Murphy cu 500 grame ser glucozat 47 0/00, un gram de camfor şi 1 cmc. Digalen. După două ore având rezultatul pozitiv pentru acetonă, ordon să i se facă şi 40 de unităţi de insulină în două reprize. Peste noapte stările sincopale continue. A doua zi dimineaţa (4 Februarie) starea ei e şi mai gravă, icterul se desemnează mai net, pulsul 140, temperatura 37,2. Ii repet 500 gr. ser glicozat, un gram camfor, şi digalen. Incerc o isterometrie, cu un isterometru curbat şi găsesc uterul din dreapta de 12 centimetrii mărime; iar uterul din stânga de 6 1/2 centimerii. Imediat îi pun o laminarie în uterul din dreapta, deasemenea curbată şi a doua zi de dimineaţă (5 Februarie) proced la extracţia embrionului, cu curetele Assaky, curbate deasemenea pentru a putea ajunge fundul uterului deşi eu exercitând tracţiuni pe col, mai îndrept oarecum flexiunea exagerată a uterului. Găsesc o sarcină de c-ca 6 săptămâni. Operaţiunea a fost efectuată în seminarcoză. Imediat după amiaza operaţiunei, starea ei gravă începe să se amelioreze, iar de a doua zi alimentaţiunea începe să fie posibilă.

Mersul post operatoriu fără nici un accident, bolnava ese vindecată, dar foarte slăbită după 6 zile dela intervenţiune.

La 17 Februarie, deci la 12 zile după operaţiune o văd în cabinetul meu complect restabilită. La 25 Februarie o revăd din nou şi caut să-i stabilesc varietatea de malformaţiune a uterelor. Cum nu am la îndemână posibilitatea de a-i face o grafie cu lipiodol, întrebuinţez un mijloc mai primitiv, dar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

totuşi destul de sigur. Introduc în fiecare uter câte un isterometru şi astfel cu isterometrele în uterele respective fac examenul bimanual şi găsesc următoarele:

Uterul din dreapta (7 cm.) în latero-flexiune dreaptă, mobil, consistenţă şi sensibilitate normală.

Uterul din stânga (6 cm.) în uşoară retroversiune şi sinistro-versiune, puţin sensibil la mobilizare, complect independent de cel din dreapta.

Aşa dar avem deaface cu un uter dublu, vagin dublu şi sarcină în uterul drept.

Este vorba deci de o malformaţiune care interesează şi uterul şi vaginul. Ea este provenită din cauza necontopirei celor două canale embriologice ale lui Müller; aceste canale s'au alipit numai, rămânând independente şi formând astfel două organe genitale complect separate. Această independenţă merge uneori aşa de departe, încât se citează cazul unei femei la care uterele aveau şi autonomie complectă, fiecare având termenul lui de menstruaţiune, aşa că femeea avea două menstruaţiuni lunare, din două în două săptămâni. La un moment dat menstruaţiunea îi vine numai la 4 săptămâni, atunci consultă pe Doctorul **Guérin-Valmal** (Obstetrique, 1909, pag. 154), care constată o sarcină unilaterală.

Această malformaţiune uterină, corespunde tipului întâiu al clasificaţiunei clasice a lui **Ombredanne** şi **Martin** şi tot primului tip al clasificaţiunei lui **Nagel,** numit de el: **Uterus duplex separatus, cum vagina duplex separata** şi însfârşit tot primului tip din cea mai nouă clasificaţiune a lui Pamboukis: **Uter didelf.**

Uterul didelf, e o varietate rară şi după statistica lui Guilleminet şi Michon (Gynecologie et Obstetrique, Vol. X, pag. 145), făcută pe 154 cazuri de malformaţiune, acest tip e reprezentat prin 7 cazuri, deci cu un procent de 13 la sută.

Vaginul: Malformaţiunea vaginală este stabilită prin cloazonul longitudinal, care desparte complect vaginul în două cavităţi aproape egale ca mărime.

Se întâmplă adesea, ca unul din vaginuri să fie mai mare, fie că astfel a fost congenital sau că a devenit consecutiv coitului. Alte ori se întâmplă să avem himenul intact la intrarea unuia din vaginuri sau să avem chiar o imperforaţie himenială cu hematocolpos şi hematometra consecutive.

Alte ori, cloazonul este incomplect, sau redus chiar la o simplă bridă.

Acest caz mai are o importanţă deosebită prin latero-flexiunea exagerată a uterului gravid, fapt care a făcut impo-

sibil confratelui meu să întrerupă sarcina, aşa că mai mult ca probabil că el a curetat numai colul uterin.

Latero-flexiunea aceasta exagerată, poate duce uneori la greşeli serioase de diagnostic. Cunosc cazul unei femei cu sarcină în uterul latero-flexat căreia după o tentativă asemănătoare ca cea de sus, pentru a întrerupe sarcina, i se pune diagnosticul de sarcină extra-uterină de oarece isterometrul nu intra mai mult decât 4½ cm. în uter.

Cu acest diagnostic intră în clinica ginecologciă a profesorului Daniel, i se confirmă diagnosticul de sarcină extra-uterină iar la laparatomie se găseşte sarcină uterină în uter latero-flexat. Bineînţeles că s'a închis abdomenul la loc lăsându-se ca sarcina să evolueze mai departe.

Insfârşit, acest caz mai e important şi prin vărsăturile incoercibile care au adus pe pacienta noastră la o stare serioasă de denutriţiune. Acest fapt m'a hotărît să-i întrup sarcina.

In literatura românească din ultimii 10 ani, se cunosc două cazuri de uter dublu. Primul este cazul doctorului **Pecsi Ernest,** prezentat la societatea de ginecologie din Bucureşti în anul 1929, şi al doilea caz este al colegilor dela Cluj **Fezi** şi **Ungureanu,** publicat în Revista de Ginecologie, Obstetrică şi Puericultură, No. 2, din 1926.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele radiografii cu lipiodol în uter dublu cu graviditate au fost făcute de **Iraeta** şi **Harymdegny** (Semana Medica, Jan. 1929). Ele au fost făcute pe două cazuri şi s'au putut demonstra independenţa complectă a acelor două utere.

Cazuri analoage au publicat: **Grosse, Bonnet** şi **Béclère, Max Cheval, Chamesy Léwy Solal** şi **Mérat.**

O scurtă incursiune în patologia malformaţiunilor uterine, ne arată că **patogenia** acestei malformaţiuni ar fi datorită lipsei de coalescenţă a canalelor lui Müller.

Tourneux (Precis d'Embriologie Humaine) susţine că fuziunea acestor două canale, debutează către mijlocul cordonului genital sau la unirea treimei inferioare cu cele două treimi superioare. Şi în urmă fuziunea se întinde puţin câte puţin către extremităţile superioară şi inferioară. Aşa explică **Willard** şi **Surreau,** faptul că la un uter dublu, cloazonul vaginal poate să existe numai în partea superioară a vaginului. Tot astfel se explică faptul unirei canalelor lui Müller numai în partea inferioară, fără să se facă această unire în parte superioară dându-ne astfel **uter dublu cu un singur vagin.**

Retterer însă susţine că partea inferioară a vaginului ca şi

a uretrei, rezultă din cloasonarea sinului urogenital. Aşa că faptul că vaginul este normal jos şi uterul dublu sus, nu ar apăra susţinerea lui Tourneaux.

Diagnosticul acestor malformaţiuni, nu este întotdeauna uşor de făcut, Bonnet şi Béclère, arată că acest diagnostic a scăpat şi unui chirurg de talia lui **Roux din Lausanne,** într'un caz prezentat de ei la societatea de Gynecologie din Paris.

La uter malformaţiunea e descoperită cu ocazia unei intervenţiuni chirurgicale. Erori de diagnostic se fac multe şi ele au inspirat o lucrare lui **Sigmund** care a publicat o serie de erori în malformaţiunile duble ale uterului.

Simptome funcţionale sunt foarte puţin frecvente, adesea este vorba de o femee care vine să ne consulte pentru sterilitate, avorturi repetate, dureri sau dificultate la coit, sau mai caracteristic accidente de hematometrie. Cazul lui **Guérin-Valmale,** citat mai sus e caracteristic. **Souligoux** mai citează un caz de uter dublu în care unul era gravid şi celălalt continua menstruaţiunea. Examenul genital însă făcut în mod atent, are darul să descopere aceste malformaţiuni. Dacă la tuşeu se dă de două coluri, diagnosticul e mai uşor. Se întâmplă uneori că deşi există două coluri, unul rămâne neobservat pentrucă e minuscul sau mascat în fundul de sac şi atunci chiar dacă sunt două corpuri uterine, cel de al doilea e luat drept o tumoră anexială sau un fibrom ligamentar. Dacă acesta neobservat are şi o hematometrie, el poate fi confundat cu o anexită chistică sau o sarcină extra-uterină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul cu cele două histerometre recomandat de **Wolf Stern** şi aplicat şi de mine în cazul de sus, dă o mare uşurinţă în diagnostic. Este însă incontestabil că dacă avem la dispoziţie, putem să facem grafia cu lipiodol după cum ne-a arătat în mod foarte competent confraţii noştri **Mitrea** şi **Jianu,** şi mai ales după technica precisă indicată de Béclère în ultimul său tratat. In acest caz informaţiunile rezultate sunt foarte precise.

RÉSUMÉ: *Le Dr.* Ovide Alfandary *publie l'observation d'un* Uterus double, vagin double, grossesse unilatérale avec vomissements incoercibles.

Pour serrer le diagnostic il a appliqué la méthode de l'introduction d'un hysteromètre dans chaque uterus et la palpation bimanuelle

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. O. Alfandary *berichtet einen Fall von* Uterus duplex, vagina septa, unilaterale Schwangerschaft und inkoerzibiles Erbrechen.

Die Bestätigung der Diagnose wurde durch die Einfuhrung eines Hysterometers in jeden Uterus und durch bimanuälle Palpation gemacht.

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.

BCU Cluj / Centrală Universitară Cluj

FORMULAR DE TERAPEUTICA GINECOLOGICA

de

Dr. AL. CRAINICEANU

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

KISTUL DE OVAR.

Distingem 3 varietăţi: **a)** Kistul mucoid, **b)** dermoid, **c)** dermo-mucoid. Semnele funcţionale în general reduse sunt: durerea, turburări de menstruaţie variabile (frecvent amenoreea, meno-metroragiile se observă mai ales în kistele pelviene), sterilitate, fenomene de compresie (disurie, tenesme, compresiuni ureterale, constipaţiuni, etc.). Starea generală se altereazǎ cu creşterea kistului şi conduce la caşexia ovariană.

Semne fizice sunt în raport cu evoluţia kistului. Kistul pelvian şi intraligamentar e blocat în pelvis, polul inferior se simte într'unul din fundurile de sac, uterul fiind împins în partea opusă. In kistul abdominal inspecţiunea arată mărimea de volume a abdomenului, palpaţia indică conţinutul kistic, conturul regulat sau nu, percuţia: întinderea matităţtei kistice, etc. Palpeul bimanual adesea ori în poziţia Trendelemburg e indicat pentru a face diagnosticul diferenţial. Complicaţiunile sunt: **a) mecanice:** torsiunea pedicului ruptura Kistului, accidente de compresie; **b) infecţioase:** supuraţiunea care poate fi acută sau cronică; **c) degenerescenţe** maligne, carcinomatoasă, sarcomatoasă. Toate aceste complicaţiuni, precum şi evoluţia firească a kistului, ne fac să afirmăm că kistul de ovar e de o benignitate cu totul relativă şi impune o terapeutică energică şi activă.

Tratamentul e numai chirurgical şi constă în ablaţiunea kistului. In kistele mici fără aderenţe, intervenţiunea este extrem de simplă. După incizia peretelui, de preferat incizia, Plannenstiel, se pune în evidenţă kistul şi după ligatura şi secţiunea pedicului se extirpă. In kistele mari e util a face după laparatomie puncţiunea kistului cu un trocar pentru a-l goli în parte. Kistele intra-ligamentare destul de frecvente se recunosc prin aceia că trompa este întinsă pe kist, iar mezo-salpinxul este desfăcut de tumoră.

Technica extirpărei este mai complexă având în vedere deplasarea organelor şi a raporturilor anatomice schimbate şi în special a ureterului. In aceste cazuri vom face o incizie verticală pe kist, vom pătrunde între foile ligamentului larg şi vom enucleea kistul. In general operaţiunile pentru extirparea kistelor sunt benigne şi în imensa majoritate a cazurilor dau strălucite rezultate. In cazuri excepţionale când kistul este foarte aderent de uter: separaţiunea este plină de dificultăţi. Isterectomia prin hemi-secţiune uterină este uneori indicată. (J. L. Faure, C. Daniel).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TUMORILE VEGETANTE ALE OVARULUI.

Sunt tumori adesea bilaterale, cari se complică cu grefe peritoneale şi ascită. Din punct de vedere patologic sunt fie un adenom papilar simplu, fie un adeno carcinom.

Tratamentul constă în extirparea tumorilor, uneori dificilă din cauza aderenţelor, aşa încât isterectomia e indicată.

Tumorile solide, în afară de cele vegetante sunt de natură fibromatoasă, sarcomatoasă, canceroasă, iar tratamentul este acelaşi: extirparea simplă sau combinată cu isterectomia (mai ales în cazurile maligne).

SARCINA EXTRA-UTERINĂ.

Symptomele variază după cum sarcina extra-uterină este în primele 5 luni, sau după acest termen. De un diagnostic dificil în primele 5 luni, symptomatologia putând da naştere la confuziuni.

Supresiunea regulelor e un fenomen obişnuit însă nu e absolut.

Hemoragiile cari urmează unei întârzieri, la o femee normală din punct de vedere menstrual, constituesc un bun semn. **Expulsiunea unei caduci uterine, durerile** şi toate celelalte semne de prezumţiune ale sarcinei (modificări ale sânului, pigmntaţiuni, turburări digestive, nervoase, etc.), trebuesc luate în considerare. Semnele locale sunt importante: **consistenţa colului, a corpului** este modificată, devenind moale, iar semnul Hégar este pozitiv.

Pe peretele lateral al uterului se simte **tumoare kistică** animată de pulsaţiuni vasculare. Probele de laborator: glicozuria phlorizinică (Kamnitzer şi Ioseph, Crainiceanu şi Goldenberg) e de utilizat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După luna a 5-a semnele de certitudine există la acest moment, întovărăşit de dureri uneori intolerabile. La palpeul bimanal se simte: uterul deviat, mărit de volum, moale, iar lateral, kistul fetal neregulat. La ascultaţie se aud sgomotele cordului fetal, mişcările active ale fătului, etc.

Tratamentul. — Nu vom vorbi aci de complicaţiunile sarcinei extra-uterine, cari vor fi studiate mai departe (vezi cap. hematocelului). **Inainte de** 5 luni: vom aminti formula clasică a lui Pinard: **„orice sarcină extra-uterină comandă intervenţiunea chirurgicală".** Această formulă se justifică prin riscurile cari pun în joc viaţa bolnavei, lăsând sarcina etopică să evolueze. Extirparea kistului fetal poate fi uneori simplă, alte ori din cauza aderenţelor, cu organele vecine, vezică, intestine, rect, poate da loc la dificultăţi operatorii. Iată de ce în unele cazuri isterectomia e indicată

După luna a 5-a accidentele şi complicaţiunile fiind mai puţin frecvente vom păstra o temporizare în expectativă armată (N. Gheorghiu) pentru a ajunge la o perioadă de viabilitate a fătului, când ne putem decide la o intervenţiune. Două metode sunt utilizate, după incizia kistului fetal şi extragerea fătului: **a)** Metoda conservatoare care consistă a lăsa placenta pe loc şi a marsupializa; **b)** Metoda radicală care constă în extirpare complectă a sacului şi a placentei. Deşi această metodă predispune la hemoragii — uneori serioase — poate totuşi să fie metoda de elecţiune, de oarece scurtează mersul post-operator al unei metode şi pune la adăpost bolnava de complicaţiuni.

HEMATOCELUL PELVIAN.

Hemoragiile intra-peritoneale se prezintă sub două mari forme: difuze sau înkistate. In prima formă sângele lichid şi cu chiaguri este liber ,putând forma inundaţiunea peritoneală. In forma închistată, sângele coagulat formează o masă situată înapoia uterului, limitată de membrane de neoformaţiune, de anse intestinale, de colonul ilio-pelvian. In inundaţiunea peritoneală debutul este brusc, durerile sunt vii, există ameţeli, lipotimii decolorare a pielei şi a mucoaselor, puls mic şi accelerat, răcirea extremităţilor, respiraţie superficială. Dela această formă supra acută, care poate fi repede mortală şi până la hemoragiile mici şi repetate există o serie întreagă de variaţiuni. Hematocelul se constitue încet prin reacţiunea plastică peritoneală, care închide revărsarea de sânge. In aceste cazuri se simte o tumefacţiune înapoia uterului, colul sub synphyză, iar în Douglas tumoarea de o consistenţă specială. Puncţia în Douglas este foarte utilă (N. Gheorghiu) de oarece aduce sânge care nu se coagulează şi constitue un preţios mijloc de diagnostic.

Tratamentul. — Inundaţiunea peritoneală recunoaşte un tratament chirurgical de urgenţă. Desigur este extrem de util, a ridica starea generală a bolnavului; injecţiuni de cafeină, oleu camforat, etc. Transfuria de sânge, când e posibilă trebue aplicată. Intervenţiunea chirurgicală constă în extirparea trompei gravide iar sângele din abdomen trebue extras.

Tratamentul hematocelului. — Unele hematocele — rare dealtminteri — au tendinţa de a resorbi singure, prin tratamentul medical (repaos, injecţiuni calde, lavamente, etc., totuşi acestea trebuesc supraveghiate de aproape. Toate celelalte hematocele sunt justiţiabile de tratamentul chirurgical.

Calea abdominală este indicată în marea majoritate a cazurilor: aceasta constă în extirparea trompei şi a chiagurilor. In cazurile vechi cu aderente uneori foarte strânse, operaţiunea e departe de a fi simplă. E mai bine a lăsa pe loc fragmente din pungă şi a termina printr'un drenaj fie prin tub, fie prin Mickulicz.

Calea vaginală. — I se găseşte indicaţiunea numai în hematocelul infectat şi supurat unde colpotomia urmată de drenaj aduce servicii incontestabile.

INSUFICIENŢA OVARIANA.

Sindroamele ovariene legate de patologia secreţiunei interne a ovarului pot fi grupate: în **iperovarie, insuficienţă ovariană, dysovarie, instabilitate ovariană.**

Prin insuficienţă ovariană propriu zisă, se înţelege sindromul complex produs în organism, în urma supresiunei sau micşorărei secreţiunei ovariene. E mai corect însă a vorbi de **anovarie** (lipsă complectă de secreţiune) şi **ipovarie** (micşorare sau secreţiune viciată). Aceste alteraţiuni endocrine se traduc în clinică printr'o simptomatologie comună, ca unele diferenţe de intensitate în symptome. Astfel, supresiunea bruscă ovariană (isterectomie complectă, raze X) aduce adeseori fenomene mai acute, decât acelea ale unei insuficienţe câştigate în mod lent, cum ar fi în menopauza fiziologică, sau în urma alteraţiunilor din cauze diverse ale ovarelor.

Insuficienţa ovariană e caracterizată printr'o serie de turburări în strânsă legătură cu sistemul vegetativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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: **Gaiacol, Fosfor** şi **Calciu** pe care terapeutica le-a asociat totdeauna*

◆◆◆◆◆◆

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

LABORATOIRES LALEUF, PARIS (XVe)

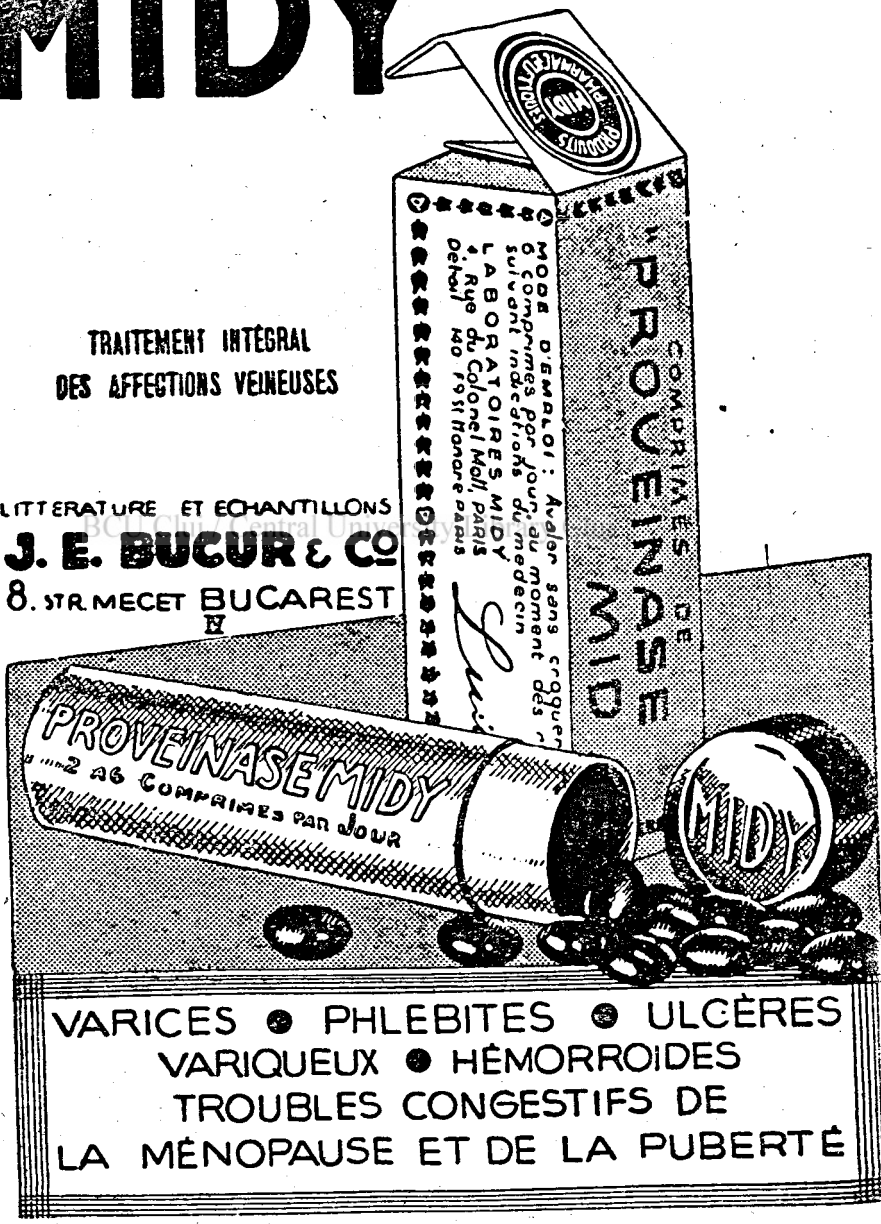
Eşantioane medicale şi literatură la singurul concesionar pentru România:
PAUL ILUTZA, Str. Enăchiţă Văcărescu 20 (f. Poetului)
BUCUREŞTI V. — Telefon 350/14

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROVEINASE MIDY

TRAITEMENT INTÉGRAL
DES AFFECTIONS VEINEUSES

LITTERATURE ET ECHANTILLONS
J. E. BUCUR & Co
8. STR. MECET BUCAREST
II



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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburări vaso-motorii, reprezintă fără îndoială simptomul cel mai frequent 80%, şi cel mai supărător din sindromul insuficienţei.

E desigur şi cel mai interesant de studiat din punctul de vedere al sistemului vegetativ. Bolnavele vin să consulte pentru senzaţiuni penibile de valuri de căldură (bufeuri) resimţite mai ales în cap şi faţă, însoţite de vâjâeli. După această fază congestivă, urmează o fază de vaso-constricţie, de paloare, iar corpul se acoperă de sudoare.

Turburări congestive şi hemoragice. — Prin diverse mucoase se pot produce hemoragii (nas, laringe, intestin, etc.). Acestea au fost luate de mulţi autori ca hemoragii vicariante. Credem totuş, că ele sunt de fapt expresiunea unei turburări mai profunde în domeniul vaso-motorilor şi ar reprezenta un grad mai înalt de viciu funcţional decât acela al turburărilor precedente.

Turburări nervoase sunt foarte frequente. Bolnavele acuză algii diverse: dureri lombare pelviene, migrene, cefalee. **Harvier** citează turburări ca: insomnii, agitaţiuni, iritabilitate, modificări de caracter, neurasthenie, pierderea memorie **(Jayle).**

Turburări trofice şi organice. — Atrofia uterului se întâlneşte destul de des, iar menstruaţiunea este suprimată sau micşorată. Amenoreea este un simptom capital al insuficienţei ovariene. Mamela nu suferă modificări, ceeace e explicabil, dacă ne amintim că acest organ este antagonist cu ovarul.

Instinctul sexual e mai frequent micşorat.

Turburări în metabolism: în 50% se observă o îngrăşareî

Turburările psihice, sunt destul de cunoscute. La meno-pauză apar stări maniaco-depresive, astenii, psichoze.

Desigur, nu întâlnim toate aceste fenomene la aceiaşi bolnavă; de obiceiu unele symptome predomină asupra celorlalte. Acest fapt a făcut pe **Jayle** să distingă următoarele 3 categorii: insuficienţa ovariană de tip **nervos, congestiv** şi **nutritiv.** După cercetările noastre, tipul congestiv este cel mai frequent întâlnit, urmând apoi tipul nervos şi nutritiv.

Biblioteca Universitară Iaşi

TRATAMENT.

a) A administra per „os" însă mai preferabilă sub formă de injecţiuni subcutanate **preparate ovariene** sau de **lipoizi ovarieni** (Parhon). Aceste injecţiuni vor fi făcute după caz zilnic sau la 2 zile.

b) A utiliza antispasmodice-diverse. Astfel: Valerianat de amoniac Pierlot: 2 linguriţe seara.

c) Cercetările noastre au arătat că insuficienţa ovară coincide de regulă cu o ipoamfotonie a sistemului vegetativ (tonus vegetativ scăzut pentru sympatic şi parasympatic). Administrând substanţe amphotrope am obţinut o modificare în plus, o creştere a tonusului ambelor sisteme vegetative, precum şi o ameliorare rapidă şi dispariţiunea fenomenelor morbide. Astfel preconizăm:

Rp. Lactat de Calciu 1.50 gr.
Ds. p. un pachet.
Fa. No. XXX.
3—4 pe zi.

Bolnava va lua 10 zile şi după caz, va prelungi tratamentul după o mică pauză. Dozele mari de calciu sunt foarte bine suportate de bolnavă şi se obţin de obiceiu bune rezultate.

Aceste mijloace therapeutice pot fi — dealtminteri — combinate împreună.

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMES 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Domnii Medici sunt rugaţi să prescrie flacoane originale de

DOZE:

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 drogherii 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.

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualităţi medicale

Fisio - Patologie.

VAQUEZ, N. KISTHINIOS et M. PAPAIOANOU: Pression moyenne constante sphygmomanométrique. — (Presiunea medie constantă sfigmomanometrică). — Presse méd. No. 32, p. 585, 1931.

Ca să găsească un criteriu oscilometric al travaliului normal al cordului, autorii după ce găsesc în cercetările ce le-au făcut că numai presiunea medie este presiunea stabilă a activităţii cardiace, o urmăresc în diferite vârste şi în diferite stări fiziologice, care de obiceiu fac să varieze presiunile extreme. Ei găsesc că dela tinereţe la bătrâneţe, presiunea medie nu variază mai mult ca 1-1½ c. m., fapt ce se deosibeşte mult de modificările presiunilor extreme.

Din cercetările ce continuă a face autorii găsesc că nici sexul, nici stările fiziologice ca menstruaţia, digestia, exerciţiul muşcular nu pot influenţa presiunea medie care reprezintă regimul vascular.

Când debitul cardiac e normal, travaliul inimei deasemenea e normal. Presiunea medie trebue considerată ca un punct fix, presiune de bază de care se apropie sau se îndepărtează presiunile extreme. Totuşi se vor lua şi presiunile extreme ce au importanţa lor, ce pot da din punct de vedere clinic date importante.

Autorii caută a o urmări în diferite stări patologice.

M. M. H. VAQUEZ et KISTHINIOS: La presion moyenne considerée comme pression basale. — (Presiunea medie considerată ca presiune bazală). — Bull. acad .de méd. de Paris, No. 12, pag. 503, 1931.

Ca să ne dăm seama de aptitudinea funcţională a inimei cu ajutorul unui criteriu oscilometric, trebue să ţinem seamă de presiunea medie, care reprezintă travaliul ce-l suportă cordul în timpul sistolei. In stare normală presiunea medie e constantă faţă de variabilitatea presiunei extreme. Autorii găsesc dela 10—25 ani presiunea medie este de 8—9 c. c. de kgr. dela 25—50 ani de 8—11 c. c. de kgr., în general e de 9 c. m. c. la această vârstă, după 50 ani este de 9—12 cmc. de kgr., dar de 10 cmc. e obişnuită.

In general presiunea medie nu variază mai mult ca 1—2 c. c. de kgr. în timpul vieţei.

După cercetările făcute de fiziologişti, presiunea medie este fixă, sexul, digestia, exerciţiul muşcular nu o influenţează. Studiul variaţiei presiunei medii în cursul boalelor are un interes mare şi ar trebui urmărită. Putem s'o considerăm ca o constantă hydraulică analoagă cu constanta chimică ph. a sângelui cu care ar avea oare tare legătură.

GIRAUD-COSTA: Le role de la circulation veineuse dans l'oedème aigu du poumon. — (Rolul circulaţiei venoase în edemul acut al plămânului). — Presse méd. No. 34, pag. 619, 1931.

Autorul arată importanţa turburărilor primitive ale circulaţiei de întoarcere în patogenia edemului acut al plămânului. In stare normală circulaţia venoasă este întreţinută de capilare şi vene. Circulaţia venoasă este asigurată prin motricitatea capilarelor şi contractilitatea muşchiului venos ce depinde de sistemul nervos. Presiunea venoasă joacă un rol important în regularea debitului cardiac. Autorii comunică 3 observaţiuni în cari o ridicare bruscă a presiunei venoase s'a găsit înaintea manifestărei unui edem acut al plămânului. Toate cauzele ce măresc tensiunea venoasă pot da un edem acut al plămânului. Bolnavii a căror debit ventricular stâng este limitat sunt supuşi edemului acut. In urma ridicărei brusce a tensiunei venoase, inima trebue să-şi mărească debitul, acţiunea celor două ventricule e disociată, a celui drept e normală dacă muşculatura sa e normală, în timp ce debitul inimei stângi nu se poate mări se va produce o congestie activă a plămânului ce va desvălui criza. In general sistemul nervos micşurează activitatea inimei drepte şi menţine echilibrul hydraulic dintre cele două inimi. Insuficienţa ventriculară stângă şi mărirea presiunei venoase sunt cauze primordiale ale edemului acut pulmonar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. CARANEGRA: Les epreuves d'Escudero pour le diagnostic de la goutte. — (Probele lui Escudero pentru diagnosticul gutei). — Paris méd. No. 18, pag. 426, 1931.

Ca să determine natura gutoasă a unei artropatii, autorul a întrebuinţat proba biologică a lui Escudero, ce e bazată pe eliminarea purinelor administrate pe cale bucală după un regim strict apurinic a bolnavului presupus gutos. Se dozează zilnic 10—15 zile acidul uric urinar la bolnavul ce urmează regimul apurinic, apoi i se dă dimineaţa 100 gr. extract de carne a cărei purine e dozată, astfel acest extract conţine 1 gr. acid uric. Se culege 3 zile consecutiv urinele bolnavului după administrarea extractului de carne şi se dozează acidul uric. Din cercetările făcute reese:

1) Că un bolnav ce sufere de rheumatism cronic şi elimină 70% purine ingerate după ingestia lor nu e gutos. 2) Cel ce elimină 35% din purine ingerate este gustos. 3) Bolnavii febrili, rău hrăniţi pot elimina 50% purine şi se va căuta cauza acestei insuficiente eliminări a purinelor. 4) Deci cei ce elimină mici cantităţi de purine exogene se pot considera gutoşi.

G. MOURIQUAND et M. BERNHEIM: Le rôle physiologique et pathologique du système thymo-lymphatique. — (Rolul fiziologic şi patologic al sistemului timo-limfatic). — Arch. de méd. des enf. No. 4, pag. 205, 1931.

Din cercetările ce s'au făcut în ultimul timp, autorii caută a studia dacă există un sistem thymo-limfatic, şi a deduce din punct de vedere histologic, histofiziologic, biochimic, fiziologic şi patologic dacă există o legătură între sistemul limfatic şi thymus.

Numai constituţia biochimică, bogăţia în nucleo-proteide a thymusului şi a ganglionilor limfatici arată strânsa legătură între thymus şi organele limfoide propriu zise.

S'a găsit că timusul reacţionează la toate cauzele ce turbură nutriţia organismului, şi involuiază în toate bolile cronice. Dat fiind influenţa thymusului în desvoltarea organelor genitale a fost considerat ca o glandă cu secreţie internă. Cu toată structura sa limfoidă, aparentă, thymusul nu reacţionează clinic ca ganglionii limfatici.

Totuşi există o stare thymo-limfatică caracterizată printr'o hipertrofie a thymusului, a ganglionilor, şi a splinei, o stare nutritivă specială ce samănă cu spasmofilia, o rezistenţă micşurată la infecţiuni, şi o stare favorabilă morţei subite. Deşi la autopsia copiilor morţi subit s'a găsit o hiperplazie a thymusului şi a ganglionilor limfatici, nu ne putem explica acest dezechilibru vital ce favorizează moartea subită. In ceia ce priveşte origina stărei thymo-limfatice, autorii cred că infecţiuni cronice ca heredo-sifilisul, tuberculoza la care se adaugă supra-alimentaţia mamei în timpul gestaţiunei favorizează desvoltarea thymusului şi a ţesutului limfoid. Distrofia specială a copiilor cu starea thymo-limfatică favorabilă morţei subite este agravată de turburările nutritive ce influenţează mult thymusul.

M. M. ED. LEVY-SOLAL, N. KISTHINIOS et F. LEPAGE: Pression moyenne et eclampsie. — (Presiunea medie şi eclampsie). — Bull. de l'Acad. de méd., Paris, No. 16, pag. 705, 1931.

Urmăresc la gravide presiunea medie şi găsesc în 80% din cazuri nici o modificare a presiunei medie, iar la eclamptice găsesc:

1) O ridicare mare a presiunei medii înainte şi în timpul accesului de eclampsie, chiar în cazurile unde presiunea extremă e normală.

2) Ridicarea presiunei medii ar trebui considerată ca un semn precursor al eclampsiei, chiar în cazurile unde nu găsim albumină în urină.

3) Albuminuria perzistentă în timpul crizei de eclampsie pare a merge paralel cu hipertensiunea uşoară ce perzistă după criză.

Ar trebui să se caute presiunea medie dinamică în toate cazurile de eclampsie.

CH. LAUBRY, DANIEL, BOUTIER et A. VAN BOGAERT: La cardiographie apexienne au moyen de la manchette pneumatique et de la capsule de Pachon-Boulitte. — (Cardiografia apexiană cu ajutorul manşetei pneumatice şi a capsulei lui Pachon-Boulitte). — C. R. de biologie No. 12, pag. 1128.

Autorii substitue cardiografului lui Marey un aparat mai uşor

maniabil, au întrebuinţat manşeta pneumatică legată cu capsula Pachon-Boulitte. Se aşează manşeta pneumatică înaintea şocului apexian, o fixăm cu o faşă de tiphon, apoi se leagă cu aparatul de înregistrare (capsula Pachon-Boulitte), stilul capsulei se deplasează înaintea unui tambur de hârtie afumată, sau înaintea deschizăturei optice Boulitte.

Autorii au obţinut în 200 cazuri cu ajutorul metodei pneumatice, cardiograme foarte clare. Avantagiile acestei metode sunt: 1) Nu se cere nici o pregătire specială pentru a obţine o cardiogramă. 2) Marea sensibilitate a acestui procedeu. 3) Constantă în forma traseului (ce e sub aceiaşi presiune). 4) Diferenţa dintre traseurile unui cord normal faţă de acelea ale cordului patologic. Numai la bolnavii ce sunt foarte dispneici, această metodă nu se poate aplica.

Al VII-lea Congres naţional al tuberculozei ţinut la Bordeaux la 30 Martie—2 Aprile 1931. — (Revue de la tuberculose No. 3, pag. 221-471, 1931).

I. Chestiuni Biologice

F. BEZANCON, A. PHILIBERT: Bacterioliza bacilului tuberculos Buc. şi Paraf.

Autorii tratează: 1) Bacterioliza în general şi mai ales aspectul granulos şi granulaţiile bacilului Koch. 2) Existenţa puterei bacteriolitice a serului şi a serozităţei exudatelor. 3) Rolul bacteriolizei în cursul fenomenului Koch şi a stărilor alergice.

I. Ca să înţelegem bacterioliza ne vom aminti de cercetările vechi asupra puterei bactericide a umorilor, transformaţia granuloasă a bacteridii carbonoase în serul şobolanilor refractari la cărbune, fenomonul lui Pfeiffer sau transformarea în granule a vibrionului choleric introdus în peritoneul cobailor vaccinaţi contra vibrionului. Dar aceste experienţe nu reuşesc întotdeauna, încât starea refractară nu depinde de proprietatea bactericidă a serului şi imunitatea câştigată nu depinde de puterea bacteriolitică a serului animalelor vaccinate.

Bacterioliza se caracterizează prin dezintegrare, prin lyza microbiană. Bacilul Koch este foarte rezistent tuturor cauzelor de distrugere în natură şi culturi, nu sufere autoliză şi poate sta viu luni şi ani. Aspectul granulos al bacilului este un aspect natural datorit evoluţiei sale şi îl putem găsi în culturi vechi şţ ţesuturi unde elementele tinere ale bacilului Koch au dispărut. Granulaţiile sunt forme de rezistenţă, nu aspecte ale bacterolizei. Bacilii sunt rari în leziunile mici nodulare, sunt mai numeroşi în leziunile exudative şi cazeoase. Bacilii sunt puţin numeroşi în puroiul de natură tuberculoasă şi pot fi puşi în evidenţă prin metoda de homogenizare. Autorii cred că raritatea bacililor este datorită fagocitozei bacililor, mai ales în spute şi recomandă homogenizarea la etuvă. Nu cunoaştem de ce în unele împrejurări bacilul se înmulţeşte, de ce alteori vegetează în organism.

II, pag. 244. Perderea facultăţei bacilului Koch de a se desvolta pe mediile de cultură şi perderea virulenţei ne face s'ad-

mitem că a suferit o influenţă bactericidă sau bacteriolitcă. S'a căutat proprietatea bacteriolitică a serului animalelor refractare şi celor vaccinate contra baclului Koch şi s'a găsit că serul joacă un rol în apărarea organismului tuberculos.

După autori puterea bactericidă a revărsărilor pleurale este datorită stărei variabile fizico-chimice a umorilor şi nu unei proprietăţi bacteriolitice.

Rist şi Ionescu cred că în lichidul pleural sunt fermenţi ce ar exersa o influenţă inhibitrice asupra desvoltărei bacilului Koch. Reacţia pleurală a pneumotoracelui artificial se poate asemăna cu fenomenele alergice ce se observă la cobai după inocularea seroaselor.

III, pag. 266. Din cercetările făcute reese că bactérioliza se datoreşte macrofagelor, celulelor mari mononucleare, cari distrug bacilul Koch. Nu s'a putut până în prezent mări activitatea acestor celule albe. Nici injecţiile de ser a animalelor refractare, a animalelor tuberculoase, a serului de om, a proteinelor diferite nu a putut influenţa monuclearele. S'a studiat influenţa blocajului ţesutului reticulo-endotelial asupra imunităţei faţă de bacilul Koch şi s'a găsit absenţa fenomenului Koch la cobaii cărora li s'a blocat ţesutul reticulo-endotelial; cobai neinjectaţi cu cerneală de china ce blochează ţesutul endotelial au prezentat fenomenul tip Koch: congestie lividă, escară neagră cu eliminarea ei şi vindecare fără supuraţie şi fără adenopatie la locul unde s'a injectat o puternică doză de bacili Koch (5 mgr.). In cât s'a demonstrat că injecţia de cerneală de china blocând ţesutul endotelial influenţează fenomenul de imunitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiând culturile ţesuturilor în vitro s'a urmărit acţiunea leucocitelor normale şi a celor anormale asupra bacilului Koch şi s'a găsit că leucocitele normale au o slabă putere de distrugere a bacilului Koch, ele inchistează bacilul Koch dând naştere foliculului tuberculos, numai monocitele au o acţiune fagocitară.

S'a cultivat myelobastele din sângele bolnavilor de leucemie acută şi s'a găsit că aceste celule au o mare putere lytică faţă de bacilul Koch, myeloblastele sunt pline de bacili Koch când au fost însemânţate cu culturi virulente de bacil Koch, iau apoi caracterul de celule epitelioide şi după 8 zile se formează tuberculi.

Autorii cred că myeloblastele conţin fermenţi bactericizi puternici. Dacă apropiem cele studiate la animale în timpul inocularilor de observaţiile făcute asupra culturilor leucocitelor infectate în vitro, găsim fenomene asemănătoare: la început inchistarea bacilului, apoi caseificare, distrugerea bacilului de monocyt. La animalul refractar domină procesul de inchistare a bacilului şi activitatea bactericidă a monocitului.

Probabil monocitul animalelor tuberculoase în stare de alergie şi imunitate are o mare putere lytică. Aceste experienţe deschid o nouă cale în domeniul imunităţei tuberculoase.

II. Chestiuni clinice.

E. LEURET şi I. CAUSSIMON: Diagnosticul activităţei leziunilor pulmonare tuberculoase.

Concluziuni: 1) Diagnosticul activităţei leziunei tuberculoase priveşte activitatea actuală a leziunei pulmonare. 2) Autorii au diferite păreri asupra activităţei leziunilor pulmonare. 3) Activitatea leziunilor depinde de reacţia scleroasă de inchistare şi de comunicarea leziunei cu sângele sau limfa. 4) Din punct de vedere biologic o leziune e atât cât conţine bacili virulenţi.

Ea se manifestă prin semne clinice şi umorale. O leziune activă şi evolutivă se întinde şi distruge, şi se manifestă prin febră, alterări a stărei generale cari sunt expresiunea circulărei bacilului şi toxinelor sale. Autorii propun clasificarea leziuilor tuberculoase din punct de vedere al activităţei lor în:

1) Leziuni inactive din punct de vedere bacteriologic şi clinic.

2) Leziuni active din punct de vedere bacteriologic şi tăcute clinic, tuberculoza latentă.

3) Leziuni active bacteriologic şi clinic dar neevolutive; a) Tuberrculoza închisă activă; b) Abcesul rece pulmonar.

4) Leziuni active şi evolutive.

5) Leziuni active, neevolutive dar infectante (forma septicemiei).

6) Leziuni active, evolutive şi infectante.

7) Febra este expresiunea manifestărilor principale ale leziunilor tuberculoase.

Digitized by Central University Library Cluj

8) Sunt forme active ale tuberculozei fără reacţii termice.

9) Proba mersului este un test bun al activităţii lezionale.

10) Slăbirea şi alterarea stărei generale sunt expresia leziunilor active.

11) Măsura metabolismului bazal ne poate da o indicaţie asupra activităţei leziunilor tuberculoase.

12). Leziunile active nu se aud întotdeauna mai bine. Nu avem un syndrom de ascultare patognomonic al leziunilor active tuberculoase. Semnele generale se vor asocia semnelor fizice ca să interpreteze activitatea leziunilor.

13). Tachicardia este un semn important al activităţei leziunilor tuberculoase.

14) E necesar de a se face radiografii în serie spre a ne da seama de activitatea şi evoluţia leziunilor.

15) Baciloscopia negativă în urma examenelor repetate de spută nu ne arată că leziunea este inactivă. Frequenţa şi aspectul fibrelor elastice ne poate da oarecare lămuriri asupra activităţii leziunilor, asemenea albumino şi tyrosino-reacţa.

16) Dozajul diverselor albumine a serului ne poate da oarecare lămuriri asupra activităţii leziunei. Autorii recomandă reacţia lui Vernes şi deviarea complimentului pentru a ne da sama de mersul activităţei leziunilor.

17) Cuti-reacţia, urino-reacţia Wildbold, sunt date complimentare în diagnosticul activităţii leziunilor tuberculoase.

Un total de semne clinice, radiologice, de ascultare şi serologice urmărite în serie ne pot da date precise asupra mersului şi activităţei tuberculozei.

J. CAUSSIMON: La recherche du bacille de Koch dans le sang circulant des tuberculeux pulmonaires. — (Căutarea bacilului Koch în sângele tuberculoşilor pulmonari). — Presse méd. No. 24, pag. 435.

Căutarea bacilului Koch în sânge pare grea şi rezultatele pozitive nu sunt mai mari ca 30% în tuberculoza pulmonară cronică. Autorii au întrebuinţat diluţii din ce în ce mai mari de culturi de bacili Koch şi au aplicat diferite technice pentru căutarea bacilului Koch în sânge şi găsesc că procedeul cu clorur de sodiu este foarte sensibil şi dă rezultate pozitive, celelalte procedee de homogenizare sunt nesigure.

Se ia 10 cmc. sânge într'un tub cu 2 mc. de soluţie de citrat de sodiu în apă distilată 10%. Soluţia aceasta se sterilizează şi examinează pentru acido-rezistenţi. Sângele este în urmă împărţit în patru tuburi de centrifugă şi centrifugat 10', se decantează lichidul format din amestecul de citrat şi ser; se culege partea superioară a depozitului şi se pun într'un singur tub de centrifugă, se adaugă 5 cmc. soluţie de clorură de sodiu, se agită, se centrifughează. Voalul dela suprafaţă se întinde pe lamă şi se colorează.

Studiul bacilemiei tuberculoase arată că aceasta nu se distinge de celelalte bacilemii, probabil însă că în unele tuberculoze pulmonare au loc bacilemii discrete care scapă examenului nostru direct. Ideea ce autorii şi-o fac de bacilemii cadrează perfect cu felul lui Schottmüler despre septicemii: „Septicemiile ar fi rezultanta emigrărei permanente sau pasagere a germenilor microbieni ce provin dela un focar septic ce reprezintă sediul iniţial al infecţiunei, sau dela o metastază sau dela o propagare a germenilor". O distrugere sau eliminare a acestor germeni se va face pe măsură ce aceşti germeni, pătrund în torentul circulator. Schottmüller crede că substratul septicemiilor nu este înmulţirea lor şi trecerea lor în sânge, fapt ce se asamănă cu bacilemia tuberculoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HENRI PAILLARD: La systematisation de l'examen des urines fraiches: l'uro-sediment frais. — (Sistematizarea examenului urinelor proaspete: urosedimentul proaspăt). — Presse méd. No. 38, pag. 699, 1931.

Arată valoarea examenului urinelor proaspete la care să nu treacă un timp prea mare dela emisiunea urinelor şi examinarea lor.

1) Examenele bacteriologice urinare trebuesc făcute imediat asupra urinelor proaspăt recoltate în vase sterile. 2) Cytologia urinară are o importanţă mare, autorul consideră prezenţa cilindrilor epiteliali, granuloşi, cu o adevărată biobsie şi se vor căuta în urine proaspete. 3) Studiul sedimentului cristalin al urinelor trebue să fie făcut în urine proaspete. Măsura ph. trebue de-asemenea făcută în urine proaspete. Autorul recomandă ca să se recolteze urinele între a 14—16 oră, căci atunci urinele sunt concetrate după prânz şi elementele patologice se găsesc în abundenţă. Se pot decela astfel

glycozuriile mici de 1—2 gr. şi albuminuriile de 0,20 la litru. Aceiaşi cantitate de zahăr şi albumină diluată în urina de 24 ore, poate fi neobservată. Autorul împarte astfel examenul urinelor: 1) Analiza urinelor de 24 ore clasică în care studiem schimburile nutritive generale. 2). Uro-sediment proaspăt când se caută cytologia, cristalele, germenii microbieni, ph. 3) Examenul urinelor fracţionate (densimetrie, concentrarea substanţelor normale sau patologice). 4) Proba eliminărei provocate (albastru, phenolsulfonphtaleina, eliminări medicamentoase).

Dr. FRIEDRICH WOLTER: Die Nebel katastrophe in Maastal Südlich von Lüttich. — (Catastrofă datorită ceţei în sudul Liejului în Maastal). — Klin. Woch. No. 17, 1931.

Autorul rezumă comunicarea Profesorului van Leeuwen, asupra boalei constatate la Maastal, în urma ceţei, sute de bolnavi dintre cari au murit în câteva zile 63 de oameni. Boala se manifesta prin turburări ale aparatului respirator, tuse bronchită, dispnee, congestia mucoaselor, frequenţa pulsului, cyanoză şi bolnavii muriau cu dilataţia cordului drept în mai puţin de 24 ore. Cei rămaşi vindecaţi nu mai prezentau nici o turburare. Boale s'au întins numai pe o suprafaţă de 25 km. lungime şi 1—2 km. lăţime. S'au îmbolnăvit şi oamenii care nu au eşit din casă. Această boală are mare asemănare cu boala ce se observă în porturi şi care depinde de diferite modificări ale temperaturei, ale presiunei atmosferice, ale terenului care e mlăştinos şi acid. S'a observat şi în alte epidemii ca de exemplu de febră tiphoidă că apar în timpul ceţei, scad când dispare ceaţa, numărul cazurilor de boală creşte paralel cu variaţiile curbei temperaturei zilnice; epidemia creşte când presiunea atmosferică este mare şi scade când e scăzută.

Autorul pretinde că în timpul ce presiunea atmosferică este mare, emanaţiunile de gaze ale pământului ce e contaminat stau mult la suprafaţa pământului şi influenţează mult organismul omenesc, când presiunea atmosferică e mai mică şi curentul de aer mai puternic, nu are loc o stagnare de gaze la suprafaţa pământului. Storm van Leeuwen susţine că terenul din Maastal este prea acid, că aerul conţine substanţe toxice ce provin din fabricele de zino şi fosfaţi la acestea se adaugă şi modificările atmosferei ce influenţează şi alte epidemii.

PAUL JACQUET: La solarite dans les ptoses et dans l'appendicite. — (Solarita în ptoze şi în apendicite). — Monde méd. No. 787, pag. 477, 1931.

Insistă asupra solaritei, care traduce suferinţa plexurilor abdominale; ea se observă în dispepsii, se manifestă prin bătăi în reg. epigastrică, cari se percep sub forma unei pulsaţii uşoare, uneori acestea se propagă spre ombilic şi marginea coastelor. Epigastrul este sensibil şi dureros la presiune. Bolnavul se plânge de dureri de stomac, anorexie, e deprimat. Solarita se observă în colice hepatice, ulcer dureros gastro-duodenal, al aortitei abdominale, în colite şi apendicite cronice, în afecţiuni, cari aduc o perturbare în iner-

varea abdomenului. Ca tratament, autorul recomandă repausul în pat, regimul lactat urmat de făinoase, legume. Insulina în doze de 20 unităţi pe zi zilnic înainte de masă.

In cazul când solarita nu e reductibilă din cauza unei colite cronice cu periviscerită, se va face examenul radiologic a acestor bolnavi spre a depista atingerea organelor, micului bazin, a apendicelui. Nu se va face intervenţia operatorie de cât după ce solarita s'a vindecat, altfel rămân durerile persistente după operaţia apendicectomiei. Se recomandă acestor bolnavi cura de repaus în pat, regim, comprese calde pe abdomen, vaccin, diatermie, luni de zile spre a obţine o vindecare a fenomenelor nervoase ce însoţesc inflamaţiile organelor din abdomen şi apoi intervenţia operatorie.

NOEL FIESSINGER, PHILIPPE HECOURT et C. M. LAUR: Syndrome agranulocytaire d'origine radiotherapique. — (Sindrom agranulocitar de origină radioterapică). — Le sang No. 3, pag. 323, 1931.

Autorii comunică observaţia clinică a unui bolnav cu splenomegalie primitivă, erytrodermie şi eczema care în urma a 4 şedinţe de radioterapie face febră între 38—39^0, este obosit, prezintă o leucopenie şi 0,3 polynucleare pe mmc. Deci un syndrom agranulocitar scurt şi fugace care în urma injecţiei intra-muşculare de lapte a cedat. Fapt curios bolnavul a prezentat şi o congestie amigdaliană, edem al gâtului, la fiecare şedinţă radioterapică a splinei, apoi o anghină acută cu edem şi stomatită. Probabil în agranulocytoză anghina necrotică, să nu fie cauza ci consecinţa boalei. S'a observat în cursul agranulocitozelor toxice o angină moderată, nenecrotică. S'a mai observat un tablou sanguin agranulocitar la canceroşi trataţi cu raze, la un asistent de radiologie. Radioterapia poate în unele împrejurări să provoace syndrom hermatologic agranulocitar.

Friedmann cu ajutorul radioterapiei oaselor lungi au obţinut vindecarea a 4 cazuri de agranulocitoză. Probabil dozele minime de radio au o influenţă bună în agranulocitoză. Iradiaţiile puternice ale centrilor leucopoetici au o acţiune excitatorie şi distructivă. Probabil că bolnavul cu splenomegalia primitivă se găsia în condiţiuni de a face o agranulocitoză. Sunt citate cazuri de lymfogranulomatoză, cari sub influenţe infecţioase diferite au prezentat tabloul sanguin agranulocitar. Probabil boala lui Hodkin sensibilizează elementele granulocitare şi le face fragile în infecţiuni. In cât nu e exclus ca să găsim şi în splenomegalia primitivă o sensibilizare a granulocitelor.

Terapeutice.

W. ENGELHARDT und K. GEMMER. Univ. Hautklinik Giessen: **Tratamentul combinat al blenoragiei cu Trypaflavină şi săruri de argint.** — Derm. Wo. 1930, No. 49, S. 1782.

Au fost trataţi 8 bolnavi cu blen. ant. acută, 20 cu blen. ant. şi post. şi 22 cu blen. complicată, cu Trypaflavin intravenos, iar local cu Albargin sau Protargol-granulat, la inflamaţia ureterei post.

Digitized by Central University Library Cluj

şi cu permanganat de K. Cu Trypaflavin s'au făcut la fiecare caz în parte câte 15 inj. (total 72,5 ccm.). In primele zile de tratament, se injectau zilnic 2,5 ccm., după a cincea zi câte 5 ccm. la 2 zile. Concomitent se făcea de 3 ori la zi tratament local cu Albargină, alternând cu protargol resp. MnO 4 K. Soluţiunea sărurilor de argint era de obiceiu slab concentrată (Albargina 1$^0/_{00}$, Protargol gran. $^1/_4$%). Accidente secundare nu s'au observat, adeverindu-se prin această experienţele lui Konrad şi Skutezky, că prin Trypaflavin se evită complicaţiunile. Bolnavii se plângeau uneori de senzaţia de un gust rău, sau o uşoară greaţă în timpul injecţiei. Din rezultatul total trebue conchis, că terapia acridinică intravenoasă simplă sau combinată intravenos-local, rămâne fără rezultat. Rezultatele mai bune a dat terapia combinată cu Trypaflavin şi săruri de argint, după cum s'a întrebuinţat în cazurile de faţă. Vindecarea blenoragiei ant. şi post. se făcea cu sol. de săruri de arg. mai concentrată. Nu se poate stabili o oarecare scurtare a timpului de tratament. Tulburările generale şi subiective nici nu se micşorează, nici nu se măresc cu Trypaflavin.

Fapt absolut sigur şi pozitiv este:

1) Se împiedică progresarea procesului blenoragic.
2) Se evită complicaţiile, şi
3) Recidivele sunt mai rare.

Pe când E. înainte vreme atrăgea mereu atenţia asupra inconstanţei preparatelor acridinice, astăzi este convins că preparatele de acum se bucură de o constantă şi toleranţă perfectă, astfel că pot fi recomandate în clientelă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. M. WEBER (München): **Experienţe cu Trypaflavină.** — **Der** praktische Arzt, 1930.

Cu Trypaflavină se împiedecă în cele mai multe cazuri trecerea blenoragiei anterioare în uretra posterioară. In acelaş timp se scurtează timpul tratamentului unei blenoragii ant. pure, fapt ce se datoreşte unei acţiuni directe a Trypaflavinei asupra gonococilor din mucoasa bine vascularizată.

Weber n'a putut să stabilească totdeauna o acţiune evidentă asupra blenoragiei ureterei post. precum şi a prostatei. Infiltraţiile neinfluenţate precum şi canaliculele parauretrale se vor trata local în mod obişnuit. Trypalavina a avut o eficacitate foarte bună în uretritele postblenoragice.

De când întrebuinţează Weber trypaflavina, a renunţat la cura abortivă nesigură, care după cum se ştie reuşeşte în cazuri foarte rare, şi dacă această cură nu se realizează, pe lângă timpul pierdut este necesar apoi un tratament de o durată mai lungă. Trypaflavina înseamnă deci un progres evident în tratamentul blenoragiei, de oarece scurtează durata tratamentului în blenoragia ant. acută şi împiedică trecerea infecţiei spre uretra post.

MOLDENSCARDT, Casa bolnav. Wernigerode: **Experienţe cu Choleflavin.** — Therap. d. Gegenw. 1930, H. 11, P. 525.

M. a tratat în decurs de 4—5 ani cam 100 pacienţi cu Choleflavină, cari sufereau de diferite boli ale veziculei biliare inclusiv cholelitiaze cu sau fără febră, parte cu icter, parte fără icter. Intrebuinţându-se Choleflavina din timp, au reacţionat cazurile necomplicate de icter cauzate de infecţii intestinale, de obiceiu repede şi favorabil.

Eficacitatea nu s'a manifestat însă cu aceeaşi promptitudine în cholecistite. In cholelitiazele pronunţate s'au putut anihila reapariţia acceselor dureroase prin întrebuinţarea combinată a Choleflavinei împreună cu regim, căldură şi ape saline, prelungind în modul acesta timpul de analgezie. Stazele biliare se înlăturează totdeauna. M. are impresia hotărâtă că aceasta se obţine acum mai repede şi de o durată mai lungă ca altădată, prin întrebuinţarea Choleflavinei. M. n'a observat niciodată urmări neplăcute sau intoleranţe.

Dr. LORTAT JACOB: Traitement du prurit vulvaire „essentiel". Intérêt de la Psichothérapie associée a l'isolement et au régime lacté. — (Tratamentul pruritului vulvar esenţial). — Clinique et Laboratoire No. 14, pag. 87, 1931.

Deşi nu toate pruritele vulvare au aceiaşi origine, totuşi terapeutica locală, linimentele, pomezile, agenţii fizici, tratamentul chirurgical nu a dat rezultate bune. Autorul comunică 2 observaţii de prurit vulvar la cari numai izolarea şi regimul lactat a dat rezultate bune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Izolarea într'o casă de sănătate unde bolnava va sta departe de ai săi, şi îi se va face şi psichoterapie. Bolnava va fi izolată cel puţin 2 luni în care timp va ţine şi o dietă absolut lactată.

KARL NEIDHARDT: Zur therapie der angina agranulocytotica. — (Asupra therapiei anghinei agranulocytare). — Münch. mediz. Woch., No. 17, pag. 711, 1931.

Autorul comunică cazul unei bolnave care a prezentat tabloul hematologic al agranulocitozei: leucopenie şi dispariţia polynuclearelor din sânge în urma unei anghine. Bolnava în vârstă de 42 ani nu avea turburări de secreţie internă, capătă o amigdalită dublă foliculară, febră mare, sub-icter, nimic la celelalte organe.

La ex. sângelui: 92% limfocite, 2% polynucleare neutrofile, plăcuţe sanguine normal. După 3 zile starea generală se agravează amigdalele sunt acoperite de falşe membrane în care nu se găseşte bacili Löfler, nici spirili sau fuziformi. I se institue ca tratament: iradiaţia oaselor lungi, întâi a coapselor şi a gambelor, apoi a antebraţului şi braţului. După câteva ore dela iradiere, numărul leucocitelor a crescut şi polynuclearele neutrofile se măresc în sânge. Starea generală s'a ameliorat, membranele difteroide dispăreau mai încet, s'a făcut un abceş în regiunea cervicală în care s'a găsit pneumococi, — se incizează, — bolnava ese vindecată din spital. Autorul insistă asupra acţiunei bine-făcătoare a razelor Röntgen,

în anghina agranulocytară care în cazul de faţă era tipică, nu era o anghină monocitară în care avem o hiperleucocitoză, nici o leucemie acută aleucemică în care se găsesc myelocite şi myeloblaste. Faţă de prognoza gravă a acestei boale, ar trebui instituit tratamentul ce-l preconizează, ce a dat une-ori rezultate satisfăcătoare.

Dr. RAUL BENSAUDE et JULES COTTET: L'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement der troubles nerveux et circulatoires para-digestifs extra-systoles, douleurs précordiales, migraines. — (Intrebuinţarea sub-nitratului de bismut în tratamentul turburărilor nervoase şi circulatorii paradigestive). — Presse méd. No. 37, pag. 674, 1931.

Autorii comunică câteva observaţii de turburări circulatorii para-digestive în care sub-nitratul de bismut dat în doze mari de 20 gr. pe zi a avut ca urmare dispariţia turburărilor circulatorii ca anghină de piept, hipertensiune arterială, migrenă, dureri precordiale şi vindecarea turburărilor digestive.

Se ştie că toate turburările digestive au influenţă asupra aparatului circulator dar cele mai uşoare dispepsii şi entero-colite au repercuţie neuro-circulatorii. Probabil intervine în turburările circulatorii: jena mecanică prin meteorism abdominal, auto-intoxicaţiile prin resorbţia produselor toxice de origină chimică sau bacteriană elaborată în intestin şi turburările reflexe cu punct de plecare gastro-intestinal. Turburările digestive ar fi un factor important în stările neuro-tonice, simpatico sau vagotonii. Probabil reflexele cu punct de plecare intestinal se declanşează mai uşor şi cu mai multă putere la cei cu sistemul neuro-vegetativ excitabil. Hereditatea, emoţiile, turburările endocriniene, toxi-infecţiunile diverită, fie entero-hepatică favorizează naşterea reflexelor de origină intestinală cu influenţa asupra circulaţiei. Asupra acestora are o influenţă mare sub-nitratul de bismut. Asupra mucoasei digestive are rolul unui pansament, o protejă când e alterată, şi favorizează vindecarea ei; desinfectează conţinutul intestinal prin puterea sa bactericidă, şi împedecă degajarea gazelor prin puterea sa antifermentescibile şi absorbantă. Deci e analgezic disinfectant al scaunelor, regulează funcţiunea intestinală, constipă în doze mici şi e laxativ în doze mari. Nu are efect toxic, în doză de 20 gr. pe zi, este un medicament eficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Are acţiune topică gastro-intestinală, vazo-motrice, probabil graţie nitriţilor liberaţi în intestine, fapt ce ar explica acţiunea sa antispasmotică şi asupra hipertensiunei. Nu se va exclude şi regimul dietetic şi higienic odată cu administrarea sub-nitratului de bismut în sindromul atât de complex al asocierei turburărei digestive, nervoase şi circulatorii.

Când turburările cardiace sunt funcţionale subnitratul de bismut le vindecă şi odată cu aceasta dispepsiile nervoase, când avem şi leziuni valvulare şi turburări funcţionale de origină digestivă, ameliorează pe acestea urmă uşurând acţiunea tonicelor cardiace.

Şi în manifestările vazo-motorii ale dispepticilor gastro-intestinali cu cefalee, migrene, ameţeli, stări hipertensive, sub-nitratul de bismut are acţiune bine-făcătoare.

HémoSyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc 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 — Bucureşti

Doc. Dr. H. IANUSCHKE: Observaţiuni clinice şi farmacologice relative la acţiunea cardiazolului asupra organelor cu musculatură netedă.

Autorul publică în Communiqués „Knoll" pour médecins: cercetări făcute despre acţiunea cardiazolului asupra fibrelor netede din diferite organe şi ajunge la următoarele concluziuni:

Cardiazolul are acţiune

1) *Asupra bronchilor:* La copii sau adulţi cu astm bronşic injecţia subcutanată O. 10 de cardiazol suprimă în câteva minute accesul. Are prin urmare *o acţiune antispasmodică* prin efectul său de dilatator al bronşilor. Prin aceasta are şi o *acţiune expectorantă,* ajutând la eliminarea buchoanelor de mucus din bronşii.

2) *Asupra intestinului* cardiazolul are o *acţiune carminativă.* Administrat copiilor cu colici intestinale datorite stenozelor funcţionale cardiazolul a dus la dispariţia meteorismului şi colicelor.

3) *Asupra sistemului vascular,* cardiazolul are o acţiune amfotropă acţionând astfel ca un rezultator al sistemului vascular.

Lucrarea este însoţită de diagrame demonstrative.

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.

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — ORGANIZAŢIE SANITARĂ

OCROTIREA COPILULUI LA ORAŞE
INCEPUTURI DE ORGANIZARE LA CRAIOVA

de

Dr. AL. PLEVIANU
Medic şef

şi

Dr. I. ROSENSTEIN
Directorul Oficiului de ocrotire

al Municipiului Craiova

Statisticele precise şi complecte recent publicate[1]) şi comentate ajung la concluzia că mortalitatea infatilă în România a rămas neschimbată în ultimii 50 ani. Aceasta cu toată activitatea mereu crescândă ce s'a desfăşurat în acest timp. Desigur că în aceste date mediul rural păstrează dealungul anilor acelaş loc, fiindcă în acest mediu nu s'a făcut încă nimic pentru a stăvili marea mortalitate infantilă. Dar nu este mai puţin adevărat că cifrele oraşelor noastre prezintă variaţii minime. Aceasta, deşi toată activitatea oficială sau particulară de protecţie infantilă s'a desfăşurat la oraşe. Cauza acestei situaţii trebue căutată desigur în starea social-economică şi culturală neschimbată a mulţimei dela oraşe asupra căreia acţionează organizaţiile de ocrotire infantilă, dar şi în insuficienţa şi lipsa de unitate a organizaţiilor ce au lucrat, precum şi în interesul insuficient al oficialităţilor locale.

Legea sanitară umple această lacună prevăzând în sarcina municipiilor şi oraşelor un oficiu de ocrotire. Acesta prin secţiunea ocrotirii naţionale are sarcina de a „se ocupa de protecţia copilului normal, urmărindu-l în toate etapele vieţii până la adolescenţă. In acest scop colaborează la îndrumarea şi buna funcţionare a serviciilor instituţiunilor şi societăţilor menite să se ocupe cu ocrotirea copilului şi tineretului.

Se ocupă deasemeni cu copilul anormal, îngrijind de asistenţa lui prin plasarea în instituţii corespunzătoare pentru orbi, surdo-muţi, anormali mintali, case de corecţie, orfelinate, azile de infirmi, etc."

Prevederile legii sunt binevenite în oraşele sau municipiile cu „servicii, instituţii şi societăţi menite să se ocupe de ocrotirea copilului şi tineretului", fiindcă dă astfel posibilitatea unei activităţi unitare care evită risipa de forţe. Dar legea nu prevede în obligaţiile municipiului sau oraşului tocmai aceste instituţii, nici chiar acolo unde nu există societăţi particulare de acest fel.

---

[1]) Dr. Banu: Mortalitatea infantilă în România. Bucureşti 1930.

Oficiul de ocrotire implică deci, creiarea acestor instituţiuni cari trebue să cadă în sarcina municipiilor şi oraşelor fiindcă fără contribuţia tuturor oficialităţilor nu se va putea creia niciodată o organizare suficientă şi eficace de protecţie infantilă.

Această organizaţie, necesară în întregime sau parţial, după nevoile oraşului, o vom schiţa în cele ce urmează şi vom arăta şi începuturile de organizare ale Municipiului Craiova.

1. PROTECŢIA PRENATALA. Insuşi termenul ce se întrebuinează arată că ocrotirea copilului trebue să înceapă din viaţa intra-uterină. Adevărul care s'a impus în ultimele decenii, că mama şi copilul formează o unitate fiziologică nu numai în timpul sarcinei dar şi după naştere, arată că protecţia copilului trebue să aibă în vedere şi mama, *în timpul sarcinei, la naştere* şi *după naştere.*

A. *Protecţia în timpul sarcinei* se face prin următoarele mijloace:

— Consultaţiuni obstetricale.
— Tratamente prenatale.
— Vizite la domiciliu.
— Cursuri pentru viitoarele mame.
— Aziluri pentru femei gravide în ultimele 2 luni.
— Aplicarea strictă a legii din 1928, pentru ocrotirea muncii femeilor.

Consultaţiile obstetricale pot fi făcute fie la Maternitate, fie la spitalul oraşului sau la dispensarii speciale şi trebue să asigure femeii care se prezintă toate examenele necesare unei normale desvoltări a sarcinei.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

Tot aci se va depista sifilisul — examenul sângelui fiind obligatoriu — şi se va trata sau se va îndruma pentru tratament către dispensariile comunale sau ambulatorul antiveneric, acolo unde există. Consultaţiile obstetricale vor trebui să examineze femeia gravidă cel puţin în fiecare lună şi mai des, la nevoe.

Ar fi de dorit ca la aceste consultaţiuni să se introducă şi *„Carnetul de maternitate"* preconizat de Devraigne la al II-lea Congres de protecţie maternă şi infantilă. In el se vor nota toate examenele în timpul sarcinei spre a fi folosit fie de instituţia, fie de medicul sau moaşa cari vor asista naşterea. Tot la consultaţiile obsterticale se va stabili dacă femeia doreşte să nască acasă sau în spital, înlesnindu-i o naştere în condiţiuni higienice.

Consultaţiile obstetricale nu cer sacrificii materiale prea mari, astfel că pot fi aplicate în toate oraşele. Este mai greu de obţinut frequentarea de către gravide a acestor consultaţiuni. Cel mai bun mijloc de atracţie, ca în toate ţările, sunt premiile şi ajutoarele. Ele stabilesc primul contact după care legăturile sunt mai uşor de păstrat. S'ar putea după exemplul oraşului Viena, acorda un premiu în bani sau un rând de rufărie necesară noului născut, tuturor femeilor cari se prezintă la consultaţiuni.

Vorbind despre consultaţiunile obstetricale am arătat şi modul cum se pot face şi tratamente prenatale.

Vizita la domiciliu este mai greu de îndeplinit cerând

personal suficient şi bine instruit. Rămâne un desiderat de aplicat cel din urmă.

Cursuri pentru viitoarele mame fac parte din sistemul general de propagandă de care ne vom ocupa mai la urmă.

Aziluri pentru femei gravide trebue să primească femeile cu sarcini anormale sau femeile cari fiind lipsite de mijloace nu-şi pot procura liniştea necesară ultimelor luni de sarcină. Azilurile trebue să primească femeile cu două luni înainte de naştere şi să le menţină după naştere până la găsirea unei ocupaţiuni. Desigur că întreţinerea acestor azile cere cheltuială mare şi crearea lor nu este posibilă decât în oraşele mai mari. Ele pot fi creiate ca secţiuni, alăturate „Maternităţii" în oraşele în cari există.

Aplicarea legii de ocrotire a muncii femeilor trebue să se facă cu mai multă stricteţe, fiindcă legea aproape nici nu se aplică. Foarte rare sunt cazurile când femeia gravidă, muncitoare industrială sau funcţionară obţine concediul legal de 2 luni înainte de naştere. De cele mai multe ori este concediată din serviciu fără ca autorităţile să intervină. Trebue creiat în spiritul patronilor şi şefilor de instituţii respectul maternităţii şi impusă aplicarea strictă a legii din 1928 cu extinderea din 1930, pentru protecţia femeii gravide.

B. *Protecţia la naştere* trebue să se facă prin Maternitate sau spital şi prin asistenţa la domiciliu. In acest caz din urmă, moaşele comunale vor fi în permanenţă legătură cu consultaţiile obstetricale. Alături de această asistenţă medicală s'ar cere şi o asistenţă socială, care însă nu se poate aplica decât izolat din lipsa de organizaţii şi mai ales de fonduri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) PROTECŢIA COPILARIEI se va face după vârsta copilului.

Pentru aceasta vom cerceta:

a) Ocrotirea primei copilării, dela naştere la $2\frac{1}{2}$ ani.
b) Ocrotirea copiilor până la 7 ani.
c) Ocrotirea copiilor din clasele primare.
d) Ocrotirea copiilor din licee.
e) Ocrotirea copiilor ucenici în ateliere sau industrii.

a) *Prima copilărie* fiind cea mai importantă etapă şi care dă mortalitatea cea mai ridicată va trebui să obţină toată atenţia şi să concentreze organizaţia cea mai complectă.

După opinia noastră, este posibil pentru fiecare oraş să se organizeze în felul următor:

Protecţia medicală să coprindă:

— Vizita medicului la domiciliu la naştere.
— Consultaţii pentru sugacii sănătoşi (oficii de sfat).
— Consultaţii pentru sugacii bolnavi la dispensar sau la domiciliu.
— Carnetul de sănătate.

Protecţia socială să se exercite prin:

— Azile de copii găsiţi, orfani, etc.
— Creşe, „depouri" pentru îngrijirea temporară a copiilor de muncitori sau funcţionari.

— Camere de adaptare pe lângă fabrici şi instituţii mai mari.

Vizita medicului la domiciliu la naştere este posibilă şi de cea mai mare utilitate. Numai în câteva municipii mai mari se nasc zilnic un număr mai mare de copii astfel că ar fi nevoe de mai mulţi medici. Din media naşterilor la oraşe se poate constata că se nasc 5—8 copii zilnic. Un medic care să aibe această însărcinare specială, vizitează copilul, îl examinează, îi face o fişă complectă care rămâne la oficiul de ocrotire sau la serviciul sanitar al oraşului, îi lasă un carnet de sănătate, dă indicaţiuni de eventuale tratamente, sfătueşte mama asupra alimentaţiei şi îngrijirii copilului şi o îndeamnă — atunci când nu are un medic particular — să frequenteze dispensariile de copii din oraş — şi acolo unde sunt mai multe, din cartierul respectiv.

Acest prim contact al medicului cu copilul şi cu familia este foarte necesar fiindcă pe lângă controlul medical al copilului şi părinţilor, stabileşte legătura cu organizaţiile de ocrotire infantilă şi determină părinţii să înţeleagă şi să urmeze activitatea de protecţie infantilă ce se desfăşoară în oraş.

Consultaţiile pentru sugacii sănătoşi trebue să continue acţiunea de sfătuire a părinţilor, de urmărire a desvoltării copilului şi pe cât posibil de ajutor. Organizate după sistemul cunoscut, ele trebue să fie în permanentă legătură cu copii. Această legătură trebue ţinută prin *infirmierele vizitatoare.* După populaţia oraşului şi întinderea lui se vor stabili numărul consultaţiilor şi vizitatoarelor. Examinarea copiilor trebue să aibe loc în fiecare săptămână şi constatările trebuesc consemnate în carnetul de sănătate al copilului.

Fie pe lângă aceste consultaţii, fie independent, trebue organizat un *oficiu de distribuţie a laptelui sterilizat.* Acest oficiu va da lapte sterilizat fie gratuit, fie mai eftin ca în comerţ, numai mamelor cari din serioase cauze medicale sau sociale nu-şi pot lăpta copiii. Orice abuz în această direcţie duce la „moda" alăptării artificiale atât de periculoase. Or noi trebue să luptăm pentru menţinerea alăptării materne aşa cum este încă în mare parte în obiceiurile poporului nostru.

Sugacii bolnavi pot fi examinaţi la aceleaşi dispensarii în alte zile. Tratarea lor la domiciliu sau urmărirea lor trebue să se exercite printr'un medic asistat de vizitatoare, Toate îmbolnăvirile copilului trebuesc consemnate în carnetul de sănătate al copilului.

Carnetul de sănătate trebue întocmit după fişa primei vizite. Va fi predat părinţilor cu recomandaţia de a se nota în el toate împrejurările importante privitoare la sănătatea, desvoltarea şi alimentaţia copilului. Socotim că, pentru a ajunge la desideratul carnetelor de sănătate pentru adulţi şi la introducerea medicinei preventive în straturile largi ale poporului, trebue să se înceapă cu carnetele de sănătate ale copilului. Aceste carnete să fie schimbate după perioade anumite şi să constitue un document pentru cunoaşterea copilului în şcoală. In acest scop socotim că ar trebui reglementată obligativitatea carnetului de sănătate la înscrierea în clasele primare şi în licee.

Despre *protecția socială* vom vorbi mai puțin fiindcă necesită cheltueli mult prea mari. Dar în orașele unde există azile de copii, s'ar putea creia pe lângă aceste azile o secție care să primească spre îngrijire fie numai în timpul zilei, fie pentru câteva luni, copii femeilor muncitoare sau funcționare, sau copii părinților bolnavi.

In acelaș sens ar trebui aplicată obligativitatea industriilor mijlocii sau mari ca un personal femenin numeros să aibe *camere de alăptare* unde sub controlul unei infirmiere pricepute să fie îngrijiți și lăptați sugacii femeilor din acele instituțiuni.

Orașele mai mici cari nu necesită un azil de copii găsiți, ar putea subvenționa un azil regional sau mai multe la un loc să întrețină un azil central comun.

b) Copii până la vârsta de 7 ani, trebuesc supraveghiați fie prin intermediul consultațiilor de copii, fie în grădinile de copii. Pentru aceasta ar fi de dorit ca grădinile de copii să aibe un medic specialist care să exercite această supraveghere.

c) Copiii din clasele primare vor fi sub controlul medicului școlar. Acesta va culege din carnetul de sănătate datele necesare și după o reexaminare va alcătui fișa școlară a copilului pe care o va complecta în fiecare an până la absolvire.

d) *Copiii liceelor* cad sub controlul medicului școlar. Acesta folosind fișa claselor primare va alcătui o nouă fișe care va servi în tot timpul școalei.

Toate fișele trebuesc centralizate la oficiul de ocrotire sau la serviciul sanitar al orașului. Copilului îi rămâne ultimul carnet de sănătate în care găsesc concentrate toate datele înscrise dealungul anilor.

Digitized by Romanian Invention Library Co.

e) *Copiii ucenici* trebuesc ținuți sub aceeași supraveghere. Patronii întreprinderilor unde lucrează trebuesc obligați ca la primirea în serviciu, ucenicul să aducă carnetul său de sănătate și ca în fiecare lună cel puțin, ucenicul să se prezinte la dispensarul Casei Meseriilor pentru controlul sănătății și desvoltării. Acest dispensar ar trebui să aibe controlorii săi cari să cerceteze condițiunile de higienă în care trăește copilul ucenic.

Pentru a implini acest întreg program se cere desigur concursul tuturor organelor oficiale amintite și înțelegerea acestora pentru opera de protecție infantilă.

Dar se cere în acelaș timp înțelegerea și aderarea populației orașului care foarte greu se poate scoate din indolența și ignoranța în care zace.

Pentru aceasta trebue folosită propaganda.

Propaganda trebue să fie suficient de intensă și continuă. Ea trebue să prepare atmosfera și consimțimântul general cari sunt la baza ueni medicini preventive bine înțelese. Socotim că nici o altă activitate mai mult ca cea de protecție infantilă nu ar putea pune mai bine în contact individul adult cu higiena. De aceia propaganda trebue să se adreseze adulților și copiilor.

Pentru părinți trebuesc folosite toate mijloacele cari în alte țări au dat rezultate bune:

— Placarde sugestive asupra creşterii higienice a copilului şi care să indice instituţiile oficiale sau particulare pentru protecţia femeii gravide, leuzei şi copilului.

— Conferinţe pe cartiere, cari să lămurească viitoarele mame asupra higienei în general şi puericulturei în special.

— Broşuri scurte pe înţelesul tuturor cu imagini sugestive, privind îngrijirea şi alimentaţia copilului la diferite vârste.

— Filme cinematografice instructive.

— Expoziţii pentru educaţia maselor.

— Concursuri de frumuseţe pentru copii, etc.

Propaganda care se adresează copiilor trebueşte să unească utilul cu plăcutul. Ea va fi cu atât mai folositoare cu cât acţionează asupra unui material în epoca în care impresiunile culese au o acţiune decisivă asupra desvoltării ulterioare a copilului. Acţionând din timpul copilăriei se poate creia un spirit nou conform cu higiena.

Materialul străin dă suficiente indicaţii de acest fel. Prelucrarea lui — care din păcate nici nu s'a început — trebue să fie o operă care să oprească atenţia tuturor higieniştilor şi pedagogilor.

Propaganda şi concentrarea întregei activităţi sub acelaş program trebue să se facă de către o conducere unitară: de către oficiul de ocrotire la municipii şi acolo unde există, sau de un comitet compus din reprezentanţii tuturor instituţiilor cari se ocupă de copil.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După această sumară expunere a programului de organizare a ocrotirii copiilor la oraşe după care ne-am condus şi în organizarea municipiului Craiova, să arătăm *cum a început să funcţioneze şi care este planul de acţiune urmărit în ocrotirea copilului la Craiova.*

Trebue să accentuăm că la Craiova activează de mai mulţi ani organizaţiuni şi instituţii cari se ocupă de ocrotirea copilului şi că prin urmare elementele de bază existente, mai bine folosite şi exploatate, cu un program unitar de activitate pot da în câţiva ani o organizaţie complectă şi suficientă de protecţie infantilă.

Să amintim întâi aceste organizaţii şi instituţii:

1) *Societatea „Principele Mircea"*, filiala Craiova, este una din cele mai vechi organizaţiuni din ţară. Activează de 11 ani şi rezultate ce obţine sunt din cele mai lăudabile.

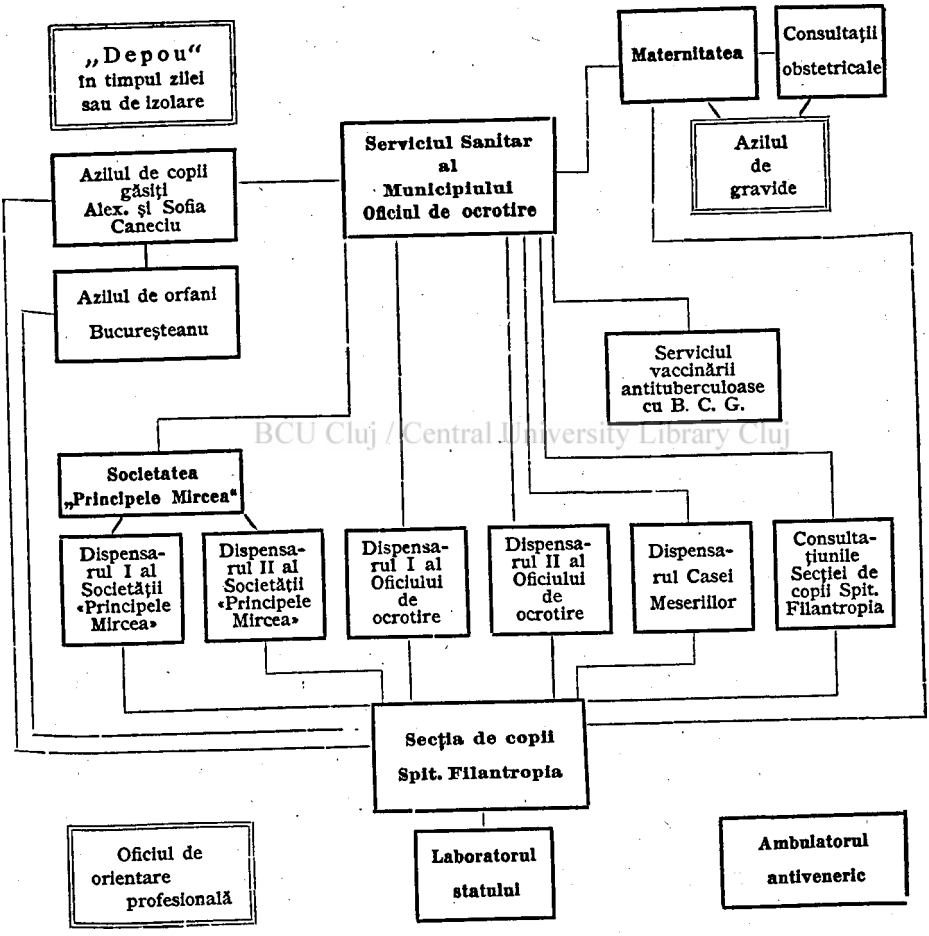
Posedă *două dispensarii* cari consultă fiecare odată pe săptămână. Fiecare dispensar are un medic, două vizitatoare şi o doamnă delegată a societăţii. Copiii ce sunt prezentaţi sunt înscrişi într'un fişier în care se notează observaţiunile culese la toate vizitele. Societatea oferă femeilor lipsite de mijloace ajutoare în bani şi în natură (lapte, rufărie, zahăr, etc.).

2) *Serviciul vaccinării* cu B. C. G. funcţionează de aproape 4 ani la Craiova. Vaccinul se administrează la naştere de 3 medici împărţiţi în 3 sectoare asistaţi de 3 agenţi sanitari şi 3 vizitatoare ale Societăţii pentru profilaxia tuberculozei.

SCHEMĂ

cuprinzând

Instituţiile direct interesate sau cari colaborează la Ocrotirea pre şi post natală a copilului la Craiova



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Casetele duble arată că acele instituţii sunt pe cale de creare.

3) *Oficiul de ocrotire al Municipiului Craiova* de curând înfiinţat are o *secţie administrativă şi de propagandă şi două dispensarii.*

Secţia administrativă şi de propagandă ţine fişierul copiilor din oraş, lucrează statisticele şi întrebuinţează pentru propagandă mijloacele expuse anterior.

Dispensariile oficiului de ocrotire funcţionează de 3 ori pe săptămână, odată pentru sugacii şi copiii sănătoşi şi de 2 ori pentru copiii bolnavi de toate vârstele. Dispensarul are câte un medic şi va avea şi câte două vizitatoare. In organizaţia oficiului de ocrotire vor intra şi azilele de copii ale Municipiului:

4) *Azilul de copii găsiţi „Alex. şi Sofia Caneciu"* cu 65 de copii, dela naştere la 3 ani, condus de un medic, o directoare şi 4 infirmiere specializate.

5) Azilul de copii orfani *„I. Bucureşteanul"*, care adăposteşte 50 de copii dela 3—14 ani, condus de un medic şi o directoare.

6) *Consultaţiile de copii* ale Casei Meseriilor, conduse de un medic şi două vizitatoare, consultă de 4 ori pe săptămână copiii meseriaşilor.

7) *Secţia şi consultaţiile de copii din Spitalul „Filantropia"*, cu o capacitate de 30 paturi şi consultaţii zilnice foarte frequentate de populaţia oraşului ca şi a judeţului.

8) *Pentru consultaţii obstetricale*, Maternitatea pe lângă Spitalul Filantropia a înfiinţat un serviciu de consultaţii pentru femei, unde sunt examinate şi femeile gravide. Laboratorul Statului într'o clădire alăturată stă la dispoziţie pentru toate analizele necesare. Se depun străduinţi lăudabile şi cari se pare că vor duce la înfiinţarea pe lângă Maternitate a unui *Azil de gravide* cu care se va complecta protecţia prenatală a copilului.

Cunoscând aceste instituţii să vedem acum care este programul după care a început să se lucreze în ocrotirea copilului la Craiova.

Fiecare copil este vizitat la naştere de către medicul oficiului de ocrotire şi medicii cari administrează vaccinul Calmette (B. C. G.).

Aceştia alcătuesc fişa copilului. Fişa cuprinde toate datele privitoare la antecedentele heredocolaterale, la fraţii şi surorile copilului. Mai notează şi datele asupra locuinţei, cartierului, stării sociale şi culturale şi a unei eventuale nevoi de asistenţă, cuprinzând astfel şi elementele necesare asistenţei sociale. Constatările la primul examen sunt însemnate în fişe. După această fişe se complectează *carnetul de sănătate* al copilului care se predă părinţilor.

Tot la această vizită se dă părinţilor broşuri cu sfaturi şi se recomandă frequentarea unui dispensar.

Se înţelege că pentru a ajunge la cuprinderea tuturor copiilor din oraş vor trebui să treacă mai mulţi ani. Astfel după primii 3 ani carnetele de sănătate se vor înlocui cu altele cari să servească până la 7 ani, la 7 ani cu altul până la 11 ani, şi în sfârşit cu un altul dela 11 ani înainte. Datele culese din carnet în fiecare an se vor transcrie în fişa copilului.

Cum la Craiova se nasc în medie 1000 copii pe an, deci 3 copii pe zi ţinerea în ordine a celor 7000 de carnete de sănătate şi fişe ale oficiului de ocrotire nu este prea dificilă, necesitând 2—3 funcţionari pricepuţi. Va fi necesară reorganizarea fişierelor şcolare acolo unde nu există.

Copii astfel ţinuţi în evidenţă *sunt urmăriţi la dispensariile existente*, cari notează în carnetul de sănătate al copilului constatările.

Numerile de înregistrare ale carnetelor de sănătate prezentate la dispensarii vor fi trimese în fiecare lună oficiului de ocrotire.

Acesta va extrage adresele celor neprezentaţi şi va trimete la domiciliul părinţilor pentru cercetarea cauzelor (neglijenţă, au medic particular, sunt copiii bolnavi?).

Pentru aceste vizite la domiciliu vor fi folosite — după o prealabilă înţelegere cu toate instituţiile amintite — vizitatoarele existente repartizate pe sectoare. Pentru a uşura sarcina se vor folosi şi cei 16 agenţi şi agente sanitari ai Serviciului sanitar al Municipiului, cari fiind împărţiţi pe sectoare şi având obligaţia de a le cerceta, pot face şi investigaţiile necesare oficiului de ocrotire.

Orice activitate de ajutor, premii, concursuri etc., se vor duce de comun acord cu toate instituţiile existente.

Pentru femeile gravide, Primăria va acorda un premiu, acelora cari se vor prezenta la consultaţiile obstetricale. Dispensariile vor îndruma femeia acolo, iar pentru tratamentele necesare se vor folosi, după cartier, dispensariile comunale, dispensariile oficiului de ocrotire sau ambulatorul antiveneric.

La naştere femeile cari solicită ajutorul sunt asistate de cele 8 moaşe comunale.

Copiii bolnavi sunt îndrumaţi — când este nevoe — către secţia de copii a spitalului Filantropia.

Copiii găsiţi sunt internaţi prin Oficiul de ocrotire în unul din azilele existente. Tot în azil se primesc copii orfani sau din mediu tuberculos pentru izolare în primele luni după vaccinare cu B. C. G.

Oficiul de ocrotire împreună cu societatea Principele Mircea, întreţine propaganda prin broşuri, placarde, afişe, etc., în cari se arată elementele de puericultură şi se îndeamnă la frequentarea preventivă a dispensariilor de copii.

Socotim că în felul acesta şi prin colaborarea coordonată a tuturor instituţiilor cari se ocupă de ocrotirea mamei şi copilului, precum şi prin concursul autorităţilor sanitare şi administrative, se va putea ajunge la Craiova, la o organizare complectă de ocrotire infantilă care să poată ţine sub control şi îndrumare populaţia Craiovei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Plevianu ü. Dr. Rosenstein *legen* das Problem der pre und post-natalen Fürsorge in den Städten *dar, und beschreiben* die Anfangs-Einrichtung in Craiova.

Sie schliessen dass die private Anregung mit der offiziällen zusammen gehen soll. Das Munizipium soll die notwendigen pekuniären Opfern machen.

Alle Anställte sollen ihre Wirkung beiordnen, so dass die Beaufsichtigng vollständig und die Pflege genügend sein soll.

RÉSUMÉ: La protection des enfants dans les villes *et les* Commencements de cette organisation à Craïova *décrivent les Drs.* Plevianu et Rosenstein, *qui se servent d'un schéma claire pour montrer comment les divers services et institutions creés pour le même but doivent coordonner leur action.*

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.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. CĂRŢI — RAPOARTE — DĂRI DE SEAMĂ

Prof. Dr. A. TEOHARI: Tratat elementar de terapeutică. — Fascicula V, Buc., 1930, lei 120.

D-l *Dr. Teohari,* profesorul de clinică terapeutică al fac. noastre de medicină din Bucureşti, continuă a da publicităţii *cursul D-sale de terapeutică.*

In fascicula aceasta, a 5-a, se prezintă:

Cap. I: **Terapeutica boalelor nutriţiei propriu zise** (pag. 5—119), adică a diabetului zaharat cu acea a hipoglicemiilor spontane cronice de cunoştinţă mai recentă, a diabetului insipid, a gutei şi obesităţii.

Cap. II: **Terapeutica avitaminozelor** sau a boalelor prin carenţă (pag. 123—151), în care cu noţiunile strict indispensabile dar clare despre vitamine, clasificaţia şi studiul lor experimental şi clinic, se expune tratamentul scorbutului, pelagrei şi succint al beriberiului.

Cap. III: **Terapeutica afecţiunilor glandelor endocrine** (pag. 155—243), adică a mixoedemului, boalei lui Basedow, tetaniei, capsulelor supra-renale (în sindromele de hiperfuncţiune şi insuficienţă), insuficienţei ovariene, eunichismului, boalelor hipofizei şi a insuficienţelor pluriglandulare endocrine.

Cap. IV: **Terapeutica osteomalaciei şi a reumatismului cronic** (pag. 247—290).

Metoda adoptată a rămas aceiaşi: întâi o *expunere generală a fisio-patologiei* întregului grup, cu orientări generale terapeutice din primul moment; în urmă la fiecare boală o *expunere succintă a etiologiei şi patogeniei simptomelor,* pentru a da capitolului de *terapeutică* toată extensiunea necesară prin cuprinderea de noţiuni întinse în cuvinte puţine.

La finele fie-cărui capitol de terapeutică un *rezumat* al acţiunilor terapeutice.

La finele cărţii (pag. 291—306), nepreţuitele *consultaţiuni medicale* ca: prescripţie într'un caz de diabet zaharat, prescripţie într'un caz de diabet insipid, etc., scheme de indicaţie terapeutică complectă dar adequată speţei lui, aşa precum fiecare bolnav intrat în cabinetul unui medic trebue să ducă cu el în reţeta dată.

Cărţile D-lui Profesor Teohari nu mai au nevoe a fi prezentate publicului medical; ele se lasă a fi aşteptate pentru a se alătura celor precedente pe masa din cabinetul fiecărui medic particular, la îndemână pentru a fi consultate la fiece moment.

Cu noţiunile fundamentale de orientare terapeutică, ce un medic capătă din consultarea fascicolelor cari pe îndelete vor constitui *Tratatul de terapeutică al D-lui Profesor A. Teohari,* cu noutăţile gă-

site în articolul din *Revista terapeutică anuală*, ce tot D-sa publică la finele fiecărui an în Revista Ştiinţelor medicale şi din cunoştinţele de ordin terapeutic culese din excelenta *L'année médicale pratique* care apare anual la Paris, sub *direcţia Prof. Camille Lian*, în prezent la al nouălea an de apariţie, un medic se poate pune la curent cu mersul evolutiv al terapeuticei moderne.

Dr. M. Cânciulescu.

C. I. PARHON et M. GOLDSTEIN: Traité d'Endocrinologie, Tome I-er, fasc. 2-me: **la Glande thyroide** — Iaşi, Edit. Viaţa Românească, 1930, 350 lei.

Conform planului propus, autorii D-l Prof. C. I. Parhon,

Conform planului propus de autorii, D-l Prof. C. I. Parhon, profesor de endocrinologie la fac. de medicină din Bucureşti şi D-l Docent Dr. M. Goldstein continuă studiul secreţiunilor interne din punct de vedere morfologic, chimic, fisiologic, patologic şi terapeutic — adică din toate punctele de vedere morfo-biologice, şi în fascicula aceasta termină expunerea patologiei tiroidei pentru *boala lui Basedow, instabilitatea tiroidiană* (sindrom degajat de L. Lévi şi H. de Rothschild încă dela 1898, de considerat de aproape pentru-că extrem de interesant prin frequenţa lui în clinică, ca confinându-se cu hiper şi hipotiroidia şi cuprins între pag. 682—689), *(guşele).*

Autorii au reuşit peste aşteptările lor să prezinte studiul tiroidei din toate punctele acestea de vedere, pentru-că la cunoştinţele, cari trădează o imensă erudiţie de specializare, au adăogat scrupulositatea bibliografică a adevăratului om de ştiinţă şi contribuţia personală a cercetătorului pasionat, care controlează şi aduce fapte noi de observaţie sau experimentare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La sfârşitul volumului autorii promit a aduce într'o viitoare fasciculă bibliografia corpului tiroid; dimensiunile acestei bibliografii se lasă a fi ghicite dupe citatele făcute la fie-care pas; în prealabil constat că aceste citate au fost şi citite printr'o cercetare atentă a lucrări originale — cea ce unii autori români chiar de reputaţie neglijează a face şi-şi fac un rău — atât sunt de precise aceste citate, asupra cărora se revine mereu, se fac trimiteri şi comentări; iar propriile lor nume şi auto citate indică imensa operă constructivă, ce au desăvârşit.

Intr'un *capitol complimentar* (pag. 977—1193) se revine cu datele şi prezentarea lucrărilor, cari putuseră scăpa sau cari au apărut în intervalul imprimării: este o dovadă a grijei de a menţine cartea în pasul ultimelor cercetări şi o complectare la intervale a acestui capitol prin broşuri aparte îi va putea asigura în permanenţă treaz interesul actualităţii.

Intre pag. 751—926 se prezintă *Relaţiile dintre turburările glandei tiroide şi acelea ale tutulor aparatelor şi celorlalte organe,* iar pentru a putea desprinde legăturile de la causă la efect într'un capitol aparte (pag. 927—952) autorii fac din sinteza constatatelor deducţiuni patogenice de cel mai mare interes, a căror valoare de ordin ştiinţific se concentrează mai bine în ultimele pagini (1194—

1221) în cari autorii cuprind într'o *Privire de totalitate fisio-patologia şi biologia glandei tiroide.*

Aceste capitole, în cari se tinde a se stabili adevărate corelaţii iar nu a se vedea simple coincidenţe, deşteaptă interesul tutulor medicilor, nu numai a celor specializaţi, cari vor putea astfel să-şi explice multe bizarerii clinice, cari nu intră perfect în cadrul nosologic al unei anumite boale.

Dar opera aceasta a D-lui Prof. Parhon şi a colaboratorului D-sale D-l Dr. Goldstein se impune în primul rând celora cari sunt înclinaţi a privi atent în juru-le şi a-şi pune întrebarea asupra causei lucrurilor.

Spaţiul restrâns al acestei prezentări iar cu recenzii ne împiedecă a semnala măcar câte-va din numeroasele sublinieturi, cu care am acoperit cartea şi printre acestea am fi dorit, ca un omagiu, să prezentăm cu precădere pe cele de originalitate; dar şi acestea sunt atât de numeroase, încât ne mulţumim a le semnala în cele câte-va zeci (vorbesc numai de cele cari privesc glanda tiroidă) de lucrări cuprinse în broşura apărută de curând şi care expune *Titlurile şi lucrările D-lui Prof. Dr. C. I. Parhon.*

Vom face odată prezentarea sintetică a activităţii ştiinţifice a D-lui Profesor Parhon; cu toate că imensă dar ea se prezintă ca un tot atât de omogen, pentru-că se menţine numai pe un teren explorat în toate colţurile lui cu excluderea incursiunilor în terenuri de chiar imediată vecinătate, încât această prezentare de totalitate este posibilă.

Pentru moment ne permitem a opina că dacă autorii vor găsi cu cale în viitor să revină asupra patologiei tiroidei şi să prezinte boalele acestei glande, caşi ale celorlalte glande, este preferabil să o facă într'un fel mai didactic şi personal, pentru-ca cetitorii studenţii şi medici să găsească uşor şi numai ce a trecut prin sita atât de deasă a controlului lor personal şi a rămas bine şi definitiv stabilit, iar opere de dimensiune şi metodă ca acestea să rămână a fi cercetate mai cu folos de specialişti.

Le dă acest drept şi posibilitate autoritatea mare, ce şi-au câştigat şi li s'a recunoscut de către toată lumea ştiinţifică de la noi şi din străinătate.

Dr. M. Cânciulescu.

Diagnosticul în Oto-Rino-Laringologie*)

de

Doctorii I. TEŢU, L. JOVIN şi C. ANDREESCU

Studiul autorilor, cu titlul de mai sus, este pentru prima oară expus la noi, în ansamblul lui. El este împărţit în patru părţi, care tratează pe rând, acordând fiecăreia importanţa ce i se cuvine, radiodaignosticul în otologie, radiodiagnosticul în rinologie, exploraţiunea radiologică a esofagului şi exploraţiunea radiologică a laringelui. Toate aceste patru capitole sunt însoţite de 56 figuri, scheme, radiografii, etc., foarte reuşite.

*) Raport prezentat congresului al 9-lea român de O. R. L. din 25 şi 26 Octombrie 1930. Un volum de 64 pagini. Editura „Universul".

I.

Evoluţiunea înceată a otoradiografiei dela Brühl, Schüller, Lange şi Villandre este datorită greutăţii de a reproduce osul temporal pe un singur plan. Radiografia a devenit un bun mijloc de diagnostic în oto-rino-laringologia de când Seiffert s'a declarat în 1913, foarte optimist şi de când s'au introdus perfecţionări în technica radiologică şi în fotochimie. La aceasta trebuie adăogate numeroasele poziţiuni şi incidente imaginate pentru a obţine radiografii clare ale craniului.

Aci vine un un istoric şi o descripţiune minuţioasă a acestor poziţiuni şi incidente, fie că se tinde a se obţine diagnosticul prin radiografii comparative, fie că se serveşte de radiografii unilaterale după metoda lui Henle, Ferreri, Lange, Reverchon, Worms, Stenwers, Mayer, Collin, etc. Autorii fac critica acestor incidente şi se opresc la simplificările lui Hayek şi Neumann din Viena. Dispoziţiunile lui Claoué, fiul, Cottenot, Nouaillac, etc., pe care autorii le descriu, fac ca citirea clişeelor să fie mai uşoară.

Otoradiografiile în serie au rezolvat multe probleme de embriologie şi de anatomie topografică. Portmann din Bordeaux şi Schuller au obţinut cele mai bune date asupra sistemului mastoidian. Structura acestora poate să servească ca mijloc de identificare în medicină legală (Culberth şi Law). Cercetări oto radiografice au stabilit că mastoiditele eburnate duc otitele către cronicitate, pe când mastoidele pneumatice favorizează desvoltarea complicaţiunilor acute (Wittmaack).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin radiografii au fost diagnosticate în otologie anomalii, precum atrezia conductului auditiv extern, exostoze, etc. Dar radiodiagnosticul aduce cele mai mari servicii mai cu deosebire în inflamaţiunile urechii, mai ales a urechii mijlocii şi în mastoidite.

Autorii se silesc să studieze mai cu seamă radiografia urechii cu scopul de a informa asupra formei şi topografiei sistemului celular mastoidian şi asupra ansamblului întregei regiuni, pentru a constata dacă mastoida e într'adevăr bolnavă şi care este gradul leziunilor osoase. Ei citează în această privinţă lucrările lui Beck, Eisinger, Ruttin, Evans, Worms, Reverchon, Luscher, Mayer, Baldenweck şi alţii. In colesteatom radiografia dă o localizaţiune precisă a focarelor şi a sechestrelor. Autorii acordă totuşi o valoare relativă otoradiografiilor cazurlior lor personale.

Acest capitol se termină prin relatarea rezultatelor obţinute prin otoradiografii în cazurile de labirintită, de afecţiuni specifice ale urechilor, în otoscleroză, în maladia lui Ménière, în tumorile căsuţei timpanului şi ale mastoidei, în tumorile endocraniene şi în traumatismele conductului auditiv extern şi ale bazei craniului.

II.

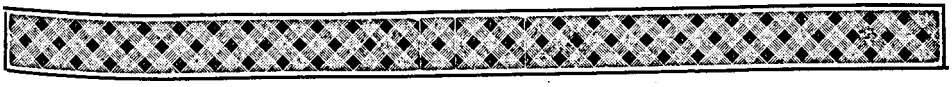
In rinologie prezenţa numeroaselor cavităţi pneumatice, înconjurate de substanţă osoasă compactă, pare să sufere condiţiuni favorabile examenului radiografic. Aceste condiţiuni sunt în parte

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

anihilate prin distribuţiunea topografică a acestor sinusuri, care se întind în formă de T dublu în sens transversal (anterior) şi în plan sagital (posterior). Din această cauză s'a preconizat alte incidente de către diverşi autori, desemnate sub denumirea de PA sau AP, incidenţă axială (bregma-nasion), incidenţă submento-vertebrală, incidenţă bitemporală, în poziţiune laterală şi incidente excepţionale (endobucale) şi poziţia lui Rhese, pentru radiografia canalului optic.

Cu ajutorul acestor radiografii s'a putut face studii asupra pneumatizaţiunei sinusurilor (Grunwald) în stare normală şi la adenoidieni (autorii). Principalele aplicaţiuni ale rinoradiografii se face pentru diagnosticarea inflamaţiunilor acute şi cronice ale nasului, ale sinusurilor cu sau fără lipiodolizare, empiemele operate, kistele de origină dentare, mucocelul, interesând mai ales sinusul frontal, şi tumorile atât ben igne (polipi mucoşi), cât şi maligne (fibrom nasofaringian). Rezultatele sunt mai puţin omogene în cazuri de tumori osoase, de corpi străini radioopace (proiectili, ac pentru puncţiune, dinţi supranumerari, rinoliţi, calculi salivari), precum şi în cazurile de traumatisme şi de maladii distrofice cum e atrepsia senilă a maxilarului superior, osteo-scleroza idiopatică şi ozena. Radiografia poate de asemenea să fie aplicată pentru a preciza gradul distrofiilor nasale, precum şi pentru controlul post operator al grefelor nasale implantate pentru motive estetice sau curat terapeutice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

Exploraţiunea radiologică a esofagului se face după ce s'a umplut acest organ cu bismut (abandonat), sau cu sulfat de bariu (Gelobarine Poulinq sau Cyto-barium Merk), fie în picioare în poziţie oblică anterioară, singură sau urmată de o radiografie a esofagului în poziţiune culcată descrisă de Ledoux şi Sluys. Radiografiile esofagului pot descoperi turburări funcţionale, precum e atonia, dilataţiunea idiopatică a esofagului sau megaesofag spasmele şi cancerul esofagului (Béclère şi Porcher). Vin apoi afecţiunile organice ale esofagului, în primul rând deviaţiunile şi compresiunile de origină intrinsecă (cifosă, guşă plonjată kist al tumusului, ectasie aortică sau adenopatie mediastinală) atresiile şi diverticulele esofagului, stenosele cicatriciale (fusifoemr sau tubulare) şi corpurile străine ale esofagului. In acest din urmă caz radiografia trebue făcută înaintea esofagoscopiei.

Examenul radiologic al bronchiilor, după metoda lui Sicard şi a lui Forestier, de injecţii ale bronchiilor cu lipiodol, care a dat aşa de frumoase rezultate în diagnosticul stărilor palologice ale bronchiilor, prin fixarea pe ecran a arborizărilor bronchice, a permis laringologului să extragă cu ajutorul bronchoscopului corpi străini aspiraţi în bronchii.

IV.

In fine explorațiunea radiologică a laringelui, după technica lui Sonnenkalb făcută în profil este de o importanță secundară alături de examenul direct și indirect al laringelui. Ea poate fi utilă pentru a preciza sediul unei stenose a laringelui (Thost).

Iată câteva din principalele concluziuni la care autorii analizați de noi ajung:

Valoarea examenului radiologic, în ceea ce privește diagnosticul și prognosticul leziunilor oto-mastoidiene, este relativă. Dacă tabloul clinic indică intervenția chirurgicală, buletinul negativ al laboratorului de radiologie nu poate constitui o contra indicație operatorie; în schimb în fața unei simptomatologii clinice atipice sau neclare, radiografia ne poate servi ca o bună normă de orientare în conduita noastră operatorie.

In otologie examenul radiologic ne poate da indicațiuni de ordin topografic și semeologic, atât în afecțiunile oto-mastoidiene acute, cât și în cele cronice, precum și în anumite leziuni ale urechei interne și externe.

In patologia și terapeutica urechei interne, examenul radiologic nu prezintă deocamdată o importanță deosebită.

Dr. Lazăr Mayersohn

Congresul al 9-lea de Oto-Rino-Laringologie ținut la București în zilele de 25 și 26 Octombrie 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

Dr. LAZĂR MAYERSOHN

Al 9-lea congres român de O-R-L. s'a deschis Sâmbătă în 25 Oct. 1930, în prezența d-lui profesor Dr. Borza, secretar general al Ministerului Instrucțiunei Publice, al d-lui prof. Dr. Belinof din Sofia, Dr. Eisinger din Viena și a unui mare număr de medici și de specialiști din toată țara. După discursul de deschidere al congresului pronunțat de d-l **Dr. Costiniu** și a Dărei de seamă a activității științifice a societății în timpul anului 1929/1930, făcută de secretarul general al societății d-l Dr. Mayersohn, urmară discursurile de salut ale oaspeților.

Se intră în ordinea de zi: Discuția asupra raportului d-lor **D-ri Tzetzu, Jovin** și **Andreescu** asupra **Diagnosticului radiografic în O. R. L.**

D-l Dr. Mayersohn laudă obiectivitatea raportorilor și a concluziunilor lor, ei știind să păstreze perfecta mijlocie asupra importanței actuale a acestui radiodiagnostic.

D-l Dr. Soru, Galați, atrage atențiunea asupra diagnosticului diferențial între o dilatație esofagiană prestenotică și un diverticul esofagian. Pe radiografie fundul diverticulului se prezintă regulat, linear, pe când fundul unei dilatațiuni este neregulat, cu o prelungire către lumina stricturei. Apoi, în contra opiniei raportorilor și în general, al autorilor asupra radioopacității sticlei și a protezelor dentare. D-l Dr. Soru prezintă o radiografie foarte clară a unei bucăți de sticlă extrasă dintr'un laringe și afirmă că a diagnosticat prezența unei piese dentare în esofag, cu ajutorul unei radiografii, ambele executate de radiograful Herscowitz din București.

D-l Dr. Nedelcu spune că în materie de radiodiagnostic auricular şi laringian ultimul cuvânt nu a fost încă spus.

D-l Dr. Costiniu spune că toată dificultatea rezidă în interpretarea radiografiei. El e de aceea de părere că o radiografie ar trebui să fie executată de către însuşi laringologul.

In numele raportorilor **d-l Dr. Andreescu** răspunde că el crede că sticla nu poate deveni radiopenetrantă decât dacă e acoperită de barium sau de o altă substanţă analoagă.

D-l Dr. Eisinger, primul asistent al profesorului Neumann din Viena, face o comunicare **asupra valoarei clinice a rezultatelor radiografice în otologie.** Radiografia trebue considerată ca un simptom în plus şi nu trebue în niciun caz să interveteasca datele clinice. Prin scheme şi proiecţiuni el explică cele patru feluri de mers clinic a unei otite medii supurate acute, rezultatele radiologice şi starea anatomo-patologică. El arată cum datele radiografice trebuesc interpretate, după şcoala lui Neumann, ţinându-se seamă de timpul apariţiunei lor.

D-l Dr. David-Galaţi e de acord că radiografia nu poate ea singură, să dea indicaţiuni operatoare. Ea trebue să fie considerată ca un simptom, care arată starea anatomică numai.

D-l Dr. Suciu-Sibianu pune bunul simţ clinic deasupra ori cărei radiografii când e vorba de o intervenţiune asupra mastoidei.

D-nii D-ri Brătescu, Giurea şi Racoveanu prezintă un **Studiu statistic de 200 de radiografii în afecţiunile urechei,** cu proecţiuni şi încearcă o clasificare.

D-l Dr. Nedelcu face câteva observaţiuni asupra tehnicei autorilor.

D-l Dr. Suciu-Sibianu (Braşov) aduce **diferite observaţiuni în O. R. L.** şi face un număr de reflecţiuni asupra lor.

D-l Dr. Laurian Segall-Craiova: Hemotripsii emoragipare şi anemiante în O. R. L. Hemotripsie, termen creat de către Chevalier, desemnează hemoragiile secundare sau stările hemoragice create de către o hemoragie primitivă. Laringologul, prin diversele sale manevre, este adesea în situaţie de a produce hemoragii primitive, care pot apoi să fie urmate de hemoragii Emil Weil a arătat că această stare poate să fie datorită unei discrazii sanghine, unei stări emogenice, sau de emofilie emogenică dobândită. Pentru a degaja responsabilitatea laringologului, autorul îi atrage atenţia asupra acestor fenomene hemotripsice, pentru ca, prin examene anamnesice să le poată depista

D-l Prof. Dr. Belinof-Sofia: Asupra pneumatizaţiunei vârfului stâncei. D-sa demonstrează prin radiografii ale vârfului stâncei, prezenţa a trei tipuri de vârfuri ale stâncei: pneumatizate, pneumato-compacte şi compacte.

D-l Dr. David-Galaţi: Kist hidatic al parotidei deschis spontan în conduct. Luat de către autor la început drept o adenită subauriculară, apoi ca un oreillon, el se deschise brusc sub apăsarea speculum-ului auri, pe când autorul examina conductul auditiv extern. Părinţii aduseră pe bolnav la doctor, când o paralizie facială apăru în aceeaşi parte. Examinând pe fetiţă, autorul putu constata că obrazul drept era ocupat de o tumoare de mărimea unui cartof care ridica lobulul şi îndepărta pavilionul urechei. Conductul era virtual obstruat. Introducerea speculumului făcu tumoarea să crepe şi să dea eşire a unui lichid limpede, ca apa de isvor, în cantitate de aproape 300 de grame. Câteva zile mai târziu, învelişul chistului, pe care autorul îl prezintă

într'o soluţie formolată, putu fi extrasă în întregime prin conduct. Toată evoluţia nu dură decât 4 săptămâni. Cincisprezece zile după eşirea învelişului chistului, fetiţa eşi din spital, cu orice urmă de paralizie facială dispărută.

Câtor-va congresişti, care regretă că autorul nu a făcut analiza lichidului şi nici cuti reacţiunea lui Cassoni şi Gasparini, D-rul David răspunde că diagnosticul a fost pus după ce chistul a crăpat, deci imposibilitate de a examina lichidul scurs. Apoi diagnosticul se impunea dela sine.

D-l Dr. Nandriş-Cernăuţi a avut un caz de **Abces al mediastinului,** cu stenoză totală a faringelui, deschis prin bronchoscopie, drenat şi vindecat. Bolnavul adus la spital în stare extremă, a fost operat de urgenţă şi, graţie perseverenţei autorului, precum şi norocului bolnavului, acesta putu eşi din spital vindecat şi cu 18 kilograme în plus.

D-l Dr. Nic. Popa. După ce relatează observaţia complectă a unui caz de **Parestezia faringelui,** îi studiază etiologia precum şi diversele teorii emise de Terracol, Licou şi Barré, care caută origina acestor turburări în artera vertebrală, în nervul motor al acestei artere şi ajunge la aceleaşi concluziuni ca şi aceşti autori, că e vorba într'adevăr de un sindrom simpatic cervical posterior. Bunele rezultate obţinute în tratamentul, salicilatul de sodiu şi diatermia, ar verifica această ipoteză, că avem aface cu turburări vasomotorii, deci nutritive.

D-l Dr. Bernea abordează o mare chestiune a **Complicaţiunilor grave ale flegmoanelor peri amigdaliene.** El citează trei observaţiuni, în care agentul patogen a fost streptococul. La discuţii iau parte d-nii d-ri Costiniu, Daşoveanu şi Tempea. D-l Dr. Costiniu citează raportul d-lui profesor Worms, dela Congresul francez de O. R. L. din această lună, care a pus chestiunea la punct în mod defintiiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Dr. Tzetzu arată **28 de corpuri străine,** cea mai mare parte monede, dar şi gloanţe, oase, un lănţişor cu un crucifix, extrase prin laringoscopie, bronchoscopie şi esofagoscopie directă din organele corespunzătoare.

D-nii D-ri Costiniu şi Jovin prezintă un bolnav vindecat de trei ani de **epiteliom spinocelular endolaringian,** tratat prin raze X profunde, precum şi un alt bolnav de **rinosclerom cu început laringian,** foarte ameliorat în urma unui tratament cu radium, acum doi ani.

D-l Dr. Căpitan Păunel Mihăiescu studiază **sindromul sfeno-palatin în două cazuri de coriză spasmodică aperiodică.** Face anatomia şi anatomia topografică a ganglionului sfeno-palatin, etiologia acestui sindrom, leziunile locale malformaţiuni şi vacuum sinus (Canuyt şi Terracol), infecţia locală, terenul precum şi factorul moral. La tratament el citează substanţele modificatoare, precum şi pe cele anestesiante şi caustice asupra mucoaselor nasului, sau acţiunea directă asupra ganglionului prin injecţie de cocaină sau de alcool.

D-nii Prof. Dr. Angelescu şi Dr. Buzoianu, abordează aceeaşi chestiune a **sindromului sfeno-palatin** de partea chirurgicală.

D-l Dr. David pune în relief dificultăţile studiului acestor chestiuni, în care psichismul bolnavului aşa de schimbăcios la fiecare moment, influenţează datele problemului de studiat.

D-l Dr. Popa aduce observaţia unui copil de cinci luni cu o **obstrucţie nazală anterioară complectă.** Membrana în formă de jghiab vertical, situată către istmul vestibulului nasal, pare să fie prelungirea mucoasei narinare şi a septumului. Copilul este un heredo-sifilitic. Membranele fură distruse prin

diatermo-coagulare. Ele erau groase de vre-o 2 c. m., iar înapoia lor fosele nasale erau permeabile. Rezultat perfect.

D-l Dr. Mayersohn atrage atenţiunea asupra cu totul extremei rarităţi al acestor cazuri. Obstrucţiunea posterioară nasală este mai frequentă. Phlebs din Sibiu, în teza sa asupra acestui subiect, cu ocazia unui caz pe care l'a avut, în cercetările sale în literatură, nu a găsit decât un singur caz asemănător al meu. In adevăr, înainte de război am publicat în „Spitalul" un caz pe care de altfel l'am prezentat şi la soc. rom. de O. R. L., a unei fetiţe de 9 ani, care avea dela naştere o obstrucţie complectă nasală anterioară şi pe care am vindecat-o prin galvano-cauterizare.

D-l Dr. Papian face un studiu asupra **84 cazuri de ozenă tratate prin accholină** în serviciul d-lui Dr. Costiniu. Rezultatele provizorii sunt foarte încurajatoare. **Tzetzu** şi **Racoveanu** nu acordă nici o încredere acestui produs. Din contră **Costiniu-junior,** care îl experimentează şi el, a obţinut rezultate satisfăcătoare.

D-nii D-ri Brătescu şi Racoveanu prezintă câţiva bolnavi şi mai multe fotografii de **grefe osteo-cartilaginoase în chirurgia estetică a nasului.** Ei dau preciziuni asupra diferitelor technice întrebuinţate, după cazuri.

D-l Dr. Tzetzu admiră rezultatele obţinute. El previne numai pe autori ca, dacă implantează un grefon luat la un alt individ, asupra sănătăţii căruia ei nu sunt fixaţi, ar putea să se întâmple ca, în acelaşi timp cu grefonul, să grefeze şi vreo afecţiune desagreabilă, de unde responsabilitate medicală.

D-l Dr. Tzetzu: Un caz de sinuzită sfenoidală complicată de meningită bazală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Dr. Tempea: O serie de 23 cazuri de rezecţiune sub-mucoasă a septumului nasal, cu numai două perforaţiuni consecutive.

Dr. Lazăr Mayersohn.

Activitatea Soc. pentru Profilaxia tuberculozei la Craiova

Din darea de seamă a activităţii soc. pe anul 1930 constatăm:

Preşedintă a filialei a fost aleasă *D-na Maria M. Popp,* neobosita luptătoare pe terenul revendicărilor politice şi înfăptuirilor sociale de către femei, în urma morţii D-rului Ch. Laugier.

1. In raportul asupra rezultatelor obţinute prin încercările antituberculoase cu baciluł B. C. G. în 1930, D-l *D-r Plevianu,* medicul-şef al municipiului arată că: în 1930 s'au născut la Craiova 1022 copii vii. din ei s'au vaccinat 753, restul de 264 au rămas nevaccinaţi pentrucă: 20 au jost declaraţi târziu, 91 au refuzat, 12 s'au mutat, 43 n'au fost la adresa dată la ofiţerul stării civile, 12 au murit înainte de vaccinare, 8 s'au îmbolnăvit, 50 debili şi prematuri au fost găsiţi neapţi pentru vaccinare, 2 n-au mai găsit vaccin, 26 copii găsiţi n-au mai putut beneficia de epoca favorabilă.

Numărul crescut în 1930 al celor cari au refuzat se datoreşte repercuţiei acc. dela Lübeck părinţii refuzând vaccinarea.

Din cei 758 copii vaccinaţi au murit în cursul anului 60.

Din cei 264 copii nevaccinaţi au murit în cursul anului 55.

Proporţia respectivă vorbeşte dela sine.

Personalul care a executat vaccinările a fost acelaş, 2 medici şi 2 agenţi sanitari.

2. Asupra activităţii Sanatorului de tuborculoşi dela Leamna, numit azi în urma deciziei consiliului municipiului şi ca o răsplată bine meritată *Sanatoriul D-r Laugier, D-l D-r Trifan,* medicul Sanatoriului relatează:

Ca îmbunătăţiri: Ministerul a trimis o spălătorie mecanică peutru 150 persoane, care nu se poate monta din lipsă de local—deci inutilizabilă; şi un aparat de raze Röntgen.

Ca mişcare de bolnavi: au intrat 254 bolnavi, dintre cari 185 necăsătoriţi şi cei mai

mulţi (209) în vârste dela 14—30 ani (122 dela 14—20 ani, 50 dela 20—25, 37 dela 25—30 ani).

Ca tratament: au beneficiat de tratament creat şi întreţinut în Sanatoriu 55 bolnavi, iar 12 de pneumatorace creat înainte şi numai continuat în Sanatorii; tentative infructuoase au fost 14. Toţi aceştia prezentau leziuni unilaterale.

Bolnavii internaţi veneau 120 din mediu rural şi 134 din mediu urban.

De remarcat între ei: muncitori agricoli ,66 e studenţi şi diverşi, elevi de şcoală 55.

3. Societatea a trimis şi în 1930 pentru o lună o colonie de copii la Tekir-Ghiol în număr de 110 persoane (inclusiv oamenii de conducere şi serviciu); totalul cheltuelilor s-a ridicat la 325.501 lei, din suma totală 371.558, realizată prin cotizaţii şi subvenţii; restul de 46.257 au fost vărsaţi filialei.

4. Averea societăţei conta la finele anului 1930: 845.000 lei la Banca Naţională, 4.069.859 valoarea Sanatoriului dela Leamna, 758.426 în efecte publice valoare nominală.

Intre veniturile anului 7930 cari se ridică la 595.822 lei de remarcat cotizaţiile membrilor (218) 36 200 lei, donaţii 119.295 lei, serbări 37.801, cheta la Rusalii 39.228, Colonia Tekir-Ghiol 370.558.

Intre cheltueli figurează: salariile cu 102.100, Colonia Tekir-Ghiol cu 325.301, fond pentru construirea Sanatoriului Tekir-Ghiol 250 000 lei, diverse cheltueli 44 836, excedent 52.327

Se constată deci cu prisosinţă roadele generoasei activităţi a acestei societăţi, care se poate da ca exemplu şi altor filiale.

Dr. M. C.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C.— BULETINE ŞI REVISTE MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE

(No. 3 | 1930)

D. COMBIESCO, S. STAMATESCO, N. NESTOREŞCO et C. ADAM: **Contributions à l'étude de l'antigène Forssman. Présence de l'antigène hétérophile dans la bactéridie charbonneuse,** No. 3/1930.

A. DAMBOVICEANU: **Contribution à l'étude de phénomène de la calcification** (Note préliminaire).

I. CIUREA: **Contributions à l'étude morphologique et biologique de quelques strigéidés des oiseaux ichtyophages de la faune de Roumanie** (Recherches expérimentales).

G. ZOTTA et E. RADACOVICI: **L'étude de la glycémie dans la spirochétose des gallinacés.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTE MEDICALE des Hôpitaux de Bucarest

(No. 5, 6, 7, 8 şi 9 | 1930).

Dr. DUMITRESCU-MANTE, Dr. STOIA et CIORAPCIU: **L'insuffisance simultanée des quatres orifices cardiaques,** No. 5/1930.

B. THEODORESCO et N. VIŞINEANU: **Résultats obtenus avec l'extrait pancréatique désinsuliné ,dans le traitement de l'angine de poitrine et de l'hypertension artérielle.**

M. CANCIULESCU et M-elle R. HIRSCH: **Deux cas d'erythrémie familiale.**

Docent CANCIULESCU, R. HIRSCH, S. PAULON, I. ROSENSTEIN et I. VASILESCU: **Sur un cas de surrénalome hypertensif.**

D. SIMICI, A. ASLAN et P. STOENESCU: **Méthodes de diagnostic de diagnostic de l'oblitération artérielle. Résultats de l'oscillométrie, de l'artériographie et de la pléthysmographie dans un cas d'artérite des artères sous-clavières.**

N. GH. LUPU, I. DANIEL et C. T. NICOLAU: **Observations sur un cas de leucoerytrophtisie,** No. 6/1930.

Conf. Dr. DUMITRESCO-MANTE, Dr. DULUGEA et Dr. IONESCO-Craiova: **Les phases de cholurie dissociée pigmentaire, au cours des ictères du type catarrhal.**

Dr. N. GH. LUPU et Dr. C. ILIESCO-STOICESCO: **Recherches expérimentales sur la fonction sucrée du foie dans l'intoxication provoquée par le phosphore et la toluylénediamine.**

E. C. CRACIUN: **Un cas de tumeur primitive du coeur (sarcome limphoïde),** No, 7/1930.

E. C. CRACIUN et MAXENTIAN: **Endothéliome fibreux primitif de la plèvre.**

ALEXANDRE SAVULESCO: **Traitement dela syphilis par les arsénobenzols biliés.** (Note préliminaire).

P. STOENESCU et C. T. NICOLAU: **La sédimentation croisée des globules chez leucémiques irradiés,** No. 8/1930.

P. STOENESCO et C. T. NICOLAU: **Modifications électriques du plasma et des globules rouges après irradiation in vitro avec les rayons X.**

DEMETRE IONESCO: **La rage du coq. Application du traitement antirabique à l'homme en cas de morsure.**

I. NICOLESCO, T. HORNET et RUNCAN: **Présentation de plèces.**

N. GH. LUPU, R. PAPAZIAN et I. DANIEL: **Les échanges hydriques dans les états pathologiques.** (IV-ème Mémoire), No. 9/1930.

GH. LITARCZEK, C. GHEORGHIU et M. TOMESCU: **Contributions aux relations qui existent entre l'obésite et le diabète, à l'aide des épreuve funtcionnelles de l'appareil insulaire.**

M. POPPER: **Considérations sur le traitement de l'asthme bronchial par l'air filtré.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. NICOLESCO, V. RUNCAN et T. HORNET: **A propos d'un syndrome particulier consécutif à l'atteinte du système extrapyramidalo-cérébelleux.**

I. NICOLESCO et T. HORNET: **Anémie pernicieuse du système nerveux central.**

* * *

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

de Iaşi

(No. 3 | 1930)

M. Prof. GRACOSKI: **Cas probable d'encéphalite basse chez un enfant de 6 ans,** Nr. 3/1930.

DISCUSSION: **M. M. Baliff, Costin, Graçoski.**

M. Prof. GRACOSKI et M-e C. HURMUZACHE: **Sur un cas de septicémie pneumococcique sans localisation.**

DISCUSSION: **M. M. A. Trose, E. Hurmuzache.**

M. E. HURMUZACHE et M-me C. HURMUZACHE: **Les modification hémathologiques (hémoglobine, vitesse de sédimentation des hématies, viscosité, indice refractométrique) chez les enfants soumis à l'influence thalassothérapique à Budacke (Roumanie).**

DISCUSSION: **M. M. Baliff, Tudoranu, Cazac-Averbuch, Hurmuzache.**

M. M. CAMNER: **Traitement des etats hypotrophiques de l'enfance, par l'insuline.**

DISCUSSION: **M. M. Baliff, Cazac-Averbuch.**

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

(No. 12 | 1930 şi 1, 2, 3 | 1931)

Dr. DEM. Em. PAULIAN: **Turburări psihice şi sfincteriene în cursul unei tumori infiltrante (sarcom) a lobului frontal stâng,** No. 12/1930.

Dr. ŞTEFAN ODOBLEJA: **Valoarea comparativă a transsonanţei sunetelor de plescăit şi de frecare** (urmare).

Dr. I. BISTRICEANU: **Lumina solară în terapeutică.**

Dr. D. ZAMFIR: **Note de practică terapeutică curentă.**

Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Contribuţiuni la studiul tuberculozei vertebrale şi medulare,** No. 1—2/1931.

Dr. BUZAGIU: **Cum să ne ferim de boalele venerice.**

Dr. I. BISTRICEANU: **Ceva despre tratamentul sedativ în afecţiunile sistemului nervos.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic).**

Dr. M. ZAMFIR: **Note de practică terapeutică curentă** (urmare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. PIERRE DESGEORGES şi Dr. BUZAGIU: **Contribuţiuni la studiul colibacilozei** No. 3/1931.

Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Statistica serviciului neurologic din spitalul central de boale mintale şi nervoase pe anul 1930.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic).**

Dr. TEZIO A.: **Phylinase — Valoarea sa terapeutică în combaterea anemiilor şi stărilor de debilitate.**

Dr. D. ZAMFIR: **Note de practică terapeutică curentă** (urmare).

* * *

BUCUREŞTI MEDICAL

(No. 1, 2, 3 | 1931)

Dr. I. BORDEIANU: **O sută de laparatomii făcute într'un spital mixt,** No. 1/1931.

Dr. GH. ZVERCA: **Tratamentul infecţiunilor post- partum şi post-abortum prin injecţiuni cu auto-sânge hemolizat.**

JUBILEUL REVISTEI „SPITALUL„ **cu prilejul semicentenarului.**

Dr. AL. MANOLESCU: **Grija zilei de mâine.**

Dr. L. NISSIM: **Asupra seroterapiei antistreptococice în infecţiunea puerperală,** No. 2/1931.

Dr. EMETRU EM. PAULIAN şi Dr. I. BISTRICEANU: **Razele infraroşii în terapia nevralgiilor**, No. 3/1931.

Dr. EMIL KIRILOV: **Miaza rampantă în ţesutul subcutanat al areolei mamare.**

* * *

CLINICA

(No. 4, 5, 6 | 1930)

E. COULAUD: **Contribuţie la studiul terenului tuberculos. Funcţia thyroidiană şi tuberculoza**, No. 4/1930.

Dr. H. TEODOREANU şi Dr. MILAN NICOLESCU: **Colitele tuberculoase. Studiu Clinic. Diagnostic radiologic precoce.**

J. VALTIS şi F. TRIBOULET: **Pneumothoraxul bilateral.**

M. NASTA şi A. TOCILESCU: **Contribuţiuni la problema debutului tuberculozei pulmonare la adult.**

MOURIQUAND şi LEULIER: **Substanţele fixatoare de calciu la copii**, No. 5/1930.

MANICATIDE şi RUSESCU: **Câteva observaţiuni asupra desvoltării staturale în rachitismul florid.**

STROE şi HORTOPANU: **Seroterapia scarlatinei.**

FOTIADE: **Mastoidita acută la copil.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. G. AYALA: **Asupra degenerescenţii primitive a corpului calos în alcoolismul cronic**, No. 6/1930.

Prof. G. MARINESCU: **Noi contribuţiuni la patogenia şi fiziologia patologică a zonei.**

RADOVICI A.: **Diagnosticul paraliziei faciale.**

NICULESCU I., NICULESCU M., RUNCAN V.: **Locus niger a lui Soemmering şi globus pallidus. Consideraţiuni referitoare la fiziopatologia lor.**

* * *

CLUJUL MEDICAL

(No. 1, 2, 3 | 1931)

Dr. MARCEL LABBE: **Insuficienţa hepatică în Clinică**, No. 1/1931.

Dr. G. PREDA şi Dr. STOENESCU: **Simpatico şi parasimpaticoterapia reflexă aplicată la unele categorii de bolnavii mintali.**

Dr. ALEXANDRU LENGHEL: **Note medico-istorice referitoare la starea sifilisului şi vaccinării în nordul Ardealului la începutul secolului XIX.**

Dr. M. KERNBACH: **Colegiul Medical.**

Dr. CONST. STANCA: **Reflexiuni la articolul „Discuţiuni asupra semnului Laffont".**

Dr. MIHAIL M. MITREA: **Răspuns.**

Dr. P. VANCEA: **Literatura oftalmologică clujană din cursul anului 1930.**

Prof. Dr. I. MINEA: **Cercetări noui asupra culturei ţesutului nervos „in vitro"**, No. 2/1931.

Prof. Dr. PLESCH (Berlin): **Consideraţiuni asupra măsurării tensiunii arteriale prin metoda tonoscilografică şi asupra arteriosclerosei.**

Prof. St. BEZDECHI şi Dr. G. RETEZEANU: **Contribuţiuni la un îndreptar ortografic medical.**

Dr. V. SĂBĂDEANU: **Avulsia globului ocular şi a nervului optic prin lovitură de corn de bou.**

Dr. LIVIU P. DARIU: **Contribuţiuni clinice la rolul făinoaselor în alimentaţia copiilor mici. Efectul bun al făinei de Keks după Prof. Moll.**

Prof. I. I. NIŢESCU, Doc. Dr. GH. POPOVICIU, Dr. V. BOLOGA şi **influenţarea ei prin razele ultraviolete**, No. 3/1931.
influinţarea ei prin razele ultraviolete, No. 3/1931.

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Epiteliom malign gangrenos al orbitei de origină conjunctivală.**

Prof. Dr. PLESCH (Berlin): **Consideraţiuni asupra măsurării tensiunii arteriale prin metoda tonoscilografică şi asupra arteriosclerosei.**

Docent Dr. P. VANCEA: **Contribuţiuni la stadiul corpilor străini intraorbitari.**

Docent Dr. CONST. STANCA: **Contribuţiuni la studiul homo- şi autografelor ovariene.**

Dr. IOAN V. MUNTEANU: **Câteva consideraţiuni terapeutice asupra oftalmiei simpatice.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. VALERIA BOLOGA: **Idraţii de carbon în alimentaţia copilului de sân. Câteva încercări cu făina alimentară Richter.**

* * *

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

(No. 3—4, 5—6 | 1930)

C. DANIEL: **Preparaţiunea bolnavelor la operaţiunile abdominale gynecologice**, No. 3—4/1930.

O. FRANCHE şi E. IONESCU: **Consideraţiuni asupra tumorilor placentare. — Chorio-epiteliomul.**

Z. VITNER-ROSENTHAL: **Consideraţiuni asupra drenajului Mikulicz.**

GR. LAZARESCU şi V. PLATAREANU: **Consideraţiuni asupra unui caz de seminom ovarian.**

C. DANIEL, S. GOLDENBERG-BAYLER şi D. MAVRODIN: **Asupra transfuziunei imediat pre-operatorii.**

A. BABEŞ: **Leucoplasia colului uterin, ca debut al cancerului colului uterin.**

C. ENESCU: **Un procedeu operator în fistulele vezico-vaginale (prin dedublarea largă cu rezecţia peretului vaginal).**

GR. LAZARESCU şi V. PLATAREANU: **Seminom al ovarului.**

Le Professeur JEAN-LOUIS FAURE:

CONST. ŞTANCA şi ION D. VINTILĂ: **Contribuţiuni la operaţia Beuttner în anexitele bilaterale.**

LUCIE-LEON BORCEA: **Tratamentul vărsăturilor incocrcibile.**

VASILE URSU: **Malformaţiuni uterine.**

C. DANIEL şi I. FLORIAN: **Tratamentul cancerului inoperabil al uterului prin injecţiuni intra-venoase cu serum provenind dela canceroase operate sau iradiate.**

C. ANGELESCU şi S. ŢOVARU: **Metroragiile în cursul kistelor hidatice ale ficatului.**

C. PREDESCU—RION: **Relaţiunile dintre afecţiunile nasale şi gynecologia.**

AL. CRĂINICIANU şi I. FLORIAN: **Noui cercetări asupra patogeniei azotemiei post-operatorii.**

C. DANIEL şi P. PAVELESCU: **Supuraţiune pelvi genitală deschisă în vesică.**

C. PREDESCU - RION: **Reflexul naso-uterin.**

C. I. GHIŢESCU şi AL. ŞOIMARU: **Inversiunea uterină totală prin fibrom.**

BENONE GEORGESCU: **Accidentele mortale în anestezia cu kelen.**

P. PAVELESCU: **Monstru anencefal.**

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NOUA REVISTA MEDICALĂ

(No. 7, 8 | 1930 şi 9, 10 | 1931)

Prof. A. THEOHARY: **Thérapeutique de l'emphysème pulmonaire,** No. 7/1930.

Dr. L. STROMINGER: **Sur les antiseptiques urinaires.**

Dr. A. RODIET: **Une thérapeutique éfficace de l'Epilepsie.**

Dr. J. W. **In potriva dogmatismului.**

L'Oeuvre de Monsieur Auguste Lumière (Notes Biographiques).

Dr. EMIL GHEORGHIU: **Profesorul Raymond Grégoire** (Note Biografice).

E. LESNÉ: **De l'asthme infantile,** No. 8/1930.

Dr. EMIL GHEORGHIU: **Consideraţiuni introductive la patologia chirurgicală elementară.**

Dr. SĂRĂŢEANU EM. FL.: **Tratamentul Psoriasisului.**

Dr. M. E. LESNÉ: **L'huile de foie de morue et ses indications thérapeutiques,** No. 9/1931.

Dr. M. POPPER: **Consideraţiuni asupra pleureziilor în cursul evoluţiei tuberculozei.**

Dr. I. IRIMESCU: **Tuberculoza la noi şi în alte ţări.**

Dr. I. TOMESCU: **Exostoze congenitale generalizate însoţite de tulburări în desvoltare cu totul excepţionale** (Recenzie).

M. CONSTANTIN POENARU CAPLESCO: **Remarques sur l'appendicite rétro-caecale,** No. 10/1931.

Dr. R. TRUELLE: **Air et Lumière.**

Dr. EV. STAICOVICI şi Dr. AL. SCHLESINGER: **Un caz de fractură a maxilarului inferior la nivelul gonionului.**

Doc. Dr. VALENTIN ST. JOHN şi Dr. DOMITIAN BACIU: **Consideraţiuni asupra plombajului pulmonar în legătură cu două cazuri,** No. 12/1930.

Conf. Dr. GR. GEORGESCU şi Dr. G. BUZOIANU: **Tratamentul peritonitei generalizate apendiculare. Drenajul pelvisului şi spaţiul sub hepatic.**

Conf. Dr. I. MARIAN: **Un caz de incontinenţă de urină şi spina bifida ocultă.**

Dr. BALCU: **Exostoze multiple osteogenice.**

Dr. STOIAN şi COSTESCU: **Aparat ortopedic pentru fractura humerului.**

Dr. SCUPIEWSKY: **Rezecţii de plex presacrat în cancere uterine 23 cazuri.**

Conf. Dr. NASTA: **Encondrom al omoplatului.**

Conf. Dr. NASTA: **Artroplastia genunchiului.**

Conf. POENARU-CAPLESCU: **Tumoare ceco-ileo-apendiculară.**

Conf. G. MARINESCU şi C. TEODORESCU: **Pielografia descendentă cu „Abrodil".**

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA DE CHIRURGIE

(No. 6—7, 8—9, 12 | 1930)

Dr. EUGEN CHRISTIAN şi Dr. M. POPESCU-BUZĂU: **Contribuţiuni la studiul anomaliilor renoureterale,** No. 6—7/1930.

Dr. BARDESCU: **Herniile strangulate prin ciupirea intestinului.**

Dr. VALENTIN ST. JOHN: **Situs inversus abdominalis şi patologia lui.**

Dr. I. I. GRIGORESCU: **Abces metastatic în regiunea hipocondrului stg. consecutiv unei furunculoze a cefei.**

Dr. I. BORDEIANU: **Un caz de hernie inguino-properitoneală strangulată.**

Prof. BĂLĂCESCU: **Tratamentul chirurgical al halux-valgusului.**

Prof. ANGELESCU şi DAN BERCEANU: **Osteosinteză pentru fractură de femur, urmată de tratament ambulatoriu.**

Prof. JUVARA şi DIMITRIU: **Grefă Albee la o Pottică cu paraplegie.**

DIMITRIU şi FĂGĂRAŞIANU: **Epitelioma al colonului ascendent.**

MARIUS TEODORESCU: **Hernie ing. strangulată a epiploonului.**

Prof. G. MARINESCU, Prof. AMZA JIANU, Dr. TURNESCU: **Compresiunea măduvei prin tumoră intradurală.**

POENARU CAPLESCU: **Apendicită gangrenoasă, cu peritonită.**

GIUREA: **Radiografii cu uroselectan.**

J. JIANU, C. MOSCU şi TR. NETTA: **Tumoră a coadei de cal:**

E. CHRISTIDI: **Amputaţie interscapulo-toracică.**

Prof. AMZA JIANU, Dr. PAULIAN şi TURNESCU: **Nevralgie facială trată prin neurotomie retro-gasseriană.**

POENARU CĂPLESCU: **Albuminurie în cursul apendicitei.**

Dr. EUGEN CHRISTIAN şi M. POPESCU-BUZEU; **Contribuţiuni la studiul anomaliilor renoureterale (urmare),** No. 8—9/1930.

Dr. I. SIMIONESCU: **Enorm anevrism al arterei subclaviculare.**

Dr. I. BORDEIANU: **Un caz de epiplocel ireductibil, supurat, cu amputaţia spontană a epiploonului în urma unui traumatism abdominal.**

Dr. V. PLĂTĂREANU: **Consideraţiuni asupra inciziei Pfannenstiel.**

Dr. V. SĂVESCU şi V. STEOPOE: **Kist hidatic pulmonar.**

Dr. V. DIMITRIU: **Operaţia Juvara în prolaps rectal cu ruptura perineului.**

Dr. M. POPESCU-BUZEU şi Dr. N. CONSTANTINESCU: **Noui consideraţiuni la studiul compensaţiei funcţionale după nefrectomie.**

* * *

REVISTA DE HIDROLOGIE MEDICALA ŞI CLIMATOLOGIE

(No. 1 | 1931)

Dr. C. MICHAILESCU şi LEONIDA ALEXIU: **Determinarea electrometrică a P. H. apelor minerale din Olăneşti,** No. 1/1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dr. CORNELIU ŞUMULEANU: **Analiza apei şi nămolului lacului „Şabolat" şi a apelor din regiunea Bugaz.**

* * *

REVISTA DE IGIENĂ SOCIALĂ

(No. 1, 2, 3, 4 | 1931)

I. SETLACEC: **Igiena muncii în legislaţia noastră socială,** No. 1/931.

G. BANU şi P. RÂMNEANŢU: **Cercetări asupra nutriţiei copiilor de şcoală în România.**

I. SUCHIANU: **Un program de educare pe calea filmului.**

S. BOBEŞ: **Problema institutelor antirabice.**

I. ENESCU: **Aşezările de viaţă în comun.**

M. MOLDOVAN: **Medicul şi psihologul practic,** No. 2/1931.

EL. ZLOTESCU: **Tuberculoza în asigurările sociale din Bucureşti.**

A. VOINA: **Elementul educativ în legislaţia antiveneriană.**

I. V. GRUIA: **Principii generale în organizarea adm. sanitară.**

G. SGLIMBEA şi L. GEORGESCU: **Mişcarea vizitatorilor în staţiunile noastre de cură.**

I. NEMOIANU: **Contribuţiuni la etiologia abandonării alimentaţiei naturale şi a subalimentaţiei la piept,** No. 3/1931.

I. ENESCU: **Structura marilor oraşe şi gruparea locuinţelor.**

General VICOL: **Principii pentru organizarea balneologică în România.**

M. GRUBEA: **Organizarea unui centru de igienă socială.**

C. GHEORGHIU: **Monografia unei circumscripţii sanitare rurale.**

G. BANU: **Cercetări asupra stării sociale şi fizice a copiilor de şcoală în România,** No. 4/1931.

M. NASTA: **Problema spitalizării tuberculoşilor.**

S. BODEŞ: **Câteva observaţiuni cu privire la profilaxia turbării.**

C. GHEORGHIU: **Monografia unei circumscripţii sanitare rurale.**

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

(No. 11, 12 | 1930 şi 1, 2 | 1931)

Prof. Dr. A. THEOHARI: **Revista terapeutică anuală,** No. 11/1930.

Conf. Dr. P. TOMESCU: **Contribuţiuni la studiul fisio-patogeniei negativismului catatonic.**

ANGELA I. SORESCU: **Contribuţiuni la studiul serurilor anti-celulare. — Prepararea unui ser anti-miocardic.**

Dr. AT. IANAŞ: **Cercetări asupra modificărilor sanguine în tuberculozele chirurgicale în urma tratamentului prin helioterapie artificială şi cura helio-marină.**

Dr. P. G. MANTZORS: **Reacţiunea Vernes. Technica şi avantajele metodei. „Sifilimetria" baza tratamentului anti-sifilitic.** (Continuare).

Dr. ELENA I. NICOLESCU: **Contribuţiuni la studiul serurilor anticelulare. Proprietăţile unui ser antimiocardic,** No. 12/1930.

Dr. M. SZOCS şi Dr. CAHANA MAREŞ: **Contribuţiuni la studiul sucului gastric în pelagră. Influenţa histaminei asupra anaclorhidriei pelagroase.**

Dr. A. CRACIUNEANU şi Dr. M. BLECHMAN: **Contribuţiuni la studiul pneumotoraxului artificial ambulatoriu ca tratament economic şi social al tuberculozei pulmonare.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Substratul psichologic al constituţiunilor psihopatice.**

Dr. P. G. MANIZOROS: **Reacţiunea Vernes. Tehnica şi avantajele metodei „Sifilimetria" baza tratamentului antisifilitic.**

Dr. T. VEBER: **Conferinţa internaţională de tuberculoză (Oslo 1930).**

Dr. ALEXANDRU I. CANTACUZINO: **Cercetări experimentale asupra adaptaţiunei infusorilor ciliaţi la anumite medii,** (No. 1/1931.

Prof. M. MANICATIDE şi Dr. M. ZAVERGIU-THEODORU: **Cercetări asupra vaccinului Calmette-Guérin (B. C. G.). Imagini radiografice.**

Dr. FELICIA CARCALEŢEANU: **Septicemia meningococică, forma purpurică.**

Dr. G. Z. PETRESCU: **Medicina publică în Moldova acum o sută de ani.**

PIPERAZINE MIDY

GRANULES EFFERVESCENTS

PIPERAZINE MIDY

LE PLUS SÛR

DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 a 4 Cuillerees a cafe par jour

LABORATOIRES MIDY
4, Rue du Colonel Moll
PARIS

Bi-borate de soude	Citrate de Lithine	Citrate de Potasse
40 %	20 %	8 %

92 %

Solubilités comparées de l'acide urique

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

Dr. I. MARIAN: **Rachianestezia la copil.**

Prof. Dr. ELENA PUŞCARIU, Prof. Dr. NICOLAE HORTOLOMEI şi Dr. LAZARESCU DUMITRU: **Paragangliom carotidian,** No. 2/1931.

Dr. G. NICULESCU, Dr. C. VASILIU şi Dr. V. MUNTEANU: **Contribuţiuni la studiul tratamentului intoxicaţiei cu sublimat prin metoda H. B. Weiss.**

Dr. AL. LUPAN: **Consideraţiuni asupra 400 cazuri de guşe, operate în Clinica chirurgicală din Cluj.**

N. ZAHARESCU-KARAMAN şi ALEXANDRINA NĂSTASE: **Contribuţiuni la studiul crizei genitale şi a ciclului vaginal la noile născute.**

Dr. DAN BERCEANU: **Noi directive în tratamentul fracturilor sprijinite pe ultimele lucrări de histobiologie a ţesutului osos.**

Dr. V. G. BOGDAN: **O nouă metodă pentru profilaxia maladiei reumatismale prin tratamentul ei abortiv.**

* * *

REVISTA SANITARA MILITARA

(No. 2—3 | 1930)

Medic Col. Dr. D. NOICA, V. PANAITESCU, N. PÂRVULESCO et G. TĂTĂRANU: **Névrite symétrique du nerf cubital, au cours d'une encéphalite Tlethargique,** No. 2—3/1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medic Colonel Dr. E. CHRISTIAN şi Medic Căpitan Dr. V. VINTICI: **Indicaţiunile operatorii în calculoza ureterală.**

Medic Maior Dr. C. STOIAN şi Medic Locot. Dr. A. TUDOR: **Desarticulaţia Inter-Ilio-Abdominală.**

Medic Căp. Dr. ARGHIRIADE C. şi Medic Căp. Dr. BĂDIU ALEX.: **Fracturi prin fragilitate idiopatică. (Osteopsâthyrosis sau maladia lui Lobstein) cu un caz clinic.**

Medic General Dr. PAPIU AL.: **Din reviste — Note practice.**

Medic General Dr. PAPIU AL.: **Insemnări Medico-Militare.**

Commission internationale de Standardisation de matériel sanitaire.

Veterinar Căpitan Dr. ŞERBAN CLIZA: **Clinica Chirurgicală veterinară din Berlin.**

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE SANITARE MILITARE:

BUCUREŞTI: ***Şedinţa din 2 Decembrie 1929***

Medic Insp. G-ral Prof. Dr. M. BUTOIANU şi Medic Maior Dr. C. STOIAN: **Tumori vegetante ale ovarului.**

Medic Colonel Dr. D. SIMICI şi Medic Căpitan Dr. POPESCU MARIN: **Cercetări asupra originei urobilinei în cursul icterului cataral.**

Medic Colonel Dr. V. BRĂTESCU şi Medic Căpitan Dr. V. RACOVEANU: **Câteva grefe osteo-cartilaginoase în chirurgia estetică a nasului.**

Medic Căpitan Dr. MIRCEA CONSTANTINESCU: **Distocie prin stenoza colului uterin.**

Medic Colonel Dr. I. SAIDAC: **Dare de seamă asupra lucrărilor comisiei internaţionale permanente de standardizare a materialelor sanitare.**

CRAIOVA: *Şedinţa din 24 Aprilie 1929*

Medic Colonel DOBRINESCU şi Medic Căpitan CĂPRUCIU: **Hernie inghinală dreaptă cu flebită consecutivă.**

Medic Lt. Dr. MARINESCU: **Dermatită polimorfă a lui Brock. Psoriazis discoidal-nummular generalizat.**

Medic Cpt. NICOLIN şi Medic Cpt. MIHĂESCU PĂUNEL: **Miocardită difterică.**

D-nul Medic Cpt. MIHĂESCU P.: **Periostita rebordului orbitar.**

CHIŞINĂU: *Şedinţa din 5 Mai 1929*

Medic Locot. Dr. VIRGIL I. BRANDUŞEANU: **Simpaticul şi Parasimpaticul.**

CERNĂUŢI: *Şedinţa din 24 Mai 1929*

Medic Locot. Dr. PAVLOV: **Face un referat asupra articolului d-lui Prof. Nicolau din România Medicală dela 1 Februarie 1929: Simptomatologia şi diagnosticul sifilisului congenital tardiv.**

IAŞI: *Şedinţa din 7 Noembrie 1929*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medic Locot. Dr. N. CONSTANTINESCU: **Ultravirusurile în patologia umană.**

FOCŞANI: *Şedinţa dela 15 Octombrie 1929*

Medicul Locot. GEORGESCU IOAN desvoltă conferinţa sa despre: **Rolul sistemului nervos vegetativ asupra ritmicităţei cardiace prin ajutorul electro-cardiografului.**

BUZĂU: *Şedinţa din 15 Ianuarie 1929*

Medic Cpt. EUGEN PORUMBARU: **Dare de seamă asupra activităţii sale ştiinţifice la Paris.**

CLUJ: *Şedinţa 7 din 17 Oct. 1931*

Medic Cpt. Dr. I. CIOCAN citeşte în numele său şi al D-rului APOSTOL **Tumoră cerebrală (gliom).**

Medic Căp. Docent Dr. P. VANCEA şi Medic Locot. Dr. M. DIACOV: **Un caz de simularea amaurozei unilaterale şi ptoza pleoapei super. O. D.**

Medic Cpt. Docent Dr. P. VANCEA şi Medic Lt. Dr. DIACICOV: **Un caz de edem recidivant congenital al jumătăţii stângi a feţei.**

Medic Cpt. Dr. BRATU R.: **Un caz de fractură a claviculei stângi în 1/3 externă cu deplasare mare, i se face osteosinteză.**

Medic Cpt. Dr. BRATU R.: **Guşe medulară a lobului tiroidian dr. operat, vindecat per primam.**

No. 8—9 | 1930

CAROL DAVILA: **Viaţa şi faptele sale,** No. 8—9/10.

CUVÂNT INAINTE.

PRIMA PARTE: **Tinereţea lui Davila, pregătirea lui sufletească.**

A DOUA PARTE: **Viaţa şi activitatea lui Davila în slujba ţărei noastre şi a umanităţei.**

A TREIA PARTE: **Firea, temperamentul şi caracterul lui Davila.**

A PATRA PARTE: **Activitatea lui Davila în slujba artei şi a culturei naţionale.**

INCHEERE.

Medic Căpitan Dr. MIRCEA CONSTANTINESCU: **Operaţia Cezariană. Un caz personal.**

Medic Căpitan Dr. N. PÂRVULESCU: **Hiperpneea în epilepsie.**

Medic General Dr. PAPIU ALEXANDRU: **Insemnări Medico-Militare.**

Medic Căpitan Dr. N. PÂRVULESCU: **Dr. I. St. v. Czihack.**

Medic General Dr. PAPIU AL.: **Din reviste. — Note practice.**

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE SANITARE MILITARE:

BUCUREŞTI: ***Şedinţa dela 20 Ian. 1930***

Medic Cpt. Dr. IONESCU EMIL: **Un caz de actinomicoză cervico-facială.**

Medic Lt. Dr. PAULIAN VIRGIL: **Cisticercoză cerebrală.**

Medic Col. Dr. CRISTIAN şi Medic Cpt. Dr. VINTICI: **Indicaţii operatoare în calculii ureterali.**

Medic Maior Dr. C. STOIAN şi Medic Cpt. Dr. P. COSTESCU **Chist torsionat al ovarului drept cu apendicită supurată.**

CHIŞINĂU: ***Şedinţa din 13 Aprilie 1931***

D-nul Medic Căpitan ALEXANDRESCU D., prezintă în numele d-lui Medic General FIRU şi al său, un bolnav din serviciul medical B., cu o **afecţiune scleroasă a ficatului, însoţită de icter cronic şi spleno-megalie.**

ORADEA: ***Şedinţa din 15 Decembrie 1929***

Medic Căpitan POPA GRIGORE: **Sifilisul febril.**

No. 10 | 1930

Medici Cpt. Dr. ARGHIRIADE C. şi Cpt. Dr. BÂDIU ALEX.: **Un caz de pancreatită acută hemoragică cu steatonecroză,** No. 10/1930.

Medic Căpitan Dr. MAVRU: **Tratamentul tuberculozei la Berck-Plage.**

Medici Cpt. Dr. COSTESCU P. şi Lt. Dr. RĂDULESCU D.: **Activitatea terapeutică în cursul anului 1929, a Serviciului I Chirurgical Prof. Dr. At. Demosthen.**

Medic Inspector General Dr. M. BUTOIANU: **Dare de seamă asupra**

„Reuniunei şefilor serviciilor de sănătate ale armatelor diferitelor ţări", care a avut loc la Liege, între 17—25 Iulie 1930.

Medic General Dr. ILIESCU: **Dare de seamă asupra celui de al VIII-lea Congres Internaţional de Dermatologie şi Sifiligrafie dela Copenhaga 5—11 August 1930.**

Medic Colonel Dr. GORESCU: **Dare de seamă asupra primului congres Internaţional de Microbiologie, care a avut loc la Paris între 20—26 Iulie 1930.**

Medic Căpitan Dr. DAN THEODORESCU: **Al 19-lea Congres al Asociaţiunei franceze de chirurgie.**

Medic General Dr. PAPIU ALEXANDRU: **Insemnări Medico-Militare.**

Medic General Dr. PAPIU ALEXANDRU: **Din reviste. — Note practice.**

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE SANITARE MILITARE:

BUCUREŞTI: ***Şedinţa dela 3 Martie***

Medic Colonel Dr. BOTEZ GH., Medic Cpt. Dr. PETRULIAN GH. şi Medic Lt. Dr. GIURGESCU: **Septicemie streptococică.**

Medic Cpt. Dr. COSTESCU P. şi Medic Lt. Dr. ZAMFIRESCU ZAMFIR prezintă un soldat căruia i s'a făcut operaţia lui Syme, pentru **zdrobirea oaselor picioarelor,** în urma unui accident de tren.

Medic Cpt. Dr. GOTCU PAUL prezintă un copil cu **Morbul lui Pott cervical, cu un abces enorm osifulent.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medic Colonel Dr. SAIDAC, Medic Cpt. Dr. FLORESCU SAVEL, Medic Lt. Dr. TEODOSIU TRAIAN şi Medic Sb.-Lt. POPESCU C., fac o dare de seamă asupra **reacţiei Meinicke pe 1125 cazuri, comparativ cu sero-reacţia B. W.**

Medic Cpt. Dr. NEGREANU AL. expune **observaţiuni comparative asupra tratamentului antisifilitic cu diverse săruri de bismut.**

Şedinţa dela 7 Aprilie 1930

Medic Maior Dr. C. STOIAN şi Medic Cpt. Dr. P. COSTESCU: **Un caz de traumatism cerebral.**

Medic Col. Dr. V. DINULESCU şi Medic Căpitan Dr. NEŞTIAN prezintă în continuare cazul de **cisticerc subretinian** după operaţie.

BRĂILA: ***Şedinţa dela 14 Iunie 1930***

Medic Lt. Dr. CRISTESCU C-TIN prezintă un caz de **„dermo-epidermită microbienă".**

Şedinţa din 15 Mai 1930

D-l Preşedinte dă cuvântul Medicului Lt. Dr. IONESCU IULIAN, care conferenţiază despre **„Diathermie".**

Medic Cpt. Dr. ŞTEFANESCU: **Un caz de erytem nodos.**

Şedinţa din 30 Mai 1930

Medic Cpt. Dr. ŞTEFANESCU: **Un caz de flebită post-pneumonică.**

PLOEŞTI: *Şedinţa dela 24 Mai 1930*

Medic Maior TRANDAFIRESCU conferenţiază despre **Cancer.**

FOCŞANI: *Şedinţa dela 1 Aprilie 1930*

Medic Locot. GEORGESCU IOAN, vorbeşte despre: **Câteva operaţiuni ortopedice, cu ajutorul grefelor şi transplantelor osoase în scolioze, picior bont, varus equin congenital, luxaţiile congenitale ale şoldului şi pentru morbul lui Pott.**

Şedinţa dela 5 Aprilie 1930

Medic Căpitan PUŞCĂ ALEXANDRU: **Serviciul sanitar la Divizia de Infanterie în campanie.**

* * *

ROMÂNIA MEDICALA

(No. 19, 20, 21, 22, 23, 24 | 1930 şi 1, 2, 3, 4, 5, | 1931)

Profesor Dr. AL. OBREGIA: **Eredo-alcoolismul faţă cu eredo-sifilisul,** N. 19/1930.

Dr. L. VAIAN: **S. I. C. — O primejdie socială de actualitate.**

Dr. RĂDUŢESCU: **Tratamentul fracturei Monteggia.**

Dr. HORIA SLOBOZIANU: **Tratamentul reumatismului cronic în staţiunea Movilă Techir-Ghiol.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. IOAN DICHTER: **Rectoscopia în practica medicală.**

Dr. L. NISSIM: **Din istoricul obstetricei româneşti.**

Medic General Dr. M. S. BUTOIANU: **Carol Davila,** No. 20/1930.

Dr. G. BANU: **Principiile eugenice.**

Dr. PREDA, STOENESCU şi HEFNER: **Câteva consideraţiuni şi rezultate cu tratamentul prin şoc întrebuinţat la bolnavii mintali.**

Dr. BIRMAN BERA: **Nasul şi tuberculoza.**

Dr. A. ANIEL: **Asistenţa socială şi medicina,** No. 21/1930.

Dr. G. LITARCZEK: **Papaverina (Farmacodinamie şi întrebuinţări clinico-terapeutice).**

Dr. ION T. NICULESCU şi Dr. TEODOR I. HARNEŢ: **Câteva date asupra paraplegiilor de origină cerebrală.**

Profesor Dr. A. TEOHARI: **Terapeutica spirochetoselor broncho-pulmonare,** No. 22/1930.

Profesor Dr. I. IACOBOVICI: **Specificul chirurgiei româneşti.**

Profesor Dr. A. DOBROVICI:: **Lecţia de deschidere a cursului de patologie medicală,** No. 23/1930.

Dr. AL SKILERU: **Homeopatia în faţa medicinei actuale.**

Dr. ION I. SIMIONESCU: **Paralizia sciaticului popliteu extern prin elongaţie.**

Docent Dr. CONST. STANCA: **Conduita în tratamentul postoperator.**

Conferenţiar Dr. G. MARINESCU: **Pielografia descendentă,** No. 24/930.

Dr. P. TOMESCU: **Copii anormali.**

Dr. I. ŢEŢU: **Tratamentul preventiv al stricturilor esofagiene post-caustice.**

Profesor Dr. N. GHEORGHIU: **Inceputurile puericulturei,** No. 1/1931.

Dr. DIMITRIE IONESCU: **Consideraţiuni asupra profilaxiei în turbare.**

Profesor Dr. RICHARD BAUER: **Diagnoza şi terapia în cholelithiasă şi complicaţiile ei.**

D-na Prof. Dr. ELENA PUŞCARIU: **Tratamentul şi Profilaxia Tracomului,** No. 2/1931.

Dr. D. ZAMFIR: **Oleotoraxul (Metodă auxiliară şi complimentară a colapsoterapiei).**

Dr. GABRIEL PĂDEANU: **Erori medicale.**

Dr. CONST. GHEORGIU: **Asupra tratamentului cu săruri de acid phenilchinolin carbonic în reumatism.**

Prof. Dr. I. HAŢIEGANU: **Sindromul hoposistoliei cerebrale,** No. 3/1931.

Dr. BĂLTĂCEANU: **Tratamentul tuberculozei pulmonare.**

Dr. TH. MOISESCU: **Ce trebue avut în vedere în pneumothoraxul terapeutic.**

Dr. GH. BUZOIANU: **Tratamentul medicamentos al otitelor medii supurate cronice.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dr. G. MARINESCU, Dr. A. BRUCH şi Dr. G. BUTTU: **Consideraţiuni endocrinologice asupra unui caz de macrogenitosomie precoce,** No. 4/1931.

Prof. Dr. I. IACOBOVICI: **Igiena sălei de operaţie şi a chirurgului.**

Colonel Dr. DUMITRIU MAMANT: **Contribuţiuni la studiul apendicelui după evacuarea abceselor apendiculare.**

Dr. ION C. STOICA, Dr. EM. SĂNDULESCU şi Dr. WECHSLER: **Tratamentul tuberculozei pulmonare cu Lopion.**

Dr. I. R. CERNA: **Note de Dermatologie practică: Favus.**

Dr. C. POPA RADU: **Insulina „Novo" întrebuinţată în bolile mentale.**

Profesor Dr. C. ANGELESCU şi Dr. C. I. GHIŢESCU: **Tratarea peritonitelor generalizate apendiculare,** No. 5/1931.

Dr. IOAN FLORIAN: **Noile concepţii asupra reumatismului poliarticular acut.**

Dr. IULIU GHELERTER: **Toxicomaniile în România. (Anchetă sumară).**

Dr. CONSTANTIN D. RĂDULESCU: **Agholiton-ul ca indicator în stabilirea diagnozei diferenţiale a maladiilor de ficat.**

Dr. RADU MOISE: **Asupra unui caz de febră tifoidă cu formă de Sciatalgie febrilă (Sciatothyphus).**

D.—CALEIDOSCOPUL MEDICAL ROMÂNESC AL ANULUI 1930

(urmare şi sfârşit).*

Au apărut în cursul anului 1930 următoarele :

B. — CARŢI ŞI BROŞURI

Dr. I. Glicsman-Ygrec: Problema socială şi sanitară a locuinţelor. Locuinţa ţăranului român, studiu de statistică şi igienă socială. — *Dr. I. Bistriceanu:* Electricitatea medicală. — *Prof. Dr. Theohari:* Tratat elementar de terapeutică. Fascicolul V. — *Prof. Dr. N. Paulescu:* Traité de Medecine (vol. IX din colecţia cu Lancereaux). — *Dr. Gr. Graur:* Indicaţiile şi contraindicaţiile curei de Karlsbad, (broşură 72 pagini, Tipogr. „Adevărul"). — Album du congrès international de Thalassotherapie, 1928, Bucureşti - Constanţa. — *Dr. Gh. Banu:* Mortalitatea infantilă în România, (Studiu de igienă socială şi de statistică), 206 pag., Tip. „Göbl", Bucureşti. — *Prof. M. Minovici:* Tratat complect de medicină legală, (vol. II). — *Dr. P. Tomescu:* Contribuţiuni la studiul examenelor psiho-technice, (broşură 110 pag., „Cultura", Bucureşti). — *Dr. H. Slobozianu:* Băile de soare, (broşură 20 pag.). — *Dr. Ţeţu, I. Iovin* şi *C. Andreescu:* Radiodiagnosticul în Otorinolaringologie, (broşură 64 pag., Oct. 1930). — *Dr. A. Voina:* Prostituţia şi boalele venerice în România, (vol. 168 pag., tip. Cluj). — *Dr. Marius Georgescu:* Rombul lui Michaëlis, (Buc., 1930). — *Dr. A.. Radovici:* La neurosyphilis, clinique et traitement, (Ed. Masson, 1930). — *Dr. Sturza:* Apele clorurosodice ale României, (Viena, 1930). — *Prof. Graçosky:* Higiena primei copilării, (Iaşi, 1930). — *Prof. Parhon* et *Doc. Goldstein:* Traité d'Endocrinologie. La glande thyroide, (Iaşi, „Viaţa Românească"). — *M-me la Général H. Perticari-Davilla* a făcut să apară cartea: *Le général C. Davilla, La vie et son oeuvre d'après sa corespondance,* 1930, Buc., „Cultura Naţională"). — *Prof. A. Dobrovici: L'aérophagie,* (vol. 40 pag., în La pratique médicale illustrée Doin Paris). — *Dr. S. Irimescu:* Cum se ia tuberculoza. Cum se apără organismul contra tuberculozei, (broşură 36 pag., Buc., 1930). — *Doc. Dr. V. Dumitriu:* Curs de mică chirurgie şi îngrijirea bolnavilo cu boli chirurgicale, (vol. 188 pag., Tip. „Cultura", Buc.). — *Dr. Dem. E. Paulian:* Probleme sanitare şi sociale, (broşură, Bucureşti, 1930). — *Dr. Gh. Banu:* La tuberculose chez les Ecoliers, (Ed. Lebègue, Bruxelles). — *Dr. Gh. Banu:* L'examen rationnel des Ecoliers, (Ed. Lebègue et C-ie 36, Bruxelles). — *Dr. C. Severeanu:* Din amintirile mele (1853—1929), (vol. II, 1930). — *Dr. Gh. Banu:* La Protection

---

*) A se vedea Mişcarea Medicală No. 11—12 1930 ag. 354—355 şi No. 1—2 1931 pag. 129—134.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de l'Enfance d'âge préscolaire (3—6 ans), (Ed. Lebègue et C-ie, Bruxelles). — *Alex. N. Popovici:* Contribuţiuni la studiul topografiei cerebrale, (Buc., Tip. Românește). — *Dr. Popescu-Buzău:* Spermo cultura, (broşură 36 pag., tip. „Cultura", Bucureşti).

Au luat fiinţă şi au apărut în cursul anului 1930 aceste:

C. — NOUI SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE ŞI BULETINE MEDICALE

S'a înfiinţat la Bucureşti în ziua de 22 Iunie 1930, *Un cerc de studii de tuberculoză* sub preşidenţia D-lui Prof. Dr. Cantacuzino. — A luat fiinţă *Soc. regală română pentru istoria medicinei şi folklor.* Şedinţele au loc în Amfiteatrul Aşezămintelor, Bucureşti, iar Comunicările făcute se publică în Revista Ştiinţelor Medicale. — La 14 Iunie s'a înfiinţat la Iaşi *Societatea de Radiologie şi Electrologie.* — S'a înfiinţat *Asociaţia docenţilor universitari ai Facultăţii de Medicină din Bucureşti.* — A apărut *Buletinul Medical al Asigurărilor sociale,* cu secretariatul general la Dr. E. Gheorghiu, str. Visarion 1, Bucureşti.

Diferite numiri, mutări, reforme sau făcut şi studii sau publicat cu privire la:

D. — INVĂŢĂMÂNTUL MEDICAL

Consiliul profesoral al Facultăţei de medicină din Iaşi, a ales decan pe d-l *Profesor Dr. Tănăsescu,* (Ianuarie 1930). — Clinica Obstetricală de sub conducerea d-lui *Profesor Gheorghiu,* a ţinut cu începere dela 16 Ianuarie 1930, în fiecare Marţi, Joi şi Sâmbătă, un curs de specializare. — România Medicală publică în numărul de Febr. şi Martie, *Proectul de lege al învăţământului superior, redactat de Consiliul profesoral al Facultăţii de Medicină.* — D-l *Prof. Dr. M. Minovici* a fost ales decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti. — Dr. *Ioan T. Niculescu* publică în România Medicală un articol cu următorul subiect: Internatul şi externatul în forma lor actuală sunt instituţiuni perimate sau inutile pentru formarea medicului. — *Prof. Dr. Bălăcescu:* Problema specializării în medicină, (Rom. Med., Mai 1930). — *D-l Prof. Hortolomei* a fost transferat dela Iaşi la catedra de Urologie a Facultăţii de Medicină din Bucureşti. — *D-l Prof. Dr. Dobrovici* dela Facultatea de Medicină din Iaşi a fost transferat la Bucureşti la Catedra de Patologie internă. — *Academia Română* a acordat unul din premiile sale importante d-lui *Prof. Dr. Bacaloglu,* pentru lucrarea sa: „Clinica Medicală". — *D-l Dr. Ţupa* a fost numit profesor la Catedra de Hystologie din Iaşi. — D-l *Prof. Dr. Iuliu Haţieganu* a fost ales rector al Universităţii din Cluj, pe anul 1930. — D-l *Dr. Goia* a fost numit profesor de semiologie medicală la Facultatea de Medicină din Cluj. — S'a creat o catedră de endocrinologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti, care a fost încredinţată D-lui *Prof. C. I. Parhon.* — D-l *Prof. Bacaloglu* titularul catedrei de anatomie patologică a fost transferat la catedra de clinica III-a medicală la Facultatea de medicină din Bucureşti. —

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l *Prof. Dr. Al. Obregia* a organizat un curs liber de Psihiatria medico-legală şi psihologie patologică. Cursurile s'au ţinut în fiecare Joi şi Sâmbătă, la Institutul Medico-legal.

Au publicat cu privire la:

E. — ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. Anton Feier: Băile populare la ţară în Iugoslavia şi la noi, (Rom. Med. No. 5/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Noua reformă sanitară, (Rom. Med. No. 8/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Anteproectul legii sanitare şi de ocrotire, (Rom. Med. No. 9/1930). — *Dr. P. Tomescu:* „Asistentele sociale", (Rom. Med. No. 12/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Şcoala de Asistenţă Socială, (Rom. Med. No. 15/1930). — *Dr. A. Daniel:* Se poate aplica noua lege sanitară? (Rom. Med. No. 19/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Cum s'ar putea face o bună organizare a serviciului sanitar? (Rom. Med. No. 13/1930). — *Dr. G. Bardelly:* Pe marginea discuţiei asupra asistenţei sociale şi medicale, (Noua Rev. Med. No. 6/1930). — *Dr. M. Cănciulescu:* Reflexiune asupra medicilor primari directori de spitale şi asupra consiliilor medicale spitaliceşti, (Mişcarea Medicală No. 8/1930). — *O nouă lege sanitară* pentru ţara Românească a fost întocmită şi promulgată în anul 1930.

S-a scris cu privire la:

F. — CHESTIUNI PROFESIONALE

Dr. P. Tomescu: Medicii şi viaţa publică, (Rom. Med. No. 3/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Anteproectul de lege pentru organizarea corpului medical, (Rom. Med. No. 4/1930). — *Prof. Dr. Iacobovici:* Impunerea capitalului intelectual, (Rom. Med. No. 7/1930). — *Dr. P. Tomescu:* Proectul legii sanitare şi de ocrotire, (Rom. Med. No. 11/1930). — *Dr. State Drăgănescu:* Sugestie într'un sanatoriu peste graniţă, (Rom. Med. No. 12/1930). *Dr. Căpitanovici-Sibiu:* Practica medicală, (Rom. Med. No. 13/1930). — *Dr. State Drăgănescu:* Erori medicale, (Rom. Med. No. 15-16/1930). — *Dr. I. T. Niculescu:* Să ne îngrijim de sănătate, de viaţa şi de riscurile profesionale ale internilor şi externilor de spitale, (Rom. Med. No. 16/1930). — *Dr. Căpitanovici:* Practica medicală, (Rom. Med. No. 23/1930). — *Dr. C. Andreoiu:* Medicii şi libera practică, (No. 24/1930). — *Cursul de perfecţionare al medicilor germani din România* a avut loc între 1—16 Sept. 1930, la Sibiu. — *O secţiune de informaţiuni şi turism medical* a fost creiată de Asociaţia Generală a Medicilor din România.

Au avut loc ca:

G. — CONGRESE—VIZITE—CONFERINŢE—ANIVERSARI

La Cluj s'a sărbătorit cu ocazia împlinirii vârstei de 50 ani şi precum şi 10 ani de activitate profesorală a D-lui *Prof. Dr. Iacobovici.* — D-l *Prof. Dr. G. Marinescu* a făcut un lung voiaj în Europa şi America, ţinând conferinţe în mai multe centri ştiinţifice importante din străinătaate. — D-l *Prof. Dr. Manolescu* a

fost sărbătorit pentru împlinirea a 10 ani de când conduce Institutul Cilnico-Oftalmologic din Bucureşti. — *Soc. Studenţilor în Medicină din Iaşi* şi-a sărbătorit a 33-a aniversare. — D-l *Prof. Léon Bernard* dela Facultatea de Medicină din Paris a ţinut la Bucureşti în Amfiteatrul Facultăţii de Medicină, 4 conferinţe cu următorul subiect: *Luni 31 Martie 1930:* Debutul clinic al infecţiei primare tuberculoase. *Marţi 1 Aprilie 1930:* Localizarea iniţiale perihilare ale tuberculozei pulmonare la adult. *Joi 3 Aprilie 1930*: Tifobaciloza. *Vineri 4 Aprilie 1930:* Premuniţia tuberculozei prin B. C. G. — D-l *Prof. Dr. I. Tănăsescu* a fost sărbătorit cu ocazia aniversării a 20 ani de activitate medicală. — *Prof. Vaquez* dela Facultatea de Medicină din Paris, a ţinut la Bucureşti 4 conferinţe: La 20 Mai: Starea actuală a chestiunei aritmiei. La 22 Mai: Cinematografia aritmiilor. La 23 Mai: Acţiunea cardio-vasculară şi trofică a extractelor endocrine. La 24 Mai: O operă socială „Ajutor cardiacilor". — D-nii *D-ri Bouguet* şi *Dartigue*, chirurgi parisieni, au ţinut în luna Iunie câte o serie de conferinţe despre: Chirurgia restauratoare a figurei, nervotomia retrogasseriană în nevralgia trigemenului, despre mamectomie. — *Al 9-lea Congres* al Societăţii de hidrologie şi climatologie medicală a avut loc în zilele de 18 şi 19 Mai 1930. — *Al 9-lea Congres de O. R. L.* a avut loc la Bucureşti în zilele de 25—26 Oct. 1930. La ordinea zilei: Radiografia în otorino-laringologie. — D-l *Prof. Dr. M. Ciucă* a ţinut la Hamburg şi Paris cursuri asupra malariei, invitat de către Institutul de Medicină Colonială. — *Asociaţia Docenţilor Facultăţii de Medicină din Bucureşti* a decis ţinerea unui ciclu de conferinţe, având ca subiecte „Actualităţi Medicale". — La Congresul Internaţional de paludism din Alger, d-l *Prof. Zotta* şi *Ciucă* au prezentat interesante rapoarte. — La cursurile dela Karlsbad, D-l *Prof. Haţieganu* a vorbit despre Sindromul hiposistoliei cerebrale în afecţiunile cardio-pulmonare. — *Al X-lea Congres de Psihiatrie şi Nemologie* a avut loc la Iaşi în zilele de 12, 13 şi 14 Oct. 1930. — La 17 Oct. a avut loc *Comemorarea Centenarului* lui Carol Davila. — *Congresul naţional de chirurgie obstetrică şi ginecologie* a avut loc în zilele dela 26—28 Oct. la Cluj. — In zilele de 19 şi 20 Oct. s'a sărbătorit primii 10 ani de activitate ai Universităţii din Cluj. — Revista *„Spitalul"* şi-a sărbătorit la 9 Noembrie jubileul de 50 ani. — La al 30-lea Congres francez de urologie din Oct. 1930, chirurgia românească a fost reprezentată prin D-nii *Prof. C. Daniel* şi *Prof. Iacobovici.* — D-l Dr. Pandelescu a fost delegatul României la Conferinţa Uniunei internaţionale contra trachomului. — *La a II-a reuniune a Presei Medicale Latine* care a avut loc dela 28-30 Sept. 1930, au participat ca reprezentanţi ai României, d-nii *Prof. Danielopolu, Iacobovici* şi *Dr. Iovin.* — *Un voiaj de studii al medicilor higienişti în România,* organizat de secţiunea de higienă a Soc. Naţiunilor, a avut loc dela 1—16 Iunie 1930.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Au avut loc în cursul anului 1930 aceste:

H. — **DECESE ÎN CORPUL MEDICAL**

Dr. A. Manheim din Temişoara, la 31 Ian. 1930. — *Dr. I. Serbulescu* din Craiova, la 15 Febr. 1930. — *Dr. Popescu Cosma,* chirurg primar la Spit Filantropia, Bucureşti, la Febr. 1930. — *Prof. Dr. Toma Tomescu,* profesor de Patologie medicală la Facultatea de Medicină din Bucureşti, la începutul anului 1930. — *Dr. Nicolae Ionescu,* activ colaborator al mai multor reviste medicale româneşti, la 1 Martie 1930. — *Dr. E. Romalo,* la Bucureşti la Martie 1930. — *Dr. I. P. Pleşa,* medic primar al jud. Teleorman, la Mai a. c. — *Dr. M. Walzman* la 1 Mai a c. — *Dr. G. St. Besnea,* asistent universitar, la 20 Iunie la Bucureşti. — *Dr. Ignătescu* (Iacobeni-Bucovina), la Iunie a. c. — *Dr. C. Mărzescu,* chirurg al Spit Spiridonia din Iaşi. — *Dr. Radu Chermbach* (Huşi), la 1 August 1930. — *Dr. Ch. Laugier,* fost inspector general sanitar al Olteniei, la 17 August 1930. — *Medic Colonel Dr. Apostolescu,* medic şef al Spit. Militar. — *Dr. Atanasiu Maga,* medic primar al oraşului Sebeş, la 10 Sept. 1930. — *Dr. I. Kiriac,* fost medic primar al Spitalelor Eforie, la 6 Oct. 1930. — *Doctor Spiru,* fost inspector general sanitar, la Oct. 1930. — *Prof. Dr. C. Severeanu,* întemeietor al chirurgiei româneşti, la 1 Dec. 1930. — *Prof. Dr. George Bogdan.*

Dr. I. R.

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

IV,

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Străine.

Primul congres internaţional de neurologie, va avea loc la Berna, dela 31 August până la 4 Septembrie 1931, cu următoarele rapoarte:

1. *Metodele diagnostice şi terapeutice* (medicale şi chirurgicale) *în tumorile cerebrale.*
2. *Anatomia, fiziologia şi patologia tonusului muscular.*
3. *Infecţiuni acute nesupurate ale sistemului nervos.*
4. *Rolul traumatismului în etiologia simptomelor nervoase.*

* * *

A 6-a sesiune a Consiliului Asociaţiei profesionale internaţionale a medicilor, va avea loc între 9—12 Sept. 1931 la Budapesta.

* * *

Al 7-lea congres al pediatrilor de limbă franceză, se va ţine la Strassbourg, la sfârşitul lunei Septembrie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

* * *

Examenul medical periodic obligator în Anglia. La conferinţa din 1930 a Institutului sanitar regal din Morgat, s'a emis dezideratul ca examenul medical periodic al tuturor cetăţenilor să fie asigurat prin servicii speciale ale Ministerului Sănătăţii.

* * *

Un nou agent terapeutic contra sifilisului?

La Academia de ştiinţe din Paris, a fost prezentată o lucrare asupra *gallium-ului* în tratamentul sifilisului. Autorii lucrării: *Urbain, Levaditi, Tehakirian, Bardet* şi *Vaisman,* au întrebuinţat tartratul, oxidul şi benzoatul de gallium şi au obtinut rezultate remarcabile experimentale pe animale, atât ca efect curativ cât şi ca mijloc preventiv. Aceleaşi rezultate au fost obţinute şi în tripanosomiaze.

* * *

Disciplina medicală profesională în Ungaria.

In Ungaria nu există organizaţiuni impuse de stat, ci o Federaţie medicală ungară eşită din libera asociere a medicilor, echivalând cu Sindicatele franceze. Forţa disciplinară pe care o reprezintă nu este sprijinită de stat ci pe autoritatea morală pe care Federaţia a câşti-

gat-o. Delegaţii Federaţiei medicale Ungare iau parte din oficiu la di verse comitete şi autorităţi în legătură cu marile probleme de higienă şi au în permanenţă un număr de delegaţi în senat. Majoritatea medicilor sunt înscrişi în această Federaţie, care dela 1900 a adoptat un regulament de deontologie medicală strict aplicat.

* * *

In jurul B. C. G-ului. Unii adversari ai B. C. B-ului, foarte puin numeroşi, continuă criticarea vaccinării anti-tuberculoase, folosindu-se de o largă publicitate. Astfel S. A. Petroff dela Institutul Trudeau pentru cercetări şi învăţământul tuberculozei din New-York, a adresat tuturor bacteriologilor mai cunoscuţi, o scrisoare, în care cere o revizuire a problemei B. C. G-ului de către Societatea Naţiunilor.

Incă de multă vreme Petroff, susţine că B. C. G-ul poate fi disociat, în anumite condiţiuni de cultură, în două feluri de colonii pe cari le numeşte R. şi S. Petroff susţine că din acestea, coloniile S pot să-şi recapete virulenţa pierdută. Aceste constatări nu sunt însă acceptate de majoritatea cercetătorilor. De aceia Petroff, cere o vastă organizaţie de experimentare sub supravegherea Ligii Naţiunilor. La scrisoarea lui Petroff, Profesorul Calmette răspunde că lucrările lui Petroff nu-i justifică o competinţă excepţională în materie aşa cum şi-o atribue.

Mai constată că nimeni nu a putut izola din B. C. G. o colonie virulentă. Acceptă orice experienţe «pe care le-a provocat totdeauna, le-a cerut şi le-a repetat personal cu toată perseverenţă, fiindcă nu urmăreşte alt scop decât stabilirea adevărului». Cere însă ca Liga Naţiunilor dacă va crede cu cale, să stabilească programul experienţelor şi să decidă asupra laboratoriilor unde să aibă loc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Şi-a pierdut serul antidifteric activitatea?

Cercurile medicale franceze şi belgiene, sunt preocupate de chestiunea aceasta. Două comunicări importante au fost făcute asupra acestui subiect, una de *Prof. Jean Minet* din Lille şi cealaltă de *Prof. Lignières* la Academia de Medicină din Paris.

Profesorul Minet, pune astfel chestiunea: Este mai eficace serul belgian decât serul francez? Pentru a elucida chestiunea întrebuinţează serul francez pe un lot de copii bolnavi din Noembrie 1929 până în Martie 1930. Cu acest ser întrebuinţat în cantitate mare (400 cmc. în medie de fiecare bolnav) are o mortalitate de 20%, datorită în mare parte complicaţiilor cardiace. Fenomenele generale şi locale în cazurile vindecate se amendează încet.

Pe un alt lot de copii, în cursul aceleeaşi epidemii de difterie dela 12 Martie 1930 până în Mai 1930, întrebuinţează ser belgian. Cu acest ser întrebuinţat în cantitate de 57 cmc. în medie pentru fiecare bolnav, are o mortalitate de 5%, iar în cazurile vindecate, o modificare rapidă a fenomenelor generale şi locale. Profesorul Minet, cere o examinare a chestiunei de către cercetătorii francezi,

La această chestiune Prof. Lignières comunică la Academia de Medicină din Paris două note. Din ambele ajunge la următoarele conclusiuni. Aproape toate laboratoriile din lume întrebuinţează suşa izolată acum 36 ani de Williams. Intreţinută artificial, această cultură pierde dealungul anilor calitatea patogenă păstrând pe cea toxigenă. Ori bacilul difteric este şi loxigen şi patogen. In acest caz, serul ce se întrebuinţează trebue să aibe şi o acţiune bactericidă. Prof. Lignières mai cere fabricarea de seruri concentrate şi controlul serurilor antidifteric şi antitetonic. Comunicările sunt redate amplu în *Siècle Médical*, No. 88 din 1931.

* * *

Profesorul Iadassohn la Paris. Ilustrul dermato-sifiliograf, Prof. Iadassohn este primul profesor german invitat oficial să ţină o serie de cursuri la Facultatea de medicină din Paris.

La clinica dermato-sifiligrafică din Spitalul St. Louis, prof. Iadassohn, salutat de decanul facultăţii Prof. Balthazard şi de Prof. Gougerot, a ţinut 3 lecţiuni, tratând despre:

1. *Toxidermiile hematogene.*

2 *Raporturile alergiei, numărului de microbi şi structura histologică în maladiile infecţioase cronice.*

3. *Câteva chestiuni actuale de sifiligrafie.*

a) profilaxia personală;

b) rolul constituţiei în evoluţia sifilisului;

c) raportul între tratamentul precoce şi tabes, paralizie generală, aortită.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sooietatea de pediatrie din Paris, a ales presidentă a societăţii pe anul 1931—32, pe D-na Nageotte-Wilbouchevitch, în locul D-rului Terrien, care şi-a îndeplinit mandatul.

Prof. Lereboullet a fost ales în unanimitate vice-preşedinte.

* * *

Modificarea metodei de întinerire Steinach.

Le Siècle Medical, publică după Pfluegers Archiv, rezumatul unui articol al Prof. I. Michailowsky care a modificat operaţia Steinach. După părerea Prof. Michailowsky, atrofia canaliculelor seminifere datorite ligaturii canalului deferent este o cauză care face ca «întinerirea» să fie aparentă. Propune deci ligatura în bloc a testiculului la nivelul unirii terţului mijlociu cu terţul inferior, reducând astfel testiculul la jumătate. Rezultatele obţinute până acum au fost mulţumitoare. In polul blocat se produce fenomenul urmărit de Steinach, iar în polul superior o exagerare a funcţiunilor endo şi exocrine ale testiculului

* * *

Inhibiţia mintală la copii

Doctorul Gilbert Robin comunică la Academia de Medicină rezultatul cercetărilor sale asupra copiilor cari prezintă o inhibiţie mintală, cauză de multe ori de înapoiere şcolară. Arată că până aci se

cunoştea numai inhibiţia emotivă. Din cercetările făcute, arată că la copii mai poate exista o inhibiţie datorită unei stări epileptice sau epileptoide. Depistarea acestei stări este extrem de dificilă în absenţa unei crize nete de epilepsie. Constatată însă se vindecă prin tratament şi astfel una din cauzele inhibiţiei mintale la copii îşi găseşte lămurirea şi vindecarea. Autorul propune că şi în aceste cazuri, ca în epilepsia francă, să se administreze gardenalul (luminalul), alăturând la tratament, chiar în absenţa probelor de sifilis şi o cură arsenobenzolică. mercurială sau bismutică.

* * *

Despre operaţiuni la cardiaci

Invitat de Societatea de chirurgie din Paris, Prof. Vaquez a vorbit despre condiţiunile cari trebuesc împlinite în operaţiuni la cardiaci. Asupra explorării funcţionale înainte de operaţie, Prof. Vaquez crede că aceste cercetări dau rezultate complexe cari nu pot fi judecate printr'o ecuaţie.

Luând pe rând turburările de ritm, arată că în afară de cazurile de însoţire cu deficienţă cardiacă, acestea nu contraindică operaţia. Numai aritmia complectă dă un prognostic complex dar de multe ori cu rezultate bune.

Bradicardia datorită disociaţiei auriculo-ventriculare trebue privită cu mai multă teamă.

Lesiunile orificiale nu sunt redutabile când nu se însoţesc de slăbire a miocardului.

Anestesia locală şi rachianestesia au defectul că nu izolează bolnavul de mediul înconjurător şi nu-i suprimă teama. Asupra fricei bolnavilor Prof. Vaquez insistă arătând că frica la cardiaci sau cu cordul sănătos poate da cele mai grave accidente provocând un blocaj al cordului.

Cardiacii trebuesc vindecaţi de frică şi operaţia nu va da accidente. Aceasta este noţiunea fundamentală expusă de Prof. Vaquez care de altfel îşi încheie conferinţa amintind de cuvintele D-rului Arson: *„Nu-mi place să operez persoanele fricoase"*.

Româneşti.

D-l Prof. Dr. Gerota, a făcut la Academia Română în şedinţa din 18 Februarie, o foarte interesantă comunicare, arătând pe baza experienţelor personale de 22 ani şi pe 3000 cazuri, cum *mobilizarea precoce a operaţilor* se impune ca o imperioasă necesitate.

Coborîrea precoce din pat după operaţie, D-sa o recomandă încă din 1906, în diferite şedinţe ale Soc. de chirurgie. Arătând avantagiile precauţiunilor post-operatorii d. Prof. Dr. Gerota spune că trombusurile — aceste embolii care sunt spaima chirurgilor — se declară cu uşurinţă, dacă pacientul nu mişcă (spazieren im Bett) membrele şi trunchiul în pat, în decursul primelor 12 ore şi dacă nu părăseşte patul după 24 de ore, până când organismul nu recapătă echilibrul fiziologic.

In congresul internaţional de chirurgie, ţinut anul trecut la Varşovia, s'a evidenţiat că stagnarea sângelui prin nemişcare şi tensiunea arterială prin nenutrire sunt factori determinanţi ai trombozelor, Evitând trombozele, se evită emboliile.

In concluzie, d. Prof. Gerota îşi exprimă convingerea a priori că nemişcarea după operaţii contribue la slăbirea organică.

* * *

Societatea de radiologie şi electrologie medicală din România a ales următorul comitet pe anul 1931: Preşedinte de onoare: Prof. Dr. Gerota. Consiliu de Direcţie: Prof. Dr. Negru. Conf. Dr. Severeanu şi Dr. Giurea. Comitetul: Preşedinte Dr. Buşilă. Vice-Presidenţi: Dr. Ghimus şi Dr. Pop Leonida. Secretar General: Dr. Ionescu V. Casier: Dr. Meller O. Bibliotecar: Dr. Brancovici. Secretari de şedinţă: D-ra Dr. Tănăsescu şi Dr. Caracota.

* * *

D-l Dr. N. Gh. Lupu, a fost numit Profesor de Anatomie Patologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

* * *

Asociaţia Medicilor Români din Paris şi-a ales următorul comitet pe anul 1931: Preşedinte: Dr. P. Şerbănescu. Vice-Preşedinte: Dr. V. Zigura. Secretar General: Dr. N. Constantinescu. Secretar: Dr. N. Angelescu. Casier: Dr. P. Iliescu. Membrii în comitet: Dr. Ionescu-Şişeşti, Dr. P. Constantinescu, Bonciu şi I. Georgescu. Sediul Asociaţiei: 28 Rue Serpente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

D-l Prof. Dr. Gheorghiu a fost sărbătorit Duminică 15 Martie printr'un banchet care a avut loc la Athenée Palace. Au luat parte un mare număr din profesorii Facultăţii de medicină din Bucureşti şi Iaşi, precum şi delegaţi ai Filialelor Asoc. G-rale a Medicilor.

* * *

Pentru al II-lea Congres de Patologie Comparată, care va avea loc la Paris, s'a ţinut sub preşidenţia D-lui Prof. Dr. Cantacuzino şedinţa de constituire a biroului românesc. S'a discutat asupra chestiunilor, ce se vor comunica la acest congres şi la urmă s'a ales biroul în felul următor: Preşedinte: D-l Prof. Dr. Cantacuzino. Vice-Presidenţi: Dr. Ionescu Brăila şi Inspector general zootechnic P. Taraza secretar.

* * *

D-l Prof. Dr. Jean Louis Faure, a ţinut la Facultatea de medicină din Bucureşti, o serie de conferinţe.

* * *

D-l Prof. Dr. Danielopolu, a făcut mai multe comunicări interesante în faţa societăţilor savante din străinătate. La Paris D-sa a prezentat la Academia de medicină o lucrare despre *Indicaţiile şi*

technica Simpatectomiei cervicale. D-sa a mai ţinut două conferinţe la Barcelona şi două la Praga, ducând astfel peste graniţe renumele ştiinţei medicale româneşti.

* * *

Liga Sănătăţii Publice s'a constituit Duminecă 29 Martie în Amfiteatrul Haret al Facultăţii de Ştiinţe din Bucureşti, sub preşedinţia D-lui Dr. S. Irimescu şi a unui Comitet de direcţie.

* * *

Al 10-lea congres balnear român va avea loc în zilele de 16—18 Mai crt.

* * *

Misiunea ştiinţifică a D-lui Prof. Dr. Marinescu în străinătate

Intr'una din revistele străine D-l Prof. Dr. Marinescu publică impresiuni de călătoria ştiinţifică pe care D-sa a făcut-o la Viena. Geneva, Uraguay şi Argentina.

Plecat la 22 Mai 1930 din Bucureşti, s'a oprif la Viena unde la societatea de biologie a vorbit despre *degenerescenţa şi regenerescenţa nervoasă.* Invitat la societatea de Psihiatrie din acelaş oraş de către Prof. von Economo, a vorbit despre *oftalmoneuromyelită şi raporturile acestei rare maladii cu maladia lui Schilder.*

Presa vieneză a publicat dări de seamă elogioase asupra conferinţelor ţinute şi asupra D-lui Prof. Marinescu.

Dela Viena, D-l Prof. Marinescu a plecat la Geneva unde a vizitat institutul de Biotypologie datorit iniţiativei renumitului endocrinolog Prof. Nicola Pende.

Tot la Geneva a vorbit despre: *Noi cercetări asupra mecanismului biochimic al senilităţii şi intinéririi.*

Academia de Medicină din Geneva în urma propunerii Prof. N. Pende a ales membru onorific pe D-l Prof. Marinescu.

Biblioteca Central University Library Cluj

De aci D-l Prof. Marinescu a plecat în Argentina unde fusese invitat oficial de Facultăţile de Medicină din Buenos Aires, Rosario, Cordoba.

In afară de chestiunile curente pe cari le-a expus în clinicile de acolo tratând despre *maladiile cu ultra virus, patogenia artropatiilor tabetice, cytoarchitectonica funcţiunilor creerului, acţiunea fiziologică a mescalinei,* chestiuni asupra cărora D-l Prof. Marinescu şi colaboratorii D-sale au numeroase şi importante lucrări

Importanta revistă medicală »Semana Medico» a dat o recepţie în onoarea D-sale şi i-a oferit o medalie de aur comemorativă.

La Institutul de cancer din Buenos Aires, D-l Prof. Marinescu a vorbit despre *adenocarcinomul hipofizei.*

La Facultatea de Medicină din Rosario a expus cunoştiinţele actuale asupra *Constituţiei umane* după lucrările şcoalei italiene.

La Cordoba, invitat de societatea de Neurologie şi Psihiatrie, a vorbit despre *importanţa structurii coloidale a elementelor constitutive ale neuronului.*

In timpul când traversa America, D-l Prof Marinescu a primit o invitaţie din partea Facuităţii de Medicină din Montevideo. Aci a vorbit daspre *problema metasifilisului.*

Nu am enumerat decât în parte numeroasele conferinţe, cursuri şi lucrări practice făcute de D-l Prof. Marinescu în călătoria D-sale medicală.

Prin aceasta D-l Prof. Marinescu a făcut cea mai frumoasă propagandă în străinătate pentru ştiinţa medicală românească şi a lărgit şi mai mult renumele de care D-sa se bucură în lumea medicală de pretutindeni.

* * *

Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova a ţinut o şedinţă extraordinară în seara zilei de 26. IV. a. c., în onoarea D-lui Dr. S. Irimescu, Directorul General a societăţii pentru Profilaxia Tuberculozei,

venit în localitate pentru a conferenţia la societatea Prietenii Ştiinţei despre Liga Sănătăţei Publice

Domnul Medic *General Dr. August Vasilesca,* preşedintele Cercului Medico-Farmaceutic, a rostit în numele Cercului Medico-Farmaceutic, următoarele:

Domnule Doctor şi distins Oaspe,

Sunt fericit că mi.a fost hărăzit ca în calitate de preşedinte al acestui cerc şi ca interpret fidel al sentimentelor de dragoste colegială, de profunda şi sincera admiraţiune pentru D-voastră, să vă zic: «fiţi binevenit în mijlocul nostru, în casa noastră»

Ne simţim foarte onoraţi de a saluta în persoana D-voastră, Domnule Doctor, pe cel mai de frunte şi mai statornic pionier, pe stegarul în lupta contra celui mai teribil flagel al omenirei, în care de atâţia ani, fără a fi descurajat de apatia morală şi sufletească a semenilor săi, surzi şi orbiţi numai de satisfacerea egoistă a intereselor lor, duceţi, aproape singur cu autoritatea D-voastră morală şi ştiinţifică şi cu chezăşia ce vă dă o vastă experienţă în această materie, lupta de dezrădăcinare a tuberculozei, atât de adânc pătrunsă în tot ce are mai faînic şi mai viguros neamul nostru. Noi, din acest colţ al României întregite, unde omogenitatea etnică, sufletească şi morală s'a păstrat aproape neştirbită, vă urmărim cu dragoste şi admiraţiune munca titanică a D-voastră şi ne vom simţi fericiţi să putem da fiecare obolul nostru de contribuţie pentru deplina reuşită şi cu un ceas mai de vreme, a acestei nobile şi înălţătoare opere de medicina socială.

D-l *Dr. S. Irimescu* a mulţumit pentru urările făcute, şi a căutat să explice în câteva cuvinte rostul, importanţa şi mecanismul funcţionărei Ligei Sănătăţei Publice aşa cum înţelege Domnia-Sa, exprimându-şi totdeodată dorinţa ca din această cetate a banilor—origina atâtor iniţiative lăudabile—să se pună bazele primei filiale a Ligei Sănătăţei Publice din ţară.

In entuziasmul unanim, se procedează de îndată la încheerea unui proces-verbal de constituire a filialei Craiova, constituindu-se ca membrii fondatori toţi membrii prezenţi. Se hotărăşte a se interveni pe lângă toate societăţile culturale din localitate pentru adeziune. Se alege, în mod provizoriu, un comitet de conducere compus din trei persoane după cum urmează:

1) Preşedintele Cercului Medico-Farmaceutic,
2) Preşedintele Societăţei Culturale Prietenii Ştiinţei,
3) Preşedinfele Soc. pentru Profilaxia Tuberculozei filiala Craiova

Ca prim fond de acţiune şi organizare. donează:

D-l Dem. Stoenescu, decanul baroului Dolj, lei 2000 personal, lei 2000 din partea baroului şi 2000 din partea Societăţei Prietenii Ştiinţei. al cărei preşedinte este. Se mai adaogă lei 2000 din partea Cercului Medico-Farmaceutic.

In semn de omagiu, D-l Dr. S. Irimescu, este aclamat preşedinte de onoare al Ligei Sănătăţei Publice filiala Craiova, şi al Cercului Medico-Farmaceutic.

* * *

Facultatea de medicină din Paris institue „numerus clausus" pentru români

Decanatul facultăţii de medicină din Paris, a trimis facultăţii de medicină din Bucureşti, următoarea adresă:

«In prezent sunt la această facultate 511 studenţi români, dintre cari 436 cer să li se dea diploma de stat. Această situaţie nu mai poate dăinui deoarece din aceşti 436 de studenţi mai mult de 400 se vor instala în Franţa peste cinci ani când vor obţine diploma.

Suntem ameninţaţi de a se veni cu o lege care să pună o stavilă exercitării medicine, în Franţa de către străini, lege care va îngloba şi pe români.

Am dori să se respecte privilegiul românilor, dar pentru aceasta el trebue limitat.

Am căutat să ne dăm seamă de origina studenţilor români dela noi. Cercetând dosarele am constatat că din cei 436 de români, 20 la sută sunt originari din noulle teritorii româneşti.

Prin urmare, afluxul de studenţi nu se datoreşte mărirei teritoriului României.

Dar am mai constaţat, că din cei 436 de studenţi români, 85,2 la sută sunt evrei.

Nu vrem să cercetăm motivul acestei selecţii care trebuie să înceteze.

Ni s'a spus că majoritatea acestor evrei nu sunt cetăţeni români, că nu sunt alegători şi că nu fac serviciul militar. Este exact acest lucru ?

Dacă este aşa, va fi uşor să refuzăm înscrierea lor şi să intrăm în ordine.

Legaţia universitară nu ne-a confirmat însă aceste indicaţiuni.

Ni s'a spus că toţi evreii, chiar şi altă dată, au fost obligaţi la serviciul militar.

Ni s'a mai spus că dela 3–3 cea mai mare parte dintre evrei se bucură de toate drepturile cetăţeneşti.

Dacă e aşa, nu vedem decât o singură soluţie: să se institue la facultatea de medicină din Paris un «numerus clausus» pentru studenţii români cari vor să folosească diploma de stat francez.

De exemplu, se vor primi în fiecare an un maximum de 30 studenţi români, dintre care 20 la Paris. Selecţiunea se va face de către o comisiune franco-română, care se va compune, pe lângă agenţi diplomatici, din profesorii celor două facultăţi de medicină franceză şi română.

V'am rămâne îndatoraţi dacă ne-aţi spune gândul d-v., căci n'am vrea să întreprindem nimic fără a fi de perfect acord cu d-v.».

Această adresă este semnată de d. Prof. Dr. Balthazard, decanul facultăţii de medicină din Paris. Ea a fost înaintată de facultatea noastră de medicină, Ministerului instrucţiunii.

D. Ministru Costăchescu, a pus pe această adresă, următoarea rezoluţie:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

«Se va răspunde facultăţii de medicină din Bucureşti, că Ministerul acceptă a funcţiona la Paris o comisiune mixtă care, în fiecare toamnă, să facă selecţiunea printrun examen, a acelora cari vor putea fi înscrişi la facultatea de medicină din Paris».

* * *

Serbătorirea D-lui General Dr. Vicol

Comitetul Central al Asociaţiei generale a medicilor, de comun acord cu Inspectoratul General sanitar al armatei au hotărît, cu ocaazi împlinirei a 70 ani, să sărbătorească printr'o masă colegială pe D-l Medic General Dr. N. Vicol, fost preşedinte al Asociaţiei generale a medicilor, fost şef al Serviciului sanitar al armatei, în timpul marelui război, iar în prezent preşedinte al Societăţei de Hidrologie medicală şi Climatologie.

Dată fiind personalitatea sărbătoritului, Asociaţia g-rală roagă pe preşedinţii filialelor, să aducă aceasta la cunoştinţa d-lor medici din oraşe şi judeţe, desemnând totodată, delegaţii filialei colectivecari să participe.

Masa colegială va avea loc Duminecă 17 Mai a. c. orele 8 seara, în sala Cercului militar din Bucureşti.

Cotizaţia fiecărui comesean este de lei 400.

Adeziunile, însoţite de cotizaţiuni, se primesc la sediul central al Asociaţiei din strada Isvor No. 16, cel mai târziu până în seara zilei de 14 Mai corent.

* * *

Conferințele asupra „Actualităților medicale“ organizate de „Asociația Docenților de la Facultatea de Medicină“ (*)

Sâmbătă 2 Maiu — Dr. G. BANU: **Igiena socială a tineretului.**

Marți 5 Maiu — Dr. S. DRĂGĂNESCU: **Infecțiunile neurotrope în lumina noilor cercetări.**

Sâmbătă 16 Maiu — Dr. STROMINGER: **Complicațiile genitourinare ale colibacilozei.**

Marți 12 Maiu — Dr. G. CRĂCIUN: **Contribuția culturilor de țesuturi la studiul experimental al cancerului.**

Sâmbătă 9 Maiu — Dr. M. NASTA: **Câteva date noi asupra biologiei bacilului tuberculozei.**

Marți 19 Maiu — Dr. I. DANIEL: **Orientări noui în bolile de nutriție.**

Sâmbătă 23 Maiu — Dr. I. PAVEL: **Clasificarea icterelor.**

Marți 26 Maiu — Dr. M. POPPER: **Supurațiile pulmonare.**

Sâmbătă 30 Maiu — Dr. DAN TEODORESCU: **Tratamentul chirurgical al ulcerilor cronice ale gambei.**

Conferințele vor avea loc în amfiteatrul mare al Spitalului Colțea la ora 9 seara.

* * *

Primul Congres Național de tuberculoză

Biblioteca Universității „Babeș-Bolyai“ Cluj

București 21, 22, 23 Iunie 1931

Sub Inaltul patronaj al M. S. Regelui

Chestiuni la ordinea de zi a congresului

1. — Raportor: Dr. S. IRIMESCU: **Tuberculoza în România.**

Coraportori: Prof. MANICATIDE: **Tuberculoza la copil.** — Dr. GH. BANU: **Tuberculoza în școală.** — G-ral Prof. BUTOIANU: **Tuberculoza în armată.** — Col. Dr. BĂLĂNESCU: **Tuberculoza în armată.** — Dr. BELCIUGĂȚEANU: **Tuberculoza la C. F. R.** — Dr. M. NASTA: **Tuberculoza în mediul industrial.**

2. — Raportor: D-l Profesor CANTACUZINO: **Vaccinarea antituberculoasă cu vaccinul B. C. G.**

3. — Raportor: D-l Profesor BĂLĂCESCU: **Tratamentul chirurgical al morbului lui Pott.**

4. — Raportori: Dr. BĂLĂNESCu și Dr. THEODOREANU: **Colapsoterapia.**

Coraportori: Dr. POPPER și Dr. VEBER: **Complicații și incidente.** — Dr. COSĂCESCU: **Colapsoterapia chirurgicală.** — Dr. AMILCAR GEORGESCU: **Indicații și contraindicații radiologice în instituirea colapsoterapiei.**

---

*) Aceste conferințe se vor publica în numerile viitoare ale Revistei „Mișcarea Medicală“, precum se vor imprima și în volum aparte în editura revistei.

Programul

Ziua I-a. — 21 Iunie. — (Şedinţa de deschidere în sala Ateneului Român).

Ora 9: Constituirea Biuroului congresului. — **Ora 10:** Deschiderea Congresului. — Cuvântarea Preşedintelui. — Cuvântările reprezentanţilor autorităţilor şi diverselor asociaţii. — **Ora 10 jum.:** Raportul D-lui Dr. Irimescu. — Tuberculoza în România.

După amiază. — (Sala Ateneului Român).

Ora 4 p. m.: Raportul D-lui Prof. I. Cantacuzino. — Vaccinarea antituberculoasă cu B. C. G.

Ziua II-a. — 22 Iunie. — (In amfiteatrul Institutului V. Babeş).

Ora 8 jum. a. m.: Corapoarte la prima chestiune: „Tuberculoza în România". — **Ora 10 jum.:** Comunicări şi discuţii la primul raport. — **Ora 11,45:** Comunicări şi discuţiuni la al II-lea raport: „Vaccinarea antituberculoasă cu B. C. G."

După amiază. — (Amfiteatrul Institutului V. Babeş).

Ora 4 p. m.: Raportul D-lui Prof. Bălăcescu: „Tratamentul chirurgical al Morbului lui Pott". — **Ora 5 jum.:** Corapoarte, comunicări, discuţii. — **Ora 9 seara:** Masa comună.

Ziua III-a. — 23 Iunie. — (In amfiteatru Institutului V. Babeş).

Ora 8 jum. a. m.: Raportul D-lor D-ri Theodoreanu şi Bălănescu: „Colapsoterapia". — **Ora 10¼:** Corapoarte la colapsoterapia. — **Ora 11 jum.:** Comunicări şi discuţii.

După amiază: Vizita la diferite instituţii.

* * *

Ministerul Instrucţiuni Publice a aprobat cu Nr. 74553 | 931 pe baza examenului dat în conformitate cu dispoziţiunile art. 74 din legea învăţământului superior, numirea D-lui *Dr. I. V. Bistriceanu* din Spitalul Central „Regina Elisabeta" din Bucureşti pe ziua de 1 Iunie 1931 ca *Docent în specialitatea „Agenţii fizici în tratamentul maladiilor sistemului nervos"* la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

Prin chiar definiţie în această galerie nu pot fi admise decât tablouri, din cari cu ideea eloquentă a subiectului de inspiraţie medicală să se desprindă ceva din nota specifică românului.

Relatarea de fapte banale se exclude deci dela sine; se face excepţie pentru cele cari vor prezenta o valoare de document istoric prin culoarea lui epocală sau regională.

De aceea şi este săracă până în prezent această expoziţie pentru compuneri pe subiecte de teză, în cari nu au acces la pereţi decât tablourile concepute dupe natură şi în anumite condiţiuni de observaţie.

Din culorile mai vii sau mai şterse ale tablourilor expuse până în prezent se desprinde mai mult o nuanţă de humor şi satiră decât de contemplare simplă sau extatică, pentru-că pe pictor sau pe fotograf îl impresionează de obiceiu un caracter, care în sensul perfecţiunei sau al caricaturei se abate dela normal şi caricaturalul medical românesc este foarte desvoltat.

Dar prezentul, cu surprizele lui, ne-a dat ocazia fericită de a întâlni şi un

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

„Medic român desăvârşit"

şi încă pe prototipul lui adică pe acela ideal, etalon, la care desăvârşirea caracterelor de medic, de român şi de om (cum este înainte de toate şi unul şi altul, medicul prin vocaţie românul prin calităţile rasei), să atingă perfecţia.

Este vorba de D-l

Prof. Dr. I. Cantacuzino
Ministru al sănătăţii publice

care

Ca **om**—*este tot ce poate fi mai complect, căci are la perfecţie desvoltate acuitatea minţii, căldura simţurilor şi nobleţea inimei.*

Să spună marea familie a prietenilor şi celor care îl înconjor dacă «ceva din ce este omenesc este străin de sufletul lui».

Ca **medic**—*dar raţiunea de a fi a acestuia nu este înainte de toate de a preveni şi combate boalele?—ceea ce prin însăşi specializarea sa o face* biologul; *şi să caute mereu să se desăvârşească?—cea ce prin muncă de câte-va decenii necurmat ambiţionează* savantul; *ca să se înveţe pe el şi dupe el pe alţi?—cea ce cu prisosinţă realizează* profesorul; *iar ca să se asigure şi o continuitate nobilei străduinţe,* maestrul *n'a înfiinţat o sănătoasă şcoală, pe ale cărei viguroase vlăstare cu grija grădinarului le-a sădit şi cultivat? — şi*

ca asupra tutulora, mai apropiaţi sau mai depărtaţi, să se plece cu înţelegere deplină şi adâncă iubire nu înseamnă că la toate calităţile omului superior s'au adaos şi toate însuşirile medicului de elită ?

Ca **român,** *dar aci credem a fi descoperit în D-l Dr. Cantacuzino nota specifică, dupe care alergăm, dusă la treapta ei cea mai înaltă de expresie:* boer de viţă *cu rădăcinile neamului înfipte adânc în pământul şi în trecutul acestui popor, de unde* dragostea lui nemăsurată de ţară, daniile *şi* iubirea lui protectoare *pentru lumea, care îl înconjoară; de unde* cinstea adâncă *a vechiului boer pământean; de unde* latura artistică *a sufletului său de român, care se naşte şi puţintel poet; de unde* vioiciunea simţurilor *şi* înălţimea concepţiunilor *sale în ştiinţă şi viaţă; şi* claritatea expresiunii *şi putinţa de a* da acţiunilor *sale şi* repede forma cea mai desăvârşită *şi* lipsa de trufie *(la D-sa merge până la modestie) toate ale* **latinului** *cari îi dau această* inclinaţie firească pentru rasa galică.

Articolul acesta nu are de scop să facă elogiul D-lui Prof. Dr. I. Cantacuzino, cu atât mai puţin al **ministrului,** şi nici să exprime satisfacţia — şi motivele de ce — simte **corpul medical românesc de a-l avea în cap** şi ţara românească de a i se fi încredinţat lui de către Ligă postul de **Director al Sănătăţii Naţiunilor.**

Pentru acestea trebueşte alt loc şi altă ocazie.

Scopul acestui portret scris a fost de-a îmbogăţi cu încă unul galeria specificului medical românesc şi credem că actualitatea propice; ne-a prilejuit ocazia celui mai fericit motiv de inspiraţie, chiar dacă potrivirea tonurilor nu s'a putut face dupe toate regulele favorisării clarului prin repartiţia obscurului în lipsă.

Portretul sau **fotografia,** care ar fi redat mai bine multe din trăsăturile sale nobile şi ar fi reflectat seninătatea savantului, nu l-am dat; şi nu din scrupule de portretist, dar pentru că ar fi trebuit să-l aşezăm în fruntea revistei, iar nu în acest articol de coadă destinat prin chiar înţelesul lui să vină întotdeauna dupe activitatea medicului român.

In schimb i-am dat **numele;** de data aceasta desigur nu pentru controlul, pentru care pe şleau sau pe ocolite obicinuesc a-mi identifica schiţele, ci ca un **omagiu destinat şi numelui cu care este împletită istoria ţării noastre.**

Mai văd o asemănare românească şi în **aranjamentele ministeriale ale providenţei,** care ca şi în tot trecutul nostru a intervenit potrivind astfel lucrurile ca dupe vremuri de restriste să vie şi timpuri bune, găsindu-ne în ceasul din urmă omul, care ne trebue.

Şi tot românească prin toate perspectivele ei multiple potrivirea în galeria aceasta, ca şi în viaţa românească de toate zilele, ca **alături de caricaturi să fie aşezat un tablou grandios.**

Dr. M. Cânciulescu.