ANUL AL VII-lea. No. 4-5/1934.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARA DE MEDICINA GENERALA

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU — PROF. C. DANIEL — PROF. D. DANIELOPOLU — PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADITI — PROF. G. MARINESCU — PROF. I. NANU-MUSCEL

DIRECTOR: DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACŢIE:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU — D. HESS.-LEONEANU.
Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.
Cancer: AGREG. A. BABEŞ-AGREG. I. JIANU
Chirurgie: PROF. I. IACOBOVICI — M. BACULESCU — AGREG. T. NASTA.
Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifiligrafie: PROF. S. NICOLAU — V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC. PAVEL-AGREG SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farmacie: PROF. A. LUDWIG — DR. N. PETRESCU.
Farm.-Terapeutică: AGREG. G. BĂLTĂCEANU
Genito-Urinare: DOC. A. DANIEL.
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Infecţioase: PROF. M. CIUCA — AGREG. T. MIRONESCU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. Exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂEŞTI, S. NICOLAU (INST. PASTEUR—PARIS).
Medicina legală: PROF. M. KERNBACH.
Medicina Militară: GL. A. VASILESCU — COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU — AGREG. D. PAULIAN.
Nutriţie: DOC. I. DANIEL — AGREG. G. LITARZECK — CONF. C. RADOSLAV.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL.
Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEMPEA — DOC. I. ŢEŢU - DOC. D. VASILIU.
Pat. Internă: PROF. I. HAŢIEGANU — PROF. N. LUPU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE — ANGHEL DANIEL.
Fisioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU — DOC. A. GEORGESCU — DOC E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV — DOCENT M. NASTA — T. VOICULESCU.

Secretari de Redacţie: I. ROSENSTEIN — I. VASILESCU.

Redacţia şi Administraţia:
Craiova
Str. Sf-ţii Arhangheli, 9

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIN

SUMARUL No. 6/1934

— TUBUL DIGESTIV —

care va apare prin îngrijirea D-lor *Agregat D. Simici* şi *Docent I. Pavel:*

Agregat D. SIMICI şi Docent I. PAVEL: **Revista generală de patologie digestivă pe ultimii ani.**

Prof. D-r GH. TUDORANU: **Aplicaţiile apelor minerale în boalele de intestine.**

Prof. D-r I. GOIA şi T. SPÂRCHEZ: **Consideraţiuni asupra parasitozelor intestinale.**

Agregat D. SIMICI: **Diagnosticul precoce al cancerului gastric în starea actuală a cunoştinţelor medicale.**

Agregat GH. BĂLTĂCEANU: **Atonia cecală.**

Docent D-r D. I. VASILIU: **Contribuţiuni la tratamentul esofagitelor toxice acute.**

Docent AMILCAR GEORGESCU: **Relieful mucoasei gastrice.**

Docent GH. NICULESCU: **Tratamentul boalelor de stomac cu ape minerale româneşti.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Docenţi I. ŢEŢU şi I. IOVIN: **Consideraţiuni clinice în legătură cu diagn. şi trat. cancerului esofagian.**

Docent I. PAVEL şi D-r I. FLORIAN: **Recto-Sigmoiditele cronice.**

I. GROSSMAN: **Dispepsiile colitice.**

I. DUMITRESCU POPOVICI: **Dificultăţi în diagnosticul clinic şi radiologic al ulcerului duodenal.**

AL. BORCESCU: **Tratamentul medical al ulcerelor gastro-duodenale.**

Abonament anual
250 Lei

Redacţia şi Administraţia:
„Mişcarea Medicală Română"
Str. Sf-ţi Arhangheli, 9
Craiova

CRONICA

D-l D-r I. Glăvan într'un fragment dintr'o monografie, care va trebui să fie întregită, arată că **Iosif Ruja** a fost **Primul chirurg al spitalului din Oradea,** spital înfiinţat în anul 1806 şi care reprezintă una dintre cele mai vechi aşezăminte spitaliceşti din Ardeal.

Autorul reproduce 3 chitanţe autentice, cari constituesc date iconografice importante în istoricul medicinei din Ardeal în secolul trecut.

Dupe nume, care a fost găsit în multe comune din Bihor, Iosif Ruja trebue să fi fost de naţionalitate română şi înrudit cu un alt medic român bănăţean, Gheorghe Roja, care a practicat medicina până la 1847, data morţii sale, în Temişoara şi Oraviţa.

D-nii Conf. D-r T. Saragea şi D-r I. Predescu au studiat **Viscozitatea sângelui în hipertensiunea arterială** şi au găsit-o în 15 cazuri din cele 25 de cazuri studiate, în limite normale; în 2 cazuri sub normal şi în 8 cazuri era crescută.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Complicaţiunile renale şi cardiace, frequente în hipertensiunea arterială şi cari contribue ele înşile a modifica viscozitatea sanguină, fac pe autori să se ţină în rezervă şi să nu poată trage conclusiuni ferme din interpretarea acestor rezultate discordante.

D-l D-r Walter, isbit de paloarea galbenă-verzue a tegumentelor scopiţilor, a cercetat **Sângele roşiu la castraţi,** la 66 atinşi de diferite boale şi la 10 complect sănătoşi; şi a găsit la cea mai mare parte dintre ei o anemie foarte accentuată, de tip hipochrom.

Autorul, care a obţinut bune rezultate prin tratamentul cu doze mari de fer şi opoterapie asociată, socoteşte aceste anemii de tip clorotic a fi datorate turburărilor endocrine provocate de castraţie; mai face o distincţie netă între starea psihică (temperamentul), faciesul şi metabolismul general al acestor castraţi şi fetele clorotice, de care îi apropie numai tabloul sanguin asemănător.

D-l Conf. V. Tempea şi D-r M. Lazeanu, dintr'o statistică de câteva zeci de cazuri de **Otosclerozǎ,** oprindu-se în special asupra a 21 mai de aproape cercetate, dintre cari 19 observ. se referă la persoane de sex femenin, au ajuns la constatările următoare: o predominenţă la sexul femenin; — o influenţă favorabilă în proporţie de 70% obţinută prin tratamentul cu produse endocrine (lob anterior de hipofiză şi opoterapie ovariană) asociat cu un tratament general cu calciu şi fosfor; — evitarea oricărui tratament local, care poate deveni chiar dăunător.

D-l Docent D-r C. Stanca dela Cluj, descrie un procedeu original şi personal, aplicat încă dela 1929, de **Tratament al unui caz de amenoree complicat cu accese de epilepsie;** după ce a practicat o laparatomie a injectat direct în ovar 1 cmc. de extract ovarian; a 12-a zi pacienta a prezentat prima menstruaţie şi accesele de epilepsie au dispărut; iar după câteva săptămâni a rămas şi gravidă, sarcină dusă la capăt în mod favorabil.

Autorul acestui nou tratament de hormonoterapie in situ în cazurile în cari administrarea de produse endocriniene pe căile obicinuite n-a dat rezultate, stabileşte ca contraindicaţiuni ale injecţiilor intraovariene: amenoreea datorată aplaziei şi hipoplaziei uterine şi ovariene şi amenoreele consecutive diabetului, paludismului şi tuberculozei.

Atragem deosebita atenţie asupra acestui procedeu imaginat pentru prima oară de către D-l D-r C. Stanca şi aplicat de D-sa încă din 1929, după cum reese din afirmaţiile D-sale; aşa că procedeul de Situhormonoterapie propus de către D-l D-r P. Pitulescu în 1931, şi descris în „Noua Revistă Medicală" No. 9/Ian. 1934, şi asupra căruia se referă la pag. 413 din corpul acestui număr îşi găseşte un precedent fericit în încercările amintite de către D-l D-r Stanca în articolul de faţă.

După D-l Doc. D-r N. Blatt: **Tratamentul neoperativ al glaucomului** trebue să urmărească: ameliorarea hipertensiunei globului ocular, restabilindu-i echilibrul funcţional şi modificarea stării generale prin eliminarea cauzelor hipertensiunei glaucomatoase. După ce analizează diferitele medicamente şi tratamente preconizate, autorul expune modul său de a trata glaucomul.

Local administrează pilocarpină-ezerină, mai ales în formele inflamatorii acute şi cronice. In glaucomul asociat cu irită administrează adrenalină-glaucosan; în cazuri rebele recurge la histamină sau la amin-glaucosan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca tratament general prescrie alimente sărate, lichide puţine, vegetale.

Ca medicaţie internă: ginergen, iod (când se constată coexistenţa arteriosclerozei. Odată pe săptămână luare de sânge (200—300 cmc.).

D-l D-r Grigoriu D. studiază **Varicele (maladia varicoasă), din punct de vedere etiologic şi în lumina unui nou tratament.**

Autorul observă tratând bolnavi de sciatică după un procedeu personal şi cari prezentau şi varice ale membrului bolnav, odată cu vindecarea sciaticei şi ameliorări până la dispariţia dilataţiilor varicoase.

Din observaţia şi tratamentul numeroaselor cazuri, câte-va sute între cari şi cazul său personal, autorul trage concluzia că afecţiunile venoase (varice, hemoroizi) sunt în directă dependinţă de afecţiunile nervilor corespunzători, cari reglează tonicitatea peretelui vascular şi că, îndată ce nervul bolnav îşi recâştigă în urma tratamentului, starea lui funcţională normală, reluându-şi rolul de regulator vascular, face să dispară şi dilataţiile şi indurările venoase.

D-l D-r St. Odobleja studiază **Semnul banului.**

După ce face o expunere critică a semnului banului, autorul expune un metod personal corectat al cercetării semnului banului. Demonstrează apoi că atât vechile procedee, cât şi acel preconizat de D-sa, trebuesc considerate drept o variantă inferioară de fonoscopie, variantele utilizând semnul de frecare şi de plescăit rămânând deocamdată cele mai bune.

Convingerea, cu care autorul îşi expune rezultatul cercetărilor sale, impune cetirea atentă a întregului articol, precum şi referirea la cel asupra Fonoscopiei, publicat într'un număr anterior al revistei; de asemenea ne-

cesită controlarea cât mai obiectivă a celor afirmate, pentru a ne putea face o părere personală.

Numeroase planşe cu fotografii schematice ilustrează lucrarea, care merită a fi cetită cu toată luarea aminte.

D-l D-r V. Nicolescu expune **Valoarea indicelui lui Pignet prin constatări făcute la tuberculoşi pulmonari.**

Indicele de robusticitate individuală (indicele lui Pignet) se obţine din următorul calcul: se măsoară înălţimea individului (I) în cm. şi se scade din ea suma greutăţii lui (G) în kgr. adunat cu perimetrul toracic (P) în cm. I — (G + P) = indicele Pignet. La indivizii robuşti acest indice este inferior sau egal cifrei 20.

Din cercetările, ce întreprinde, autorul ajunge la conclusia că acest indice nu poate avea nici o valoare practică, neputând procura nici un indiciu în depistarea tuberculozei pulmonare şi că în general asemenea metode de examen medical colectiv trebuesc abandonate nefiind exacte.

D-nii D-ri C. Cornea şi A. Calihman fac **Consideraţiuni asupra peritonitei incapsulante.**

După ce expune cazul unui bolnav, care prezentase crize abdominale dureroase violente, simulând o ocluzie intestinală, la care la operaţie s'a găsit o peritonită incapsulantă, autorii descriu pe larg acest sindrom, oprindu-se în deosebi asupra etiologiei, simptomatologiei, diagnosticului şi tratamentului peritonitei incapsulante.

Asupra acestei noi entităţi morbide, ce se încearcă a se creia, a publicat o monografie foarte interesantă şi D-l D-r M. Hagieţeanu, monografie ce am recensat într'unul din numerile precedente ale revistei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r S. Herscovici-Herişan: **Sindromul abdominal dureros în maladia lui Bouillaud.**

După ce aduce câteva indicaţiuni bibliografice de asemenea cazuri publicate, autorul expune două cazuri personale de maladia lui Bouillaud cu debut abdominal dureros, interesante mai ales prin absenţa la început a oricăror manifestări articulare şi cari au simulat tabloul unei apendicite şi peritonite acute.

Aceste cazuri devin din ce în ce mai frequente; prof. G. Etienne dela Nancy, a publicat chiar la noi, în „Bucureşti Medical" din 15 Sept. 1933, un articol asupra „Infecţiunei rumatismale abarticulare", iar Hamant, Bodard şi Chalnot au făcut un studiu amănunţit al acestui „Syndrome abdominal au debut du rhumatisme articulaire aigu" pe care l-au publicat în „Revue Médicale de l'Est", în numărul din 15 Iulie 1932

D-nii D-ri V. Drăgoescu şi A. Dobrescu expun **Un caz de ulcer acut al vulvei (Lipschütz).**

Autorii, după o amplă şi metodică trecere în revistă a celor cunoscute până în prezent asupra acestui subiect, expun observaţia unei fetiţe, din mediul rural, în vârstă de 8 ani, care în plină sănătate este prinsă de o temperatură ridicată şi simte în regiunea vulvară o senzaţie de arsură cu usturime şi foarte pruriginoasă. In acest timp îi apare pe întreg tegumnetul o erupţie de tip eritematos ce dispare spontan după 24 ore, fără intervenţia vreunui tratament. Examinată, bolnava prezintă o tumefacţie şi congestie a întregei vulve. Pe labiile mari şi întinzându-se şi pe cele mici şi pe furchetă mai multe leziuni ulcerative acoperite de escare groase galben-cenuşii, puţin aderente, întrecând în grosime nivelul pielei. S'a constatat prezenţa bacilului

crassus în ulcerații. Autoinoculările cu puroi din leziuni au rămas sterile.

Pe lângă raritatea cazului — în România pare să fie prima publicație de acest fel — D. și D. relevă simultaneitatea erupției eritematoase generalizate cu primele manifestări morbide ale boalei — fapt observat încă de unii — și cred că procesul morbid în ulcerul acut al vulvei nu se mărginește numai la organele genitale și că lucrurile s'ar petrece ceva mai complicat, iar ulcerațiile vulvare n'ar fi decât expresiunea manifestări regionale a unui proces infecțios generalizat.

O fotografie originală ilustrează textul.

D-nii D-ri C. Martinescu și Th. Stamatiade expun **Tratamentul tuberculozei pulmonare prin sărurile de aur.**

După o descriere complectă a tratamentului tuberculozei pulmonare cu săruri de aur, autorii publică rezultatele obținute în 36 de cazuri, la cari au întrebuințat Lipaurol, Triphal și Sanocrisină și anume:

Imbunătățirea semnelor funcționale și biologice ale infecției ca tusea, expectorația, dispariția bacililor, precum și o îmbunătățire a stării generale cu reluarea unui mers aproape normal al funcțiunilor de asimilare și respiratorii, precum și îmbunătățirea semnelor pulmonare ascultatorii și radiologice.

D-l Medic Col. Gh. Diamandescu într'un **Fragment dintr'un „Jurnal de bord"** descrie impresiile dintr'o călătorie de agrement pe marea Mediterană.

Asemenea creionări sunt întotdeauna interesante și își găsesc justificat locul într'o revistă medicală atunci, când sunt așternute de către un medic, care medic mai știe vedea, simți și povesti, precum autorul de față.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inceputul l-am făcut chiar noi în 1931 cu „Prin Europa medicală și climaterică", dar lipsa de spațiu și obligația de a face loc mai întâi altora, ne-a împedecat a continua.

* * *

Atragem atenția asupra celui de al **III-lea Congres al presei medicale latine,** care după 4 ani dela precedentul va avea loc între 17—21 Oct. crt., la Paris și a cărui anunțare o facem la paginele 441—443 din corpul acestui număr.

Chestiunile asupra cărora se vor prezenta rapoarte, sunt extrem de importante și ele merită a atrage atenția corpului medical: „Raporturile presei medicale și ale publicității farmaceutice"; — „Rolul științific și responsabilitatea morală a presei medicale în difusiunea marilor descoperiri și în apărarea intereselor profesionale"; — „Technica și prezentarea unui jurnal medical" constituesc tot atâtea subiecte, cari pun în discuție menirea însă-și a medicinei și rolul medicului în societate.

In legătură cu „Specialitățile farmaceutice", cari au ajuns a determina în momentul de față „Starea actuală a farmacoterapiei", am prezentat în Congresul Internațional de Istoria Medicinei, care a avut loc în București, în Septembrie 1932, o comunicare amplu desvoltată și redată apoi în coloanele acestei reviste.

Lucrările noastre anterioare ne îndreptățesc deci și chiar ne obligă a interveni printr'o comunicare personală în discuția problemei ridicate de prima chestiune pusă în desbaterile acestui congres.

M. Cânciulescu.

JOSIF RUJA
— primul chirurg al Spitalului din Oradea —

de

D-r I. GLAVAN

Medic primar al Spitalului din Oradea

Spitalul din Oradea, înfiinţat la 1806 [1]), este unul din cele mai vechi aşezăminte Spitaliceşti din Ardeal.

Ideia înfiinţării Spitalului (intitulat la început „Lazaret"), datează din anul 1802, când s'a pus chestiunea înfiinţării lui, în adunarea generală a judeţului Bihor, dar n'a putut lua fiinţă decât la 1806, din cauza lipsei de fonduri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiind dotat la început cu 12 paturi, numărul bolnavilor era atât de mare, încât s'a simţit nevoia dublării paturilor, chiar în acelaş an.

Insemnătatea ce s'a dat acestui aşezământ spitalicesc se poate vedea din actele de danie ale populaţiei din Bihor, din primii ani ai existenţei lui. Era o adevărată emulaţie între laici şi clerici pentru a dona cât mai mult spitalului. Şi merită o deosebită atenţie faptul că între donatorii în bani şi alimente găsim un mare număr de Români, în frunte cu marele naţionalist, Episcopul Samuil Vulcan.

Până la 1853 spitalul s'a întreţinut mai mult din danii, deşi era sub grija subprefectului judeţului Bihor.

La această dată însă, din cauză că donaţiile primite erau insuficiente pentru a întreţine numărul de bolnavi cari creştea mereu, a fost declarat Spital public. In acest an s'a dat un decret de către contele *Zicky Herman*, reprezentantul guvernului, prin care spitalul trece în sarcina Statului, care-l va subvenţiona, şi totodată hotărăşte ca bolnavii să plătească 30 de cruceri pe zi, taxă de îngrijire [2]).

---

1) După cum dovedeşte inscripţia pe marmoră aşezată pe zidul de lângă intrarea principală:

Saluti et solatio aegrorum
Comitatus Bihar
MDCCCVI.

2) Date mai multe relativ la trecutul acestui spital se pot găsi în «Istoricul Spitalului Judeţean din Oradea» de D-r Romulus Costa.

Am amintit aceste câteva cuvinte, relativ la începuturile Spitalului din Oradea, pentrucă existenţa lui nu este menţionată în publicaţiile mai recente. Astfel *Baloga*[3]) menţionează printre primele 7 Spitale publice, la anul 1863, pe cele din: Cluj, Tg.-Mureş, Sibiu, Turda, Făgăraş, Sf. Gheorghe, Mercurea Ciucului, iar despre cel din Oradea nu aminteşte nimic, deşi el funcţiona cu 2 secţii (chirurgie şi medicină internă) şi era destul de cunoscut în regiune.

Primul chirurg al acestui Spital a fost *Josif Ruja* (Ruzsa, cum iscălea el). Nu ştim nimic relativ la acest chirurg, nu cunoaştem nici anul naşterei nici anul morţii şi nici alte date din viaţa lui. Ceeace ştim este că a funcţionat ca şef al secţiei chirurgicale a spitalului.

Despre acest fapt avem 3 documente rămase din vremea lui, datate toate din 1829. Din ele reese că era chirurgul spitalului şi cu siguranţă chirurg diplomat, nu un simplu felcer, pentru că se intitulează şi *„orvos"* (adică medic), şi afară de aceasta îl găsim în acelaş ştat de plata încălzitului şi luminatului cu medicul internist al spitalului, asupra căruia nu încape nici o îndoială că era doctor, deci erau retribuiţi la fel (fig. 1). Ori nu se poate ca în acelaş spital internistul, doctor să fi admis să fie tratat la fel cu chirurgul, dacă acesta ar fi fost un simplu felcer. In afară de aceasta se ştie că, începând dela 1870, nu se mai permitea să se intituleze „chirurg" decât acelora cari aveau şcoală şi cari prezentau o diplomă dela şcolile cari pregăteau pe medici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

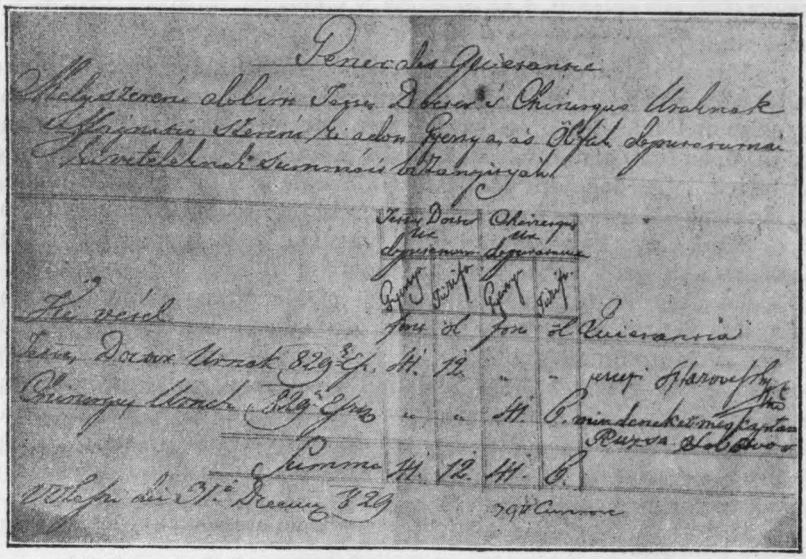


Fig. 1.

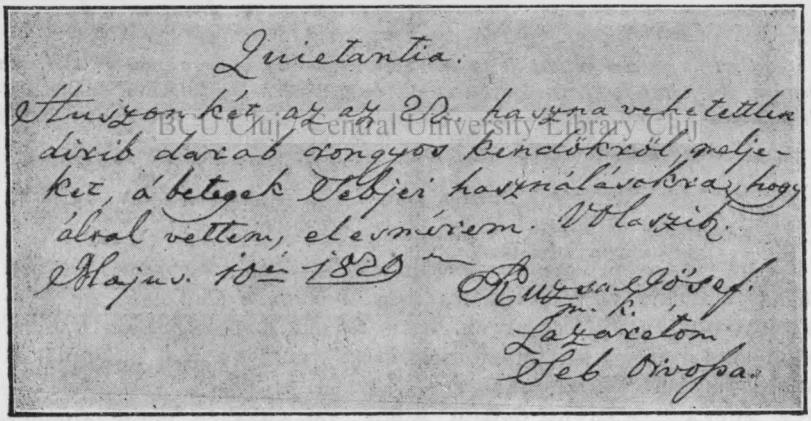
3) Contribuţiuni la Istoria medicinei din Ardeal, 1927.

Chitanță generală

conform căreia subsemnații domni medici și chirurgi, au primit conform tabloului de mai jos drepturile lor la încălzit și luminat ceeace dovedește chitanța de față.

PRIMITORUL	Dreptul d-lui doctor		Dreptul d-lui chirurg		CHITANȚĂ
	luminări	lemne	luminări	lemne	
	funzi	stânjeni	funzi	stânjeni	
D-l Doctor pe anul 1829	41	12	—	—	am primit Sztarovesky
D-l Chirurg pe anul 1829	—	—	41	6	am primit toate Ruzsa, m. chirurg
Total	41	12	41	6	

După cum am mai amintit și după cum se poate deduce din documentele alăturate (fig. 2 și 3), Ruja semna cu titlul de chirurg medic (orvos). Cuvântul acesta, unguresc, însemnează medic și nu-l


Quietantia.
Huszonkét az az 22 kavyna vehetettlen
diszib darab rongyos kendőkről, melje-
ket, á betegek Sebjei használávokra, hogy
által vettem, elismérem. Olászik.
Majus. 10én 1829 Ruzsa József
m. k.
Lazaretom
Seb Orvosa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 2.

Traducerea în românește:

Chitanță

Despre douăzeci și două, adecă 22 de zdrențe rupte în bucăți, cari nu se mai pot întrebuința la nimic, pe cari recunosc că le-am primit pentru pansarea rănilor bolnavilor.

Oradea = Olosig, 10 Mai 1829.

Josef Ruzsa
M[anu] P.[reprio]
medic chirurg al lazaretului

putea întrebuința, ca și acum, decât medicii titrați. Mai mult încă, medicii ardeleni omiteau de multe ori întrebuințarea titlului de „doctor" și întrebuințau numai pe cel de medic, spre a se deosebi

de alţi doctori (în drept, litere, etc.). Populaţia din Ardeal şi Ungaria se adresează şi azi doctorului în medicină cu cuvântul de „medic", nu „doctor". Nu încape deci nici o îndoială că Ruja era un chirurg cu şcoală şi încă unul din cei buni, dacă reuşise să ia conducerea serviciului chirurgical al unui Spital cu bun nume, Spital pus sub conducerea autorităţii Judeţene.

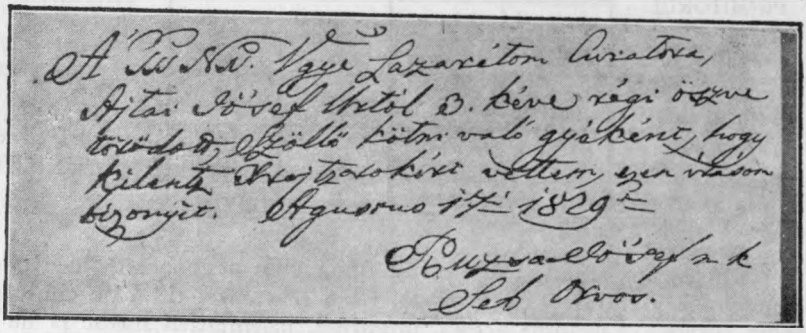


Fig. 3.

Traducerea în româneşte:

Certific că am primit de la onorabilul administrator al lazaretului, din Oradea, d-l Ajtai Josef, 3 rogojini rupte, bune pentru legatul viţei de vie, plătind pentru ele contravaloarea de 9 cruceri.

17 August 1829.

Ruzsa Josef
m. p.
medic chirurg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte naţionalitatea lui Ruja, nu posedăm nici un act din care să reese că era român. Numele său însă este echivalent cu un act. Desigur că litera *zs* din numele lui de familie, astfel cum iscălea, s'a transformat în „j", cum s'a mai întâmplat şi la alţi români (Nicolae Zsiga — Jiga — şi alţii).

Interesându-ne în judeţul Bihor, am găsit în multe comune numele Ruja, nume de români vechi, ortodoxşi. N'am putut însă găsi nici o persoană care să aibă cunoştinţă că ar fi avut un medic în familie acum 100 de ani.

N'ar fi exclus ca acest Ruja să se înrudească cu un alt medic ardelean, *Gheorghe Roja*, (1786—1847), care avea un bun nume în Temişoara şi Oraviţa, unde a practicat medicina. Acesta era de origină aromân şi venise în Timişoara cu un unchiu, care se stabilise acolo.

Ţinând seamă de faptul că în secolul al XVIII-lea se găsea o colonie de comercianţi aromâni, ortodoxşi, destul de mare, în cartierele Orăzii, Olosig şi Oraşul Nou, n'ar fi exclus ca Josif Ruja dela Oradea, să se înrudească cu Gheorghe Roja dela Timişoara, să fi plecat deci dintr'un acelaşi ţinut şi să se fi aşezat în cele două regiuni diferite ale Ardealului.

Cercetările întreprinse, cu atâta asiduitate şi pricepere, pentru desgroparea trecutului medicinei româneşti, nu vor întârzia să pună în adevărata lui lumină pe medicul român, Ardelean, de care ne ocupăm.

Ceeace mai ţinem să remarcăm cu această ocazie e faptul că românii, a căror existenţă la graniţa de vest le place atât de mult unor vecini s'o neglijeze, au luat parte activă şi pe tărâmul higienei publice. In actele de danie din primele timpuri ale existenţei Spitalului din Oradea sunt citaţi, nominal, zeci de români ca donatori (în frunte cu vestitul Episcop Samuil Vulcan, care a dăruit la 1829 suma de 100 florini şi 300 stânjeni de lemne), iar un mare număr de comune cu populaţie şi nume românesc, contribuiau la întreţinerea Spitalului fără să fie obligate. In fine existenţa în fruntea serviciului chirurgical, în acele vremuri când medicii români erau o raritate, arată importanţa pe care au jucat-o românii şi pe acest teren, în regiunea Orăzii.

RÉSUMÉ: I. Glăvan — *Iosif Ruja, le premier chirurgien de l'hôpital d'Oradia.*

ZUSAMMENFASSUNG: I. Glăvan — *Iosif Ruja, der erste Chirurg des Oradia Krankenhauses.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

Lucrare făcută în Clinica I-a Medicală, Spitalul Colţea
Director: Prof. I. Nanu-Muscel

VISCOZITATEA SANGELUI IN HIPERTENSIUNEA ARTERIALA *)

de

T. SARAGEA şi **I. PREDESCU**

Creşterea viscozităţei sângelui a fost pusă încă de multă vreme în relaţie cu hipertensiunea arterială; *Martinet* este însă autorul care şi-a legat în deosebi numele de această corelaţie, făcând din hiperviscozitate unul din factorii predominenţi a-i producerei sindromului hipertensiv. Această concepţie a fost serios combătută; cercetările ulterioare mai mult contradictorii nu au putut să confirme pe dea'ntregul concluziile autorului francez. Totuşi în mai toate tratatele clasice, chiar şi în cele mai recente, viscozitatea crescută a sângelui este considerată ca una din cauzele posibile de producere a hipertensiunei arteriale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru acest motiv am căutat să cercetăm şi noi, deşi la un grup modest (25 de hipertensivi) viscozitatea sângelui în hipertensiunea arterială. De oarece rezultatele negative obţinute de alţi autori au putut ţine de anumite condiţiuni şi în special de hidremia produsă de complicaţiunile cardiace sau renale, frequenţe la hipertensivi, am cercetat în acelaş timp şi refractometria serului acestor bolnavi, odată cu studiul funcţiunei lor renale şi cardiace.

Aceste 25 de cazuri de hipertensiune arterială astfel studiate, atât femei cât şi bărbaţi, aparţin diferitelor forme de hipertensiune: 4 cazuri de hipertensiune aproape pură; 6 de hipertensiune asociată cu aortită; 4 cu insuficienţă aortică şi 12 cu scleroza cardiorenală şi leziuni renale apreciabile. Unele din aceste observaţiuni cu debut recent, altele datând de multă vreme, câteva cu accidente cardiovasculare (hemoragii cerebrale, hemiplegii, distensiunea ventricolului stâng, angor, etc.).

Technica întrebuinţată a fost următoarea: s'a măsurat viscozitatea sângelui total cu aparatul *Hess* în picătura de sânge (necitratat), obţinută prin înţepătură în pulpa degetului. S'a căutat a se

*) Lucrare primită la redacţie la 15 Febr. 1934

înţepa cât mai adânc pentru ca picătura de sânge să apară spontan, fără presiune asupra degetului. Astfel a nu se produce stază sau extravazare de serozităţi din ţesuturi. Am considerat împreună cu *Hess* ca cifre normale de viscozitate 3,8—4,5. Măsurătoarea s'a făcut la toţi între orele 9—11, când se ştie că viscozitatea prezintă valorile cele mai ridicate şi mai constante. In acelaş timp s'a recoltat şi sânge din plica cotului pentru refractometrie, care s'a măsurat cu aparatul *Pulfrich* (Zeiss). In mod complimentar s'a dozat ureea sângelui şi s'a făcut examenul urinei; în câteva cazuri s'a studiat şi eliminarea phenolsulphonephtaleinei.

Tensiunea arterială s'a măsurat cu aparatul Vaquez şi s'a notat după mai multe măsurători, cifra cea mai apropiată de momentul efectuărei viscozimetriei.

Rezultatele astfel obţinute le putem grupa sub următoarele puncte:

1) Am găsit **viscozitatea scăzută sub valorile normale** în 2 cazuri (obs. 9 şi 10 *). Prima observaţiune este a unui mare hipertensiv cu 26/12½, la care viscozitatea nu era decât 2,8. A doua este o hipertensivă moderată cu o tensiune de 20/10 şi la care indicele viscozimetric este de 3,6. Pe când prima are leziuni renale serioase (albumina 2%, uree în sânge 2,50%, cealaltă nu prezintă decât o turburare puţin importantă a funcţiunei renale. Ambele cazuri au indicele refractometric în limite normale. (I, 34761).

Prin urmare hipertensiunea arterială se poate prezenta şi cu o viscozitate sanghină scăzută. Această scădere a viscozităţei sanghine la hipertensivi este însă rară (2 din 25 cazuri). Ea nu poate fi explicată prin existenţa necesară a unor leziuni renale, de oarece unul din aceste cazuri prezenta o stare aproape satisfăcătoare a rinichiului şi la nici unul nu s'a constatat hidremie.

2) **Viscozitatea crescută** am găsit-o în 8 cazuri, deci într'o proporţie de 32%. Dintre aceste 8 cazuri, 2 prezentau cifre manometrice importante: 24/12 în obs. 6 şi 24/9 în obs. 7. Restul se prezentau cu presiuni arteriale moderat crescute: 17/6, 17/9, 18 jum./12 jum., 22 jum./12 jum., 18 jum./9, şi 20 jum./11.

In afară de 2 cazuri (obs. 4 şi 8) cu leziuni renale-albuminurie, cilindri hialini şi granuloşi, toate celelalte prezentau atingeri renale neînsemnate. In câteva din aceste observaţiuni proba eliminărei phenosulfonphtaleinei s'a arătat absolut normală.

Hiperviscozitatea constatată în aceste cazuri este moderată: 5, 6 în obs. 6; 5,5 în obs 2 şi 4; restul sub aceste valori.

Din aceste 8 cazuri, în 6 s'a făcut refractometria; din ele 3 prezentau o concentraţie plasmatică (obs. 1 cu 9,54% albumină; obs. 3 cu 9,35% şi obs. 5 cu 9,35%); două, cifre refractometrice normale şi un caz (obs. 8), concentraţia albuminelor în ser scăzută. De remarcat că în această observaţiune rinichiul era atins, fiind vorba de un hipertensiv de 64 ani, prezentând o scleroză cardiorenală cu nor gros de albumină, cilindri hialini, etc.

Nu se poate stabili nici în acest grup nici o relaţiune între gradul de hipertensiune arterială şi mărimea indicelui viscozimetric şi nici între valorile acestui indice viscozimetric şi cifrele erfractometrice. Ne-am fi aşteptat

*) V. tabloul.

ca hipertensiunile cele mai mari să prezinte cele mai ridicate indice viscozimetrice; ori pare să fie mai mult contrar în observaţiunile noastre. Cifrele cele mai ridicate de viscozitate le întâlnim în hipertensiunile moderate. Aşa, găsim 5,5 în obs. 2 la un hipertensiv minim (17/9); 5,5 în obs. 4 la un hipertensiv mijlociu $22^1/_2/12^1/_2$; 5,3 în obs. 5 la un hipertensiv moderat $18^1/_2/9$. Numai în obs. 6, găsim o hipertensiune importantă 24/12, coincidând cu un indice viscozimetric ridicat (5,6).

Comparând acum cifrele viscozimetrice cu cele refractometrice constatăm o lipsă de paralelism. Aşa, de pildă la un indice viscozimetric de 4,8 în obs. 1, corespunde un indice refractometric crescut de I, 35279 — albumina 9,57%, — şi la un indice viscozimetric apropiat de precedentul de 4,9 din obs. 8, corespunde un indice refractometric redus de I, 34947 — albumina 7,15%. — Este drept că această din urmă observaţiune aparţine unui renal; faptul nu este însă mai puţin important, arătând că între hidremie şi viscozitatea sângelui nu este o relaţiune prea strânsă.

3) Cel mai mare număr de hipertensivi din observaţiunile noastre (15) **au viscozitatea normală.** Găsim aci şi mari hipertensivi ca obs. 13 cu 32/17 sau obs. 25 cu 27/13 şi tensiuni moderate ca în observaţiunea 22 cu $18^1/_2/6$ sau 24 cu 17/10. In toate aceste cazuri cifrele refractometrice sunt normale, întocmai ca şi cele viscozimetrice, încât se poate exclude intervenţia eventuală a unei hidremii. Totuşi în 5 din aceste observaţiuni se constată alteraţiuni renale importante. Ca şi în grupurile precedente nu se poate stabili nici un paralelism între cifrele viscozimetrice şi refractometrice.

Din analiza acestor fapte rezultă că: hiperviscozitatea sângelui este în adevăr un fenomen care se poate întâlni destul de des în hipertensiunea arterială (8 din 25 cazuri în studiul nostru); această hiperviscozitate este însă moderată în general, într'un singur caz indicele viscozimetric fiind de 5,6. Ne deosebim prin urmare de concluziile lui *Martinet* şi de cele recente ale lui *Harris* şi *Mac Langhlin*, cari consideră hiperviscozitatea ca un fenomen aproape constant în hipertensiunea arterială.

Nu este cu putinţă a pune în relaţiune gradul de hiperviscozitate cu cifra tensiunei arteriale, marii hipertensivi putând avea un indice viscozimetric mult mai scăzut decât un hipertensiv moderat, la care tocmai pare ca hiperviscozitatea să se găsească mai frequent. Martinet vroia să explice acest lucru prin faptul că hiperviscozitatea, cauză a hipertensiunei arteriale după el, poate fi depistată tocmai la începuturile acestui sindrom, înainte ca să apară complicaţiile renale, capabile să modifice viscozitatea sângelui. Nu trebue uitat însă, că o cifră moderată de tensiune nu ne indică totdeauna perioada iniţială a acestei boale şi că sunt hipertensivi care evoluează tot timpul cu o presiune arterială moderată. Faţă de o hipertensiune mică sau mare este foarte greu a preciza momentul debutului, hipertensiunea existând desigur de multă vreme, înainte ca bolnavul să consulte; este prea cunoscută existenţa formelor latente sau esenţiale de hipertensiune arterială, care nu sunt de cele mai multe ori depistate decât întâmplător cu ocazia unui examen

general, fie cerut de pacient, fie cu ocazia unei asigurări, etc. Ori cum ar fi se poate sublinia că hipertensiunea moderată se însoţeşte de obiceiu de hiperviscozitate.

De asemenea nu am putut constata care formă de hipertensiune arterială ar prezenta mai frequent această hiperviscozitate. Este plauzibil a considera însă formele pletorice de hipertensiune ca cele mai favorabile unei asemenea coexistenţe. Totuşi încă odată excepţiunile nu sunt rare pentru a arăta tocmai complexitatea problemei. Astfel în obs. 8 aparţinând unui vechi hipertensiv de 64 ani, cu scleroza cardiorenală, găsim o viscozitate crescută; şi la o pletorică de 96 kgr., mare hipertensivă din obs. 13, încă tânără (46 ani), viscozitatea este absolut normală.

Mai interesant apare însă relaţiunea între viscozitatea hipertensivilor şi starea rinichiului lor. Principial, apariţia de leziuni renale la hipertensivi ar trebui să contribue la scăderea viscozităţei prin hidremia frequentă în aceste stări. In realitate la cei 2 hipertensivi din observaţiunile noastre cari sunt hipoviscoşi (viscozitatea sub valorile normale), se constată leziuni renale, deşi de valoare inegală: unul (obs. 9) are o stare renală precară, celalt (obs. 10) arată de asemenea semne de atingere renală deşi mai atenuate; iar în grupul hipertensivilor cu viscozitatea normală, cei care au leziuni renale mai pronunţate, au şi un indice viscozimetric mai mic. (Obs. 16, 19).

Acest fapt se găseşte în parte explicat şi prin rezultatele refractometrice. Cazurile în care am constatat hiperalbuminoza serului (în obs. I: 9,57%, în obs. III: 9,35% şi obs. V: 9,35%), fac parte tocmai din grupul hipertensivilor hiperviscoşi. Este drept însă că nu ei au prezentat cel mai mare indice viscozimetric din toţi hipertensivii observaţi; după cum cel mai mic indice refractometric îl găsim în grupul hipertensivilor hipoviscoşi, deşi nu corespunde celui mai mic indice viscozimetric. Deci nici aci nu există un paralelism absolut între starea de concentraţie a plasmei şi starea viscozităţei sângelui.

Prin urmare credem că viscozitatea mare a hipertensivilor nu este totdeauna în funcţiune de hiperalbuminoza serului acestor bolnavi. *Harris* şi *Mac Langhlin* nu o găsesc datorită nici creşterei anhidridei carbonice în sânge şi nici creşterei numărului de hematii în sânge sau a diametrului lor, care se ştie că sunt normale. Această hiperviscozitate la hipertensivi este datorită unor factori obscuri; ce rămân a fi de aci înainte determinaţi.

In concluzie, la hipertensivi se constată adeseori viscozitatea crescută (în observaţiile noastre în proporţie de 32%), fără a putea stabili vreo relaţiune cauzală între această hiperviscozitate şi hipertensiune. Complicaţiunile renale şi cardiace, foarte frequente în hipertensiunea arterială, complicaţiuni capabile să modifice ele singure viscozitatea sanghină conduc în parte, credem noi la rezultate discordante şi impun deci oarecare rezervă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLOU REZUMATIV

No. curent	NUMELE BOLNAVULUI		Diagnosticul	Tensiunea art.	Vescozitatea	Album. în ser
1	Elena M.	48 ani	Aortita Insuf. aortica	17 | 6	4,8	9,57%
2	Ilie I.	58 „	Aortita, Scleroza cardio-renală	17 | 9	5,5	7,63%
3	Matilda D.	55 „	Scleroza cardio-renală Rumat. poliartic. Diabet.	18½ | 12½	4,6	9,35%
4	Gheorghe A.	50 „	Scler. cardio-ren. Hemiplegie stg.	22½ | 12½	5,5	7,42%
5	Ana D.	51 „	Hipertonie simplă	18½ | 9	5,3	9,35%
6	Anton I.	57 „	Scleroza cardio-renală	24 | 12	5,6	
7	Zoe V.	60 „	Hipertonie. Arterio-scleroza	24 | 9	4,7	
8	Florea P.	64 „	Scleroza cardiorenală	20½ | 11	4,9	7,15%
9	Agep M.	54 „	Scler. cardio-ren. Uremie	26 | 12½	3,2	8,28%
10	Irina At.	51 „	Hipertonie	20 | 10	3,6	8,28%
11	Eliza F.	63 „	Aortita. Hipert. art.	23 | 13	4,5	8,06%
12	Ana C.	47 „	„ „ „ Hem. retin.	20 | 12	4,3	8,71%
13	Steliana Ch.	46 „	Aortita Hipertonie, Lues.	32 | 17	4,3	7,85%
14	Niculina C.	45 „	„ „ „	21 | 11	4,0	8,71%
15	Ana D.	50 „	Scler. cardio-ren.	20 | 10	4,1	6,77%
16	Iancu M.	60 „	Aortita, Insuf. Aortica Nefrita.	23 | 8½	3,9	7,42%
17	Maria R.	52 „	Aortita, Insuf. aort. Angor.	23½ | 7	4,3	8,71%
18	Ion P.	81 „	Scleroza card-ren. Arterioscl.	21 | 11	4,5	8,49%
19	Ioan P.	58 „	Scleroza card.-ren. Azotemie	21 | 10	3,9	7,63%
20	Maria T.	60 „	„ „	20 | 10½	4,3	8,71%
21	Dumitru P	58 „	Aortita Insufic. aort. Angor.	24 | 12	4,2	8,06%
22	Dumitru D.	60 „	Aortita Insuf. aort.	18½ | 6	4,3	
23	Elizabeta D.	42 „	Aortita. Hipertonie.	24 | 11	4,5	
24	Anica I.	60 „	Aortita. Hipertonie.	17 | 10	4,4	7,85%
25	Alexandru N.	57 „	Hipertonie	27 | 13	3,9	8,28%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: T. Saragea et I. Predescu — *La viscosité du sang dans l'hypertension artérielle.*

Les auteurs étudient la viscosité du sang dans 25 cas d'hypertension arterielle (4 cas d'hypertension presque pure, 6 d'hypertens on associée à l'aortite, 4 avec insuffisance aortique, 12 avec sclérose cardiorénale).

La viscosité du sang a été mesurée avec l'appareil de Hess par des gouttes de sang sans citrat obtenues par la piqure du doigt.

Les auteurs ont obtenu les résultats suivants: dans 2 cas la viscosité a été sous normale, dans 8 cas la viscosité a été au dessus de la normale, dans 15 la viscosité a été trouvée normale.

ZUSAMMENFASSUNG: T. Saragea u I. Predescu - *Die Viskosität des Blutes in der arteriellen Hypertension.*

Die Verfasser studieren die Viskosität des Blutes in 25 Fällen von arterieller Hippertension (4 Fälle von fast reiner Hypertension, 6 von Hypertension die mit Aortitis verbunden war, 4 mit Aorta-Insufizienz, 12 mit cardiorenaler Sklerose.

Die Blutviskosität wurde mit dem Hessichen Apparate gemessen in Bluttropfen ohne Citrat, die man durch einen Stich im Fingerspitze erhalten hat.

Die Erfolge waren die folgenden: in 2 Fällen war die Viscosität unter Normal gesunken, in 8 Fällen war die Viscosität gewachsen, in 15 Fällen wurde die Viscosität normal gefunden.

*Lucrare făcută în laboratorul hematologic al Clinicei I-a Medicală (Director: Profesor D-r I. Nanu-Muscel) *)*

SÂNGELE ROŞU LA SCOPIŢI

de

D-r V. WALTER, Asistent Universitar.

Scopiţii sau muscalii sunt adepţii unei secte religioase care are ca ritual principal castrarea. Castrarea se face după voe bună la bărbaţii adulţi sau prin legătura trunchiului vasculo-seminal sau prin secţionarea lui de către un membru al sectei. Scopiţii sunt abstinenţi, nu mănâncă carne, nu fumează, nu beau alcool. In ce priveşte confesiunea lor bisericească ei se cred a fi creştini ortodoxi şi frecventează biserica creştină-ortodoxă rusească. Din cauza ritualului de scopire această sectă care a luat fiinţă în Rusia a fost acolo persecutată de mult. (Ne lipsesc din cauza împrejurărilor de astăzi datele bibliografice din Rusia — care poate ar fi de mare interes). Mulţi din adepţii sectei scopiţilor s'au refugiat în România şi au format numeroase colonii lângă Iaşi, Galaţi, Bucureşti, etc. (Scopirea se face de obicei la adulţi şi chiar după ce bărbatul a dat creaţiune la 2—3 copii. Majoritatea scopiţilor examinaţi de noi sunt în vârstă de 25—60 ani).

Caracterele lor bio-psihologice sunt următoarele:

Au fost pe vremuri cei mai buni birjari, astăzi sunt poate cei mai liniştiţi şoferi.

Sunt oameni blânzi, înalţi, corpolenţi, cu faciesul şi vocea feminine — fără barbă şi mustăţi. Două tipuri se observă printre scopiţi: tipul mixedematos, adipozo-genital şi tipul pe care-l putem caracteriza ca mumificat (deci slăbit, uscat, cu ţesutul celular — adipos absolut redus).

E de remarcat că vârsta unui scopit nu poate să fie stabilită după facies, iar sexul după vocea auzită din altă cameră. Deseori mi s'a întâmplat să aştept în biroul meu pe o femee, după vocea auzită în antreu, şi m'am pomenit cu un scopit.

Faciesul palid, ochrodermic uneori al scopiţilor frapează însă

*) Primită la redacţie la 13 Februarie 1934.

dela început. Tocmai această paloare galben-verzue a tegumentelor ne-a determinat pe noi să întreprindem studiul sângelui roşu la scopiţi.

Acest studiu ne-a părut nouă interesant din următoarele puncte de vedere şi ne-a impus următoarele chestiuni:

1) Paloarea scopiţilor este expresiunea unei anemii adevărate sau se explică prin ochrodermie şi este pseudo-anemică?

2) Anemia şi paloarea scopiţilor poate să fie pusă în legătură cu castraţiunea?

3) Problema castraţiunii fiind astăzi de actualitate şi de un interes medico-solial deosebit, ne-a interesat chestiunea dacă castraţiunea aduce după sine şi turburări în hematopoeză?

Toate aceste probleme ne-au interesat, având în vedere părerea lui Naegeli, Norden, Hayem, Lenhartz, Oten, Holler şi rezultatele cercetărilor experimentale ale lui Antoneli, Brener, Seiler — după care rezultă că chloroza la femei, chloroza excepţională la bărbaţi, anemiile de tip chlorotic la oameni şi anemiile experimentale la animale la căţei după castra de timp hipohrom ar fi în legătură cu turburările secreţiunilor endocrine a glandelor sexuale.

Am studiat tabloul sanguin la 66 de scopiţi atinşi de diferite boli, şi la 10 scopiţi sănătoşi.

Rezultatul este următorul:

In 40 de cazuri anemie accentuată: H.—2,1—3,6 milioane. Hgl. 28—54%, Val. glob. 0,5—0,7. Index refract — la limita de hidremie. Urina normală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Regim hiperchlorurat — uşoară hidremie, creşterea în greutate, index refractometric scăzut — hidremie.

Din aceste 40 de cazuri: 18 sunt cu fenomene vagi de astemie, 6 gripă în convalescenţă, 2 în plină pneumonie, 6 gastro-enterită, 1 litiază biliară. 4 aritmii extra sistolice, 3 cadiopatii valvulare.

In 15 cazuri anemie moderată: H.—3,8—4,0 milioane, Hgl. 65—76%, Val. glob. 0,7—0,9.

In toate aceste cazuri era vorba de maladii intercurente diferite ce n'au de obicei nici un răsunet asupra sângelui roşu.

In 10 cazuri H.—4,5—5,0 milioane, Hgl. 70—80%, Val. glob. 0,7—0,9. (Este vorba de 2 cazuri de pneumonie, 2 leziuni mitrale, 3 turburări dispeptice, 1 litiază biliară, 2 gripă).

In 10 cazuri la indivizi sănătoşi: H.—3,8—4,1 milioane, Hgl. 60—75%, Val. glob. 0,7—0,9 în 2 cazuri.

H.—4,2—4,6 milioane, Hgl. 78—70%, Val. glob. 0,7—0,9 în 5 cazuri.

H.—4,5—5,0 milioane, Hgl. 80—95%, Val. glob. 0,9 în 3 cazuri.

Prin urmare numai în 3 cazuri la scopiţii sănătoşi am găsit sângele roşu perfect normal. In toate celelalte cazuri am constatat un deficit de hemoglobină şi în multe cazuri o anemie hipohromă de tip chlorotic aplastic. Reacţiunea reticulocitară n'am văzut în nici un caz, la fel n'am observat prezenţa normoblastelor.

In 18 cazuri de anemie hipohromă primitivă la scopiţi, tratamentul cu fer în doze mari asociat cu tratament opoterapic — ex-

tract orhitic a fost cu succes; la fel şi în 28 cazuri de anemie pe care am observat-o în cursul sau după maladiile intercurente diferite care de obicei n'au răsunet asupra hematopoezei.

N'am putut încerca tratamenul cu ficat în substanţă fiindcă scopiţii nu mănâncă carne. Insă extractele de ficat date per os sau injectate n'au dat nici un rezultat; am observat chiar o scădere a val. globulare, deci un deficit şi mai mare de hemoglobină.

Intrucât Romberg a observat retenţia de apă la chlorotici şi Deiulafoix a descris Chloro Brightism este interesant de constatat că la scopiţi se observă deseori un indice refractometric la nivelul hidremiei, iar regimul hiperchlorurat duce la retenţia de apă, fără de leziuni renale aparente.

Concluziuni: 1) La scopiţi se observă foarte adesea următoarea triadă simptomatică:

Facies eunuhoid, paloare, anemie hipohromă.

2) Tratamentul cu fier şi extract orhitic influenţează favorabil anemia scopiţilor.

3) Intrucât chloroza femenină, chloroza excepţională masculină, anemiile experimentale de tip chlorotic, etc. sunt puse în legătură cu turburările secreţiunii interne a glandelor sexuale; e logic să presupunem că şi anemiile hipohrome de tip chlorotic la scopiţi sunt datorite în primul rând turburărilor endocrine. In ce priveşte regimul lor alimentar avem de remarcat că regimul vegetalian la cei necastraţi, după cum se ştie, nu duce la anemie.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Este interesant de remarcat că chlorophilopexia este în strânsă legătură cu însămânţarea, înflorirea şi fructificarea plantelor, deci cu ciclul vieţii lor sexuale.

4) Ne permitem o mică rezervă. Există o deosebire frapantă între o fetiţă chlorotică şi un scopit nu în ce priveşte sângele, care este foarte asemănător, ci în ce priveşte starea phisică (temperamentul), faciesul şi metabolismul general. Prin aceasta, din punct de vedere clinic, chloroza femenină se deosebeşte cu totul de anemia hipohromă de tip chlorotic a scopiţilor.

RÉSUMÉ: V. Walter—*Le sang rouge chez les castrés.*

En étudiant le sang rouge chez 66 castrés bien portants, l'auteur trouve: dans 40 cas une anémie accentuée, dans 15 cas une anémie moyenne. Dans ces 55 cas les maladies n'ont pas eu une influence sur le globule rouge,—10 cas restent inqualifiés.

Dans les 10 cas chez des personnes bienportantes les résultats sont:

H. 3.8—4,1 mil; Hgl 60—75%; val glob. 0,7—0,9 dans 2 cas;

H. 4.2—4,6 mil; Hgl 78—80%; val glob. 0,7—0,9 dans 5 cas;

H. 4.5—5 mil; Hgl 80—95%; val glob. 0,9 dans 3 cas.

Dans 18 cas avec anémie primitive hypocrome chez les castrés, le traitement avec de grandes doses de fer et l'opotérapie a donné de bons résultats, de même dans 28 cas d'anémie pendant ou après les maladies intercurrentes.

L'auteur croit que les anémies de type chlorotique observées sont dûes premièrement aux troubles endocriniens.

ZUSAMMENFASSUNG: V. Walter — *Das rote Blut bei den Kastrierten.*

Der Verfasser studierte das Blutbild bei 66 Kastrierten und fand: in 40 Fällen eine starke Anemie, in 15 Fällen eine mässige Anemie.—In diesen 55 Fällen waren Krankheiten ohne jewelchen Einfluss auf das rote Blutkörperchen.

Zehn Fälle bleiben ohne Qualification.

Bei 10 Fällen von gesunden Personnen fand er folgendes: H—3.8—4,1 mil; Hgl 60—75%; val gl. 0,7—0,9 in 2 Fälle; H. 4.2—4,6 mil; Hgl. 78—80%: val gl. 0.7—0.9 in 5 Fälle; H. 4,5—5 mil; Hgl 80—95%; val gl. 0,9—in 3 Fälle. In 18 Fällen von hipocrome primitive Anemie bei Kastrierten hat die Behandlung mit grossen Eisen-Dose und Opoterapie gute Erfolge gehabt; gleichfalls in 28 Anemie während oder nach intercurenten Krankheiten.

Der Verfasser glaubt dass die hipocrome Anemie von clorotischen Typus die er studiert hat, in erster Reihe durch endokrinische Störungen versursacht ist.

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

OTOSCLEROZA FAVORABIL INFLUENȚATA PRIN TRATAMENT ENDOCRINIC*)

de

D-r V. TEMPEA și **D-r M. LAZEANU**
Conferenţiar Universitar. Medic Secundar.

Otoscleroza — sau otospongioza după denumirea otologilor francezi — privită în lumina ultimelor cercetări, cari cu fiecare an, devin tot mai laborioase şi mai fructuoase în rezultate, este departe de a mai constitui o maladie misterioasă. Atât din punct de vedere etiologic-patogenic, al procesului intim anatomo-patologic, cât şi al tratamentului, dacă nu putem spune că am obţinut precizări definitiv confirmate, nu este mai puţin adevărat însă, că ne apropiem şi încercuim într'un mănunchiu tot mai bogat de cunoştiinţe remarcabile, această boală, socotită o entitate morbidă izolată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Caracterul net social, pe care îl îmbracă prin numărul tot mai mare de cazuri — incurabilitatea, considerată ca cel mai bine definit caracter clinic al acestei maladii, ne-au determinat, să dăm publicităţii observaţiunile şi concluziunile noastre pe un număr de 21 cazuri — referitoare la influenţa favorabilă constatată în urma tratamentului administrat cu produse endocrine.

Să ne fie permis să o spunem, că orice pas înainte, orice observaţiune nouă şi orice contribuţiune în domeniul terapeuticei otosclerozei, trebuesc înconjurate cu cea mai mare atenţiune, dacă nu voim ca într'un timp nu prea îndepărtat, această boală să ajungă a constitui un adevărat flagel social.

Observaţiunile noastre, privesc o statistică de câteva zeci de cazuri, dintre cari 21 mai de aproape cercetate. In cursul expunerii sistematizate a acestei statistici, ne vom permite să facem câteva reflexiuni asupra caracterelor proprii acestei maladii şi asupra tratamentului preconizat.

Din cele 21 de cazuri, 19 observaţiuni se referă la persoane de sex femenin, iar două numai la persoane de sex masculin. Iată deci, nu prin fapt important: *predominenţa la sexul femenin.* Expli-

*) Primit la redacţie la 13 Martie 1934.

caţiunea acestui fapt, trebue căutată în viaţa intensă organică, cu atât de mari schimbări pe care o duce femeia.

Epocile străbătute de femeie în viaţă, începând cu pubertatea şi terminând cu menopauza aduc, fiecare după sine, turburări profunde cu repercusiuni şi fluctuaţiuni mari în activitatea secretorie a sistemului glandular endocrinian. Aceste glande, asociate sistemului nervos, sunt socotite şi pe bună dreptate — elementele cele mai nobile ale economiei umane. Manifestaţiunile lor humorale, rezultând dintr'un desechilibru sunt foarte vaste şi de cele mai multe ori otoscleroza, constitue numai o simplă manifestare locală.

O observaţiune, deasemeni impresionantă la bolnavele noastre cu otoscleroză, este frecvenţa mare de turburări ovariene. Intr'adevăr 13 din cele 19 cazuri, prezintau astfel de turburări. Examinate de ginecologi distinşi, dintre cari nu vom cita decât pe D-nii D-ri Săvulescu şi Garoiu, s'a observat în majoritatea cazurilor hipofuncţiuni ovariene. Aci este locul să menţionăm, că nu suntem nici singurii — şi nici primii care observăm această conexiune intimă, dintre activitatea ovarelor şi otoscleroză.

Din cele 5 cazuri, relatate de Jousseaume, 4 erau fete tinere, între 13 şi 16 ani, la cari otoscleroza a debutat odată cu apariţia pubertăţii — odată deci, cu începutul funcţiunii glandei ovariene. După cum vom avea şi noi prilejul să remarcăm în unele cazuri, mersul evolutiv al otosclerozei, a fost mult favorizat cu ocaziunea sarcinilor şi alăptării. Progresiunea se accentuiază cu o nouă sarcină, pentru ca odată cu instalarea menopauzei să se observe un regres. Datorită acestei observaţii — Lermoyez a proclamat adagiul: „Cine n'a avut otoscleroza până la 40 de ani — nu o va mai avea". S'ar părea deci, ca singur ovarul, trebue să fie organul incriminat drept factorul important în producerea şi evoluţia otosclerozei. In consecinţă, aplicând terapia ovariană — vom obţine terapia otosclerozei. Nu mergem până într'atât, încât să afirmăm acest lucru; nu putem neglija însă faptele degajate din observaţiunile noastre. Astfel în toate cazurile cu hipofuncţiuni ovariene, am administrat produse cu hormoni ovarieni, obţinând nu vindecări, însă cu multă evidenţă, ameliorări. Trebue să spunem însă, că am administrat cu un control riguros această terapie, fiindcă nu am ignorat teoria lui Claude şi Gougerot, asupra interdependenţii glandulare endocriniene. Observaţiuni curente, ne arată, că la pubertate, cu ocaziunea unei sarcini, etc..., corpul thiroid se măreşte de volum. Orice modificare deci, în funcţia secretorie a ovarului, în cursul vieţii femenine, influenţează funcţiunea secretorie a glandei tiroide, care la rândul ei şi conform teoriei lui Claude şi Gougerot influenţează funcţiunea altor glande (hypofiza, etc...).

Se cunoaşte dela Parisot şi Richard, rolul favorabil al secreţiunei tiroidiene asupra metabolismului mineralelor, în sensul că favorizează eliminarea calciului şi a fosforului din organism.

Ori, cum mecanismul anatomo-patologic al otosclerozei, se pare că rezidă într'un proces intens, de demineralizare, de rezorbţiune osoasă, consecutiv unei mari dilataţii vasculare, la nivelul cap-

sulei labirintice, ar părea un non-sens, favorizarea funcţiunii ovariene prin extracte de ovar, care producând hiperfuncţiunea tiroidiană — ar aduce consecutiv — favorizarea procesului de demineralizare osoasă, mai ales ţinând seamă de analogia strânsă, stabilită de Escat, între maladiile prin deficienţa calcarului (rachitism, osteomalacie, etc...) şi otoscleroză.

Se ştie că desvoltarea glandelor genitale şi creşterea scheletului se găsesc sub dependenţa secreţiunilor lobului anterior al hipofizei. Turburarii funcţiunii ovariene se pare că se asociază aceia a funcţiunii glandei hipofize. Admiţând că la hipofuncţiunea ovariană, concomitent avem o hipofuncţiune hipofizară, vom asocia hormonilor ovarieni administraţi şi hormoni de lob antehipofizar şi până la stabilirea echilibrului endocrinian, vom adăoga tratamentul cu calciu şi fosfor. In vederea stabilirei acestui echilibru, am subliniat mai sus, că exercităm un control riguros asupra evoluţiei otosclerozei în urma administrării de hormon ovarian. Căci, uşor ne putem închipui, cum am putea depăşi în plus, acest echilibru şi atunci asistăm la următorul tablou: hiperfuncţiunea corpului tiroid direct influenţat de către ovare şi consecutiv mărirea pragului de eliminare calcară şi fosforată, şi de aci agravarea otosclerozei care până acum era favorabil influenţată de tratamentul endocrinic.

Asupra dozării calciului sanguin şi fosforului precum şi asupra metabolismului bazal, rezultatele obţinute nu par definitive prin faptul variaţiunii lor. Astfel, după unii autori, ar exista hipocalcemie — hipofosfatemie şi o diminuare a metabolismului de bază. In ceiace priveşte cercetările noastre, putem spune că nu am obţinut fapte concludente. Astfel, în unele cazuri, am găsit metabolismul bazal, deasupra normalei, în altele normal sau sub normal. Deasemeni, variaţiunile calciului şi fosforului circulant sunt foarte mari.

Acidoza este incriminată de Blum — Delaoille şi Van Caulert — ca stigmat osteopatic şi ea ar fi responsabilă de decalcifiere, împiedecând fixarea calciului circulant, de către substanţele proteice şi de aci, scoborîrea calciului organic şi mărirea celui circulant. Seudraill-Lassalle şi Bonpoint sunt de acord în a stabili că otoscleroza este rezultanta unui desecihlibru endocrinian — caracterizat prin următorul sindrom humoral: acidoză, hipocalcemie organică, hipofosfaturie, nediferind de cel care caracterizează, marile distrofii osoase. La aceleaşi concluzii ajung, Hornicek, Miroisk, etc...

Trecând acum la un alt caracter, desprindem din observaţiunile noastre că: în 7 din cele 19 cazuri, otoscleroza a căpătat o agravare cu ocaziunea unei prime sarcini, care s'a manifestat în mod progresiv cu ocaziunea alăptărei sau a unei noui sarcini. Aci, este cazul să se pună o problemă foarte delicată; aceea a întreruperii sarcinii la bolnavele cu otoscleroză. Hammerschlag şi Stein spun că avem datoria s'o facem pentru două considerente: 1) Pentru a nu agrava răul, conferind o infirmitate prin diminuarea capacităţii profesionale a femeii, şi 2) Pentru a nu mări numărul celor cu asemenea afecţiuni, dat fiind caracterul hereditar al maladiei în linie directă sau colaterală. Asupra acestui caracter, observaţiunile noas-

tre, arată că din cele 21 de cazuri, 10 aveau în familie, fie pe mama, fie o mătuşă, etc... cu aceeaşi boală. Lermoyez spune: „otospongiaza este o maladie familială", iar ereditatea pare să confirme că distrofia endocriniană există dela naştere, fiind relevată cu ocaziunea diverselor şi profundelor turburări (pubertate, etc...) din organism. Copii, moştenesc deci, determinanţi.

Vârsta bolnavilor examinaţi, varia între 28 şi 45 ani, iar majoritatea afirmau că sufereau încă din tinereţe; sau, cum a fost cazul la câteva din bolnavele noastre unde otoscleroza s'a manifestat odată cu ocaziunea primei sarcini. In 2 din cazurile noastre — 2 femei în vârstă de 34 şi 43 ani — otoscleroza a debutat, cu turburări auditive, odată cu histerectomia făcută pentru kist ovarian.

Cu privie la acuitatea auditivă a bolnavilor măsurată înainte de tratament — ea varia în felul următor: vocea şoptită între $\frac{0}{a.\ c.}$ şi $\frac{40\ cm.}{a.\ c.}$ iar vocea tare (normală) între $\frac{0}{a.\ c.}$ şi $\frac{5\ m.}{a.\ c.}$

Tratamentul a fost prescris şi administrat de noi în felul următor:

Tratamentul general: preparate de hormon ovarian şi lob autehipofizar, asociate calci şi fosforotherapiei.

Tratament local: NICI UNUL, abandonând în totalitatea metodelor terapeutice, ca: insuflaţia trompei, masajul pneumatic al timpanului, tratament nasofaringian, diatermie, etc..., conformându-ne deci sentinţei rostită de Lermoyez: „nimic nu poate influenţa mai rapid evoluţia otospongiozei — decât un tratament local cât mai activ".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Escat, prescrie medicaţie hipofizară asociată uneia de remineralizare. Din statistica de 56 de cazuri raportate, desprindem 34 cu oprirea mersului evolutiv al surdităţii, 5 cu uşoare ameliorări, 2 cu ameliorare manifestă, iar 15 fără rezultat.

Configuraţia statisticii noastre se prezintă în modul următor: din 21 de cazuri observate 7 au prezentat ameliorări urmărite mai mulţi ani, 8 au avut oprire în mersul evolutiv, 3 au prezentat insucces, deci o agravare, iar 3 le-am pierdut din observaţie.

In rezumat: din studiul nostru, ţinem să menţionăm următoarele:

1) *Influenţa favorabilă, obţinută de noi în tratamentul otosclerozei cu produse endocrine — lob anterior de hipofiză şi în cazurile cu hipofuncţiune ovariană — opoterapie ovariană, la care asociem tratament general cu calciu şi fosfor.*

2) *Lipsa oricărui tratament local, considerat dăunător.*

3) *Rezultatele mulţumitoare obţinute cu acest tratament, care conform statisticii, ne arată un procent de 30% ameliorări şi 40% opriri în evoluţie, adică un procent global de influenţări favorabile de 70% din cazuri.*

RÉSUMÉ: V. Tempea et M. Lazeanu — *L'otosclérose favorablement influencée par le traitement endocrinien.*

Les auteurs exposent les conclusions de 21 cas d'otosclérose parmi plusieurs dizaines de cas qui furent bien étudiés; des 21 cas cités, 19 appartiennent au sexe féminin, dans 13 cas on observe des troubles de l'hypofonction ovarienne.

Après avoir administré des produits endocrines (lobe antérieur de l'hypofise, opothérapie ovarienne) en associant le calcium et le phosphore, ils ont obtenu des résultats favorables: 30% améliorations et 40% furent arrêtés dans leur évolution, donc un pourcent global de 70% cas. Les auteurs n'emploient aucun des traitements locaux recommandés, qu'ils considèrent comme dangereux.

ZUSAMMENFASSUNG: V. Tempea und M. Lazeanu—*Die Otosclerose günstig beeinflusst durch endokrinische Behandlung.*

Die Verfasser teilen die Schlussfolgerungen mit bei 21 Fällen von zahlreichen Fällen der Otosclerose welche gründlich studiert wurden, 19 Fälle beziehen sich auf das weibliche Geschlecht, in 13 Fällen wurden hipovariale Störungen beobachtet.

Die Verfasser haben gute Erfolge gehabt nachdem sie endokrinische Preparate (Vordere Lappen der Hypophise, Ovariale Opotherapie) mit Calcium und Phosphor gebraucht hahen und zwar in 30% Besserungen, in 40% Hemmung der Evolution, somit ein global günstiges Prozent von 70% Fälle.

Die Verfasser gebrauchen gar keine locale Behandlungen die bis jezt empfohlen wurden, weil sie sie als schädlich schätzen.

CHLORO-CALCION

LABORATOIRE MICHELS — 9, Rue Castex — PARIS — (IVe)

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.
80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR. $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant DIRECT

Dechlorurant ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI No 1, BUCUREȘTI 3.

Spitalul de femei Cluj
Director: D-r D. Stanca, Secţia Ginecologică

NOI CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL AMENORHEEI ŞI A COMPLICAŢIUNILOR EI*)

de

Docent D-r C. STANCA
medic primar

Sunt bine cunoscute de către ginecologi cazuri de amenorhee, în care organele genitale deşi nu prezintă nici o modificare anatomo-patologică, totuşi rămân refractare faţă de toate tratamentele hormonale obicinuite.

CLU Clujul Medical Biblioteca Universitară Cluj

Având în observaţiunea mea, la Spitalul de femei din Cluj, un caz de *amenorhee complicat cu epilepsie* şi în dorinţa de a provoca menstruaţia, am instituit un tratament cu totul original, preconizat şi aplicat de mine încă în 1929**), pe care nu l'am aflat descris în literatura endocrinologică şi ginecologică, ce îmi stă la dispoziţie, deci cred, că îl pot considera ca fiind procedeu nu numai *original* dar şi *personal.*

Dar las să urmez descrierea cazului:

I. B. de 19 ani, căsătorită de 3 luni, acuză că n'a avut niciodată menstruaţie şi, că dela vârsta de 16 ani sufere de accese foarte dese (2—3 ori pe săptămână) de epilepsie. Accesele de epilepsie au fost văzute şi confirmate de către medicul, care a trimis-o ca să fie primită în Spital. Accesele s'au confirmat şi la noi de către personalul medical, ca fiind într'adevăr epileptiforme.

Din ANAMNEZA reiese, că atât pentru epilepsie, cât şi pentru amenorhee a stat tot timpul în tratamentul medicilor specialişti. Inainte cu 2 ani **a fost operată de apendicită,** crezându-se că accesele epileptice ar fi de origine apendiculară. Dar accesele au rămas şi pe mai departe nemodificate;

---

*) Primit la redacţie la 6 Mai 1934.

**) *D-r C. Stanca:* Contribuţiuni la amenorheea polihormonfilă «Rev. de Obst. Gynec. şi Puericult. 1932 No. 4.

D-r C. Stanca: Notă preliminară la unele procedee experimentale în trat. amenorheei «Clujul Medical» 1932 No. 2.

afară de acestea mai acuză şi dureri de tracţiune în regiunea cicatricei operatorii.

EXAMEN GINECOLOGIC: **Uter în anteflexie-versie, retropoziţie, de volum aproape normal, anexe libere.** In dreapta o cicatrice după apendicectomie cu sensibilitate în regiunea cecală: probabil **aderenţe postoperatorii.**

După ce i s'a făcut şi la noi o serie de injecţii cu extract de ovar, hipofiză, etc., femeia neavând rezultatul dorit, pleacă din Spital, dar revine iarăşi îndeosebi pentru durerile din regiunea cecală.

De data aceasta **i se propune operaţie** din următoarele motive:

1) Pentru că prezintă dureri în regiunea cecală, deci cazul era **suspect de aderenţe,** şi

2) Ca să avem un tablou clar despre starea organelor genitale interne, respectiv pentru a putea aplica, respectiv a traduce în fapt acum pentru a doua oară o idee, care mă preocupa de mult.

Se face **laparotomie transversă** (v. reg. de op. 508/1931). După deschiderea cav. abd. găsim uterul ca fiind aproape normal, în anteflexie versie-retropoziţie, ambele trompe libere, tot asemenea şi ovarele de volum cu totul normal, însă **fără corpi galbeni.** Epiplonul şi cecul aderenţi pe peretele abdominal în dreptul cicatr. laparotomice vechi.

Se rezecă epiplonul şi se desfac aderenţele cecului: se aplică apoi în fiecare ovar câte o injecţie de câte 1 cm.^{3} extract ovarian.

Mersul postoperator bun. Am fost foarte plăcut surprinşi atât cu cât şi femeia şi anturajul ei când **în a 12-a zi s'a prezentat prima menstruaţie, care a durat 5 zile,** fără nici un inconvenient, având cantitatea şi calitatea normală. A părăsit Spitalul în ziua a 18-a, **vindecată.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar ne-a frapat tot atât de mult ca şi apariţia menstruaţiei **dispariţia accesele epileptice!** Intr'adevăr în cele 18 zile de după operaţiune — deci în timpul până la plecare — **femeia nu a mai avut nici un acces.**

S'a prezintat pentru primul control la 35 zile dela operaţiune, cu o stare excelentă, **fără accese de epilepsie.** Deaci încolo a venit deseori la Spital pentru a fi controlată.

Menstruaţia s'a repetat trei luni consecutiv la intervale regulate. In prima lună de după op. a avut o menstruaţie mai abundentă, în celelalte două cantitatea sângelui a scăzut progresiv, în a patra lună nu s'a mai prezentat: deşi nu mai avea din nou menstruaţie, **accesele epileptice nu s'au mai ivit.**

Sub impresia succesului care mi se arăta a fi extrem de îmbucurător, am prezentat cazul Reuniunei Gynec. din Cluj, în una din şedinţele din luna Ianuarie 1932; iar mai târziu (16—20 Oct. 1932), am făcut o comunicare la Congresul de Neurologie, Endocrinologie şi Psichiatrie din Bucureşti, sub titlul: *„Noi contribuţiuni la tratamentul amenorheei şi a complicaţiunilor ei"*, la şedinţa prezidată de D-l Prof. D-r Minea. Tot sub acest titlu am prezentat cazul şi la Congr. de Chir., Obst. şi Gyneg. din Bucureşti, 1933.

Trec vre-o 7 luni fără ca menstruaţia să se prezinte: în acest timp a fost văzută des de către mine sau de către personalul medical al Spitalului de femei. Dar, într'o zi se prezintă cu acuze gastrice, greaţă, vărsături, som-

nolenţă, frizonete. Suspicionăm sarcină fără ca uterul să ne dea suficiente dovezi clinice: amânăm pronunţarea peste 10—12 zile, dar femeia nu mai revine: abia peste vre-o 3 luni se prezintă iarăşi, când **constatăm existenţa unei gravidităţi de aproape 4 luni! N'a mai avut nici un acces de epilepsie dela operaţie încoace.**

Decursul sarcinei normal. Vine la data fixată de noi în Spital, ca să nască. **Facerea** (Oct. 1933) **decurge cu totul normal: se naşte fet viu, matur, de sex masculin.** Status post partum normal.

Să trecem la *analizarea fiziologică* a cazului nostru.

De ani de zile mă frământă întrebarea: Poate să aibă oare o injecţie de extract ovarian aplicată direct în substanţa ovarelor acţiunea *de-a provoca menstruaţie?*

Cazul de faţă are pretenţia de a da un răspuns favorabil acestei întrebări.

Trebue să credem, că *prin depozitarea hormonilor ovarieni, direct în parenchimul ovarian, se poate revoluţiona întreg sistemul celular endocrin;* dar trebuie să constatăm şi cu *acţiunea hiperemiei* cauzată pe de-oparte prin *traumatismul injecţiei,* pe de altă parte prin *iritaţiunea congestivă* cauzată de materia injectată, ca materie *nu* indiferentă ovarului.

Se poate deci susţine că *modificările morale provocate de injecţii în ţesutul ovarelor au proprietatea de a înlocui impulsul, declanşat al primei menstruaţii,* care a trezit în cazul nostru prima manifestaţiune foliculară, cu alte cuvinte *a provocat femeii prima ovulaţiune.* Iar ca prima ovulaţiune s'a deşteptat ciclul de funcţiune periodică a ovarelor, care după cât s'a văzut a fost regulat; cu alte cuvinte ovulaţiunea a urmat la intervale normale, fără a fi acompaniată întotdeauna de fluxul menstrual; menstruaţia nu prezintă o condiţie absolută, sine qua non, pentru fecondaţie. In literatură găsim citate cazuri de sarcini repetate, fără ca femeia să fi avut vre-odată menstruaţie.

Să trecem însă la cealaltă constatare făcută de noi în cazul de faţă: *la dispariţia accesclor epileptice,* cari după cum am arătat, dela operaţie încoace nu s'au mai prezentat niciodată, încât am putea să o considerăm — după un interval destul de lung, de aproape $2^1/_2$ ani — ca fiind scăpată de acest mare inconvenient, adevărat flagel.

Cum explicăm noi dispariţia concomitentă a acceselor de epilepsie?

Ştim, că epilepsia la femei de multeori se institue deodată cu apariţia funcţiunilor genitale: cunoaştem cazuri, în cari accesul epileptic se prezintă cu fiecare menstruaţie, deci trebuie să admitem o oarecare corelaţie între convulsiunile epileptice şi funcţiunile hormonale ale aparatului genital. Unii susţin, că „toxinul menstrual" ar putea provoca convulsiuni epileptice numai în cazurile, când sistemul cerebral este alterat, deci sensibil pentru o epilepsie. Bianchini descrie un caz, în care o femeie de 31 ani, pierde definitiv menstruaţia şi dela data aceasta în fiecare lună, la data

când trebuia să apară menstruaţia, face crize epileptice. In cazul de faţă, după toată posibilitatea, este vorba de o epilepsie provocată de deranjamentul endocrin-ovarian, am putea-o numi *epilepsie hormonală*, ca punct de plecare din ovar.

Atât Everke, cât şi Binswanger admit, că organele genitale printr'o excitaţiune oarecare pot provoca convulsiuni, acţionând însă asupra unui creer alterat. Hanse crede, că excitaţiunea, care provoacă accesele epileptice, ar putea proveni din turburările funcţionale ale ovarelor, cari accese s'ar putea vindeca prin extirparea acestora sau prin castrare radiologică. *In cazul nostru accesele epileptice* au dispărut după inj. intraovariană. Fritsch vizează *labilitatea sistemului hormonal* ale unora, ca moment etiologic pentru *diminuarea* aşa numitei *toleranţe convulsive.*

In tot cazul însă trebuie să se ştie, că în aprecierea fenomenelor de epilepsie ovariană va trebui să dăm cu mult mai multă atenţiune stării patologice cerebrale, decât celor ovariene. Un creer sănătos nici când nu va acţiona cu convulsiuni epileptice în deranjamentele funcţionale ale genitalelor interne, astfel am avea o serie întreagă de observaţiuni de natura aceasta, după operaţiunile ce se fac zi de zi asupra organelor genitale interne femeieşti.

Faptul că femeea a rămas gravidă, fără menstruaţie, ne face să credem, sau cel puţin să presupunem un deranjament al hipofizei, lobul anterior: probabil insuficienţa acestuia a fost cauza, că acţiunea în vederea preparării şi declanşării fazei secretorice, Problan B. nu s'a manifestat în modul obicinuit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Consultând literatura am găsit puţin material, care să-mi poată da explicaţiuni mai ample îndeosebi în privinţa epilepsiei ovariene.

Lucrările lui Hanse, Trepsat, la noi ale lui Parhon şi Urechia tratează acţiunea sistemului hormonal în *„epilepsia ovariană"*.

Deşi nu am decât două cazuri tratate cu injecţie intraovariană de extract ovarian, în care am putut provoca menstruaţia, totuşi cred, că nu va fi fără de interes să arăt, cari cazuri nu pot fi după părerea mea — favorabile pentru acest mod de tratament. Voiu rezuma şi *contraindicaţiile*, pentru ca să se evite dela început greşelile, cari ar putea să pună în umbră valoarea acestui procedeu:

a) In primul rând nu se va face în *amenorheele cauzate de aplazii* respectiv *hipoplazii uterine şi ovariene.*

b) Nu se face în acele cazuri, în cari *amernorheea este cauzată de diabet, malarie sau tuberculoză.*

Am adus acest caz pubicităţii pentru a putea eventual să se consacre prin repetarea procedeului în cazuri similare *) valoarea observaţiunei mele şi a procedeului întrebuinţat, care a avut în cazul meu descris mai sus, rezultate atât de favorabile.

---

*) Mai nou (1934) *Pitulescu* aplică injecţii de extracte hormonale în glanda testiculară, numind acest procedeu «hormonosituterapie».

RÉSUMÉ: C. Stanca — *Contribution nouvelle dans le traitement de l'aménorrhée et ses complications.*

Ayant en observation une femme avec aménorrhée compliquée d'épilepsie, l'auteur, après avoir fait la laparotomie, lui injecte directement dans l'ovaire 1 c. m. c. d'extrait ovarien.

Le 12-e jour, la malade présente la première menstruation et les accès d'épilepsie disparaissent,— la malade reste après enceinte et naquit un enfant bien portant.

L'auteur discute sur le traitement des hormones injectés in situ, dans les cas où le traitement endocrinien ne donne pas de résultats; en même temps il s'occupe de la relation entre l'insuffisance ovarienne et l'épilepsie.

Les contreindications des injektions intra-ovariennes sont: l'aménorrhée due à l'aplasie et l'hypoplasie utérine et ovarienne et les aménorrhées consécutives au diabète, au paludisme et à la tuberculose.

ZUSAMMENFASSUNG: C. Stanca—*Neue Beiträge zu der Behandlung der Amenorhée und ihre Komplikationen.*

Während der Verfasser eine Frau in Beobachtung hat die an Amenorhée mit Epileptischen Anfällen leidet, nach der Laparatomie injektiert er der kranken direkt in den Eierstock 1 cc. Ovarial-extract.

Den 12-ten Tag nachher bekommt die Kranke die erste Menstruation und die Epileptischen Anfälle verschwinden., die Kranke bekommt nachher ein normales Schwangerschaftsende und sie gebärt ein gesundes Kind.

Der Verfasser spricht über die Vorteile der Behandlung mit direkten Hormonalen Einspritzungen in den Fällen wo die endocrinische Behandlung auf anderen Wege keinen Erfolg zeigt: er befasst sich gleichfals mit dem Zusammenhang der Ovarial insufizienz mit der Epilepsie.

Die Contraindikationnen der intraovarialen Injektionnen sind die folgenden: Aménorhée verursacht durch die Aplasie und Hypoplasie der Gebärmutter oder des Eierstockhes und Aménorhée verursacht durch Diabet, Malaria und Tuberculose.

HORMONOTERAPIA MODERNA:

HOGIVAL

preparat folicular riguros titrat.

In comerț: Fiole de 25 U. S. și de 100 U. S.
Tablete de 100 U. S., 300 U. S.

Prețurile din nou foarte mult reduse!

CHINOIN S.A.

MOSTRE PRIN:

FREDERIC SPODHEIM & Co. BUCUREȘTI. 2 B-d Elisabeta 55

TRATAMENTUL NEOPERATIV AL GLAUCOMULUI*)

de

Docent D-r NICOLAE BLATT

Intervenţia chirurgicală în afecţiunile glaucomatoase a fost limitată în ultima vreme la anumite cazuri determinate, — între altele pentru că s'a dovedit că chiar atunci când se obţine coborîrea temporară a tensiunii şi ameliorarea acuităţii vizuale, boala subsistă, adevărata ei cauză rezidând în altă afecţiune a organismului — de ordin mai general. Cercetările biologice recente au confirmat definitiv că terapia glaucomului nu se poate limita la intervenţia chirurgicală (inevitabilă în unele cazuri); că trebue cu alte cuvinte să tindem la însănătoşirea întregului organism. Pe lângă efectul operaţiei (care deşi paliativ, durează uneori câţiva ani), este neapărat necesar să ameliorăm starea generală a organismului.

Digitized by Central University Library Cluj

In tratamentul neoperativ al glaucomului vom urmări deci două acţiuni paralele: un tratament local, cu medicamente indicate, care, înrâurind favorabil ochiul bolnav, să amelioreze hipertensiunea şi să restabilească echilibrul funcţional (acuitatea vizuală, câmpul vizual, etc.); un tratament general al întregului organism, urmărind ameliorarea stării generale şi eliminarea (sau dacă se poate vindecarea radicală) a cauzelor hipertensiunii glaucomatoase. Repetăm: tratamentul local nu e de fapt decât o terapie paliativă, ca şi operaţia anti-glaucomatoasă. Se impune neapărat o terapie cauzală, adică tratarea generală a întregului organism. Recunoscându-se acest adevăr, în urma cercetărilor biologice recente, terapia glaucomului a fost într'adevăr organizată în felul preconizat mai sus.

In tratamentul local, rolul de frunte îl deţin astăzi medicamentele instilate sub formă de picături. Pe lângă pilocarpină şi eserină — a căror acţiune hipotensivă este bine cunoscută — terapia modernă întrebuinţează adrenalina, pituitrina şi histamina. *Wessely* pune şi astăzi pe primul plan mioticele, şi anume pilocarpina şi eserina, a căror acţiune s'ar datora după *Thiel* excitării

---

*) Primit la redacţie la 24 Februarie 1934.

tonusului parasimpatic. Cu excepţia rarelor cazuri refractare, pilocarpina şi eserina se pot întrebuinţa cu şanse de succes în toate formele de glaucom. In cel secundar, rămân însă uneori ineficace; s'au publicat chiar cazuri de glaucom simplu în care pilocarpina şi eserina au avut o acţiune exact contrarie, adică au ridicat şi mai mult tensiunea.

In terapia practică a glaucomului, *Hamburger* a introdus în ultima vreme adrenalina, încercată anterior de *Köllner* şi alţii. La bolnavii la care mioza provocată cu pilocarpină şi eserină rămânea fără efect hipotensiv, adrenalina s'a arătat pronunţat midriatică, combătând astfel hipertensiunea glaucomatoasă prin dilatarea pupilei şi prin acţiunea exercitată asupra reţelei sanguine locale.

Preparatul lui *Hamburger*, denumit Glaucosan, conţine ca element principal adrenalina; acţiunea lui local hipotensivă se explică prin efectul vaso-constrictor exercitat asupra uveei. Vorbim aci de prima fază, care durează numai 1—2 ore după administrarea preparatului; acţiunea hipotensivă *staţionară* trebue atribuită mai curând paraliziei secundare a vaselor, consecutivă îngustării lor, şi reacţiunii hiperemice imediată. In special la irita glaucomatoasă şi glaucomul secundar, preparatul este evident hipotensiv, ceeace se explică în primul rând prin efectul dilatator exercitat de adrenalină asupra pupilei. In multe cazuri se detaşează cu uşurinţă aderenţele irisului dela capsula anterioară a cristalinului; datorită combinării atât de fericite a acelor două acţiuni ale adrenalinei (efectul hipotensiv şi midriaza), se ajunge în aceste cazuri la succese terapeutice apreciabile. Atropina fiind hipertensivă, este contraindicată în asemenea cazuri, iar pilocarpina ar agrava şi mai mult aderenţele iriene.

Chiar la glaucomul simplu, *Hamburger* a obţinut efecte bune cu adrenalina şi glaucosanul, administrându-le mai ales sub formă de picături, mai rar în injecţii sub conjunctivale (0,2 cmc. din sticla originală, în soluţie de 1 %).

In faza a doua — mai sus amintită — acţiunii adrenalinei, efectul e sporit de paralizia simpaticului, asociată cu excitarea parasimpaticului. După *Thiel*, acţiunea vaso-constrictorie a adrenalinei, împiedicând afluxul sanguin în arterele oculare, reduce conţinutul globului şi — prin urmare — coboară şi tensiunea intra-oculară. Această acţiune fericită a adrenalinei nu este posibilă decât la vasele sanguine cu funcţiune normală; în glaucomul absolut şi în glaucomul hemoragic, adrenalina nu poate deci fi hipotensivă.

Introducerea pituitrinei — ca preparat hipotensiv — în terapia practică, a fost preconizată cel dintâi de către *Samoiloff;* el n'a găsit însă imitatori, probabil pentru că — după cum m'am convins şi eu în practica mea — acţiunea hipotensivă, destul de apreciabilă, exercitată de pituitrină local, e însoţită de o puternică reacţiune inflamatorie a ochiului, ceeace face pentru moment imposibilă administrarea acestui preparat. Pituitrina nu poate fi deci astăzi decât un auxiliar organo-terapeutic, care se administrează sub formă de injecţii subconjunctivale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dintre preparatele hipotensive utilizate în terapia glaucomului, cel mai eficace este histamina. Introdusă în terapia practică tot de *Hamburger*, histamina provoacă o mioză care poate merge până la dimensiunea unei gămălii de ac. Midriaza maximă cauzată de atropină se transformă în mioză în câteva secunde. Administrarea histaminei este însă foarte limitată, din pricina acţiunii toxice ce exercită asupra organismului; injectat în ţesutul sub-conjunctival, toxinul poate fi resorbit în circuitul sanguin, pricinuind simptome de otrăvire — eventual până la colaps. In glaucomul acut, cu pupila dilatată excesiv, histamina aduce însă mari servicii, pregătind în primul rând terenul unei eventuale intervenţii chirurgicale, sau făcând chiar inutilă o asemenea intervenţie. Preparatul denumit de *Hamburger* amin-glaucosan — şi care se administrează în picături — conţine histamina în proporţie de 10%; medicul practician îl poate întrebuinţa în formă de picături fără grijă, şi cu mult folos, mai ales în faza atât de periculoasă a glaucomului acut, în care deşi tensiunea e foarte ridicată, există motive care contraindică intervenţia chirurgicală.

In cadrul terapiei glaucomatoase neoperative mai menţionez fototerapia, care are pe cale reflectorie următoarele efecte principale: constricţia vasomotorică, mioza şi efectul hipotensiv.

Cercetările recente făcute de *Seidel, Thiel* şi *Feigenbaum* au constatat că la bolnavii cu glaucom, tensiunea intraoculară creşte de multe ori subit şi în grad apreciabil la întuneric; şi, dimpotrivă, descreşte când se luminează ochiul — direct sau indirect — producându-se în acelaş timp şi mioza. In terapia neoperativă a glaucomului vom folosi deci aceste rezultate experimentale, interzicând ochelarii negri şi recomandând o cât mai largă expoziţie la lumină. Cu decenii în urmă, *Pflüger* a provocat ilaritate, recomandând glaucomatoşilor să nu doarmă în întuneric, ci să ţie toată noaptea lângă pat o lampă aprinsă. Iată însă că astăzi ideea pe atunci ridiculizată a lui *Pflüger* a devenit de actualitate, deşi sub o formă modificată.

Pe lângă tratamentul local, vom pune — după cum am mai spus — un preţ egal, ba după unii chiar mai mare, pe terapia generală şi în special pe aceea îndreptată contra cauzelor reale ale boalei. Astăzi nu e permis să considerăm glaucomul ca o boală strict locală. Sub glaucom înţelegem mai curând un complex de simptome (hipertensiunea intraoculară, alterarea nervului optic, deci defectuozitatea câmpului vizual, pierderea — totală sau parţială — a acuităţii vizuale), — complex localizat la ochi, dar consecinte unei îmbolnăviri generale a organismului, rămasă până astăzi neclarificată. In favoarea acestei teze pledează cercetările recente, cari au dovedit că există o legătură strânsă între tensiunea glaucomatoasă, pe de o parte, şi factorii somatici generali, afluenţa sângelui în vasele intraoculare, circulaţia sanguină în general, tonusul sistemului nervos vegetativ, gradul de permeabilitate al pereţilor arteriali, factori osmotici şi secreţiunea internă, pe de altă parte, toate acestea jucând un rol însemnat în mecanismul regulator al tensiunii

Cluj Univ. Central University Library Cluj

intraoculare. Autorii care au studiat problema glaucomului, împărtășesc azi toți acest punct de vedere. Astfel, după *Römer* glaucomul nu este decât unul din simptomele maladiei complexe ale cărei cauze primare trebue căutate într'o afecțiune a întregului organism. După *Elschnig*, glaucomul este o afecțiune colectivă, incluzând o serie întreagă de procese patologice diverse. *Birch Hirschfeld* consideră de asemenea glaucomul drept noțiunea colectivă a unor afecțiuni diferite, care se asociază toate cu hipertensiunea oculară. Etiologia exactă a glaucomului nu se cunoaște până astăzi, dar legătura lui cu starea generală a organismului este în afară de orice discuție. Unanimitatea autorilor admite că în toate felurile de glaucom trebue întărit întregul organism, împiedicându-se, sau cel puțin slăbindu-se acțiunea deleteră a debilității generale asupra ochiului. Să nu uităm nici un moment că glaucomul constitue, după cum am spus, localizarea unui simptom din complexul unei afecțiuni mai întinse; chiar dacă, în mod spontan sau în urma unei intervențiuni locale — chirurgicale sau medicamentoase, — simptomele oculare se ameliorează, tensiunea scade, acuitatea vizuală devine mai bună, câmpul vizual se mărește, — cauza fundamentală a bolii, adică afecțiunea generală rămâne, și trebue supravegheată de aproape de practicianul universal.

Știm dela *Leber* că creșterea afluenței sanguine intra-oculare provoacă hipertensiune și că, dimpotrivă, diminuarea acestei afluențe pricinuește hipotensiunea oculară. In orice terapie antiglaucomatoasă principiul fundamental trebue să fie deci micșorarea prin orice mijloace a afluenței sanguine, sau mai bine zis eliminarea surplusului de lichid intraocular; și, după echilibrarea acestui lichid, menținerea echilibrului și restaurarea definitivă a stării normale. In acest scop vom administra bucal sau parenteral medicamente cu acțiune generală, prescriind totodată tratamentul dietetic, lăsarea de sânge sau anumite tratamente organo-terapeutice.

Experiențele lui *Hertel* ne arată că tensiunea ochiului (normal sau cu glaucom) stă în raport invers cu concentrația sanguino-osmotică a individului. La concentrațiunea sanguină mărită, forțele osmotice ale organismului duc la hipotensiunea oculară, și viceversa: concentrațiunea sanguină diminuată duce la hipertensiunea globului ocular. Indiferent de cauza concentrației sanguino-osmotice sporite, vom obține totdeauna cu preparatele cristaloide (glicoză sare) apreciabile efecte osmotice. Administrând bucal sau parenteral doze de sare mai mari, vom reduce simțitor tensiunea oculară. In urma acestor constatări s'a ajuns la tratamentul dietetic al glaucomului, cu restrângerea absorbțiunii de lichide și sporirea alimentelor tare sărate. Efectul este și mai intens când introducem sarea sau glicoza pe cale intravenoasă. Cu această metodă *Hertel* a putut normaliza chiar tensiunea ochilor glaucomatoși cu hipertensiune oculară maximă. Procedeul lui s'a dovedit eficace și ca metodă preparatorie înainte de operarea ochilor cu hipertensiune accentuată. *Schmidt* a dovedit că ingerarea îmbelșugată de apă urcă simțitor tensiunea oculară. Experiențele lui l'au dus la concluzia că slă-

bindu-se concentraţia osmotică prin introducerea unei mari cantităţi de lichid, tensiunea oculară creşte. De altfel, concentraţiei osmotice i se atribue în mod unanim un rol foarte însemnat în regularea tensiunii oculare. *Schmidt* a dovedit că glaucomul e mai totdeauna însoţit de turburări capilare pe toată suprafaţa endotelială. Hipertensiunea intraoculară prin ingerarea de lichide se observă mai ales în glaucomul simplu. Rezultatele lui *Schmidt* impun deci o absorbţiune cât mai redusă de lichide; alimentaţia bogată în sare este deasemenea, după cum am arătat, un auxiliar eficace în terapia glaucomului.

Printre medicamentele, administrate bucal sau parenteral, cu eficacitate antiglaucomatoasă dovedită experimental, se numără ginergenul, iodul şi cholinul.

Thiel combate la glaucomatoşi tonusul ridicat al nervilor simpatici cu preparatul ginergen (în a cărui compoziţie intră ergotamina), care nu produce nici un fel de efecte secundare nocive. Acest preparat este în special eficace în glaucomul simplu, în care vasele sanguine oculare rămân de regulă intacte. In glaucomul inflamatoriu, unde vasele sunt alterate, nu putem aştepta dela ginergen o acţiune hipotensivă. După *Thiel*, ginergenul paralizând capetele nervilor simpatici, măreşte permeabilitatea vaselor uveale. Preparatul ginergen pare a fi deci un auxiliar absolut indicat în terapia locală a glaucomului, eficacitatea lui fiind perfect confirmată de experienţele făcute în clinică.

Administrarea perorală a iodului se cunoaşte de mult în terapia glaucomului; putem chiar spune că înainte vreme iodul era privit ca suveran în această privinţă. Dacă iodul a deţinut atâta vreme locul de frunte în terapia glaucomului, e pe de o parte datorită principiului: „Wenn man nicht weiss, wo, was und warum, so gibt man dem Kranken Jodkalium"; pe de alta, pentru că până mai deunăzi se făcea o legătură cauzală între glaucom şi artero-scleroza cu hipertensiune generală. In ultima vreme însă această legătură între tensiunea intraoculară şi tensiunea generală formează obiectul unei vii controverse. Dacă ar exista într'adevăr o asemenea legătură — zice *Hamburger*, — atleţii ar trebui să aibă toţi glaucom, pentru că în timpul antrenamentului tensiunea lor arterială este totdeauna crescută. Totuşi, noi credem că *Hamburger* cam exagerează când interpretează acest nexus causal drept „simplă legendă". *Elschnig* contestă şi el legătura dintre tensiunea oculară şi tensiunea generală. Nimic nu ar dovedi mai bine că tensiunea intraoculară este independentă de cea generală, decât raritatea (incontestabilă) a glaucomului la bolnavii de rinichi, atinşi atât de des de hipertensiune. *Passow* a găsit la glaucomatoşi o iodemie mărită, ceeace ar fi după dânsul o indicaţie categorică contra administrării iodului în terapia glaucomului. Eu însă nu cred nimerită excluderea iodului din această terapie. Uneori glaucomul, respectiv alteraţiunile patologice ale vaselor din ochiul glaucomatos, sunt în indiscutabilă legătură cu artero-scleroza concomitentă a indivizilor în chestiune, iar tensiunea sanguină generală poate fi imperceptibil ridicată sau normală. In aceste cazuri nu ne putem dispensa de iod.

Cholinul a fost introdus de *Passow* în terapia glaucomului. După părerea acestui autor, ţinta principală trebue să fie în terapia glaucomului restabilirea echilibrului nutritiv şi hormonal în ţesuturile organismului, restabilire posibilă după *Passow* prin efectul antagonistic al cholinului faţă de adrenalină. După *Passow*, cholinul din sânge ar fi sub limita normală la glaucomatoşi; autorul recomandă deci ingerarea pe cale bucală a preparatului său „Pacyll" (cu bază de cholin).

Mai amintesc aci interesanta teorie a lui *Meesmann*, care face legătură între tensiunea intraoculară şi reacţia alcalină a sângelui. Glaucomul primar n'ar fi decât o alcaloză a organismului, care a dus la umflarea cristalinului şi a corpului vitros, deci indirect la hipertensiunea oculară. La indivizii cu acidoză s'ar petrece după acest autor procesul invers, aşa cum îl observăm la hipotonia intraoculară a tabeticilor sau în coma diabeticilor.

S'a încercat reducerea tensiunii oculare, deci ameliorarea glaucomului, prin influenţarea secreţiunilor interne cu preparate organo-terapeutice. După unii autori, glaucomul ar sta în strânsă legătură cu sistemul endocrin, aşa că — în unele cazuri — ar fi suficientă administrarea pe cale bucală sau subcutană a unor preparate organo-terapeutice, pentru a se obţine normalizarea durabilă a tensiunii oculare, fără nici o altă medicaţie sau terapie oculară locală. *Schmidt* a putut înregistra scăderea tensiunii unui ochi glaucomatos după o singură injecţie de hypophysină; el explică acest succes prin efectul vasoconstrictor urmat de vasodilataţie şi prin hiperemia consecutivă. *Hertel* face legătură directă între glaucom şi disfuncţiunea poliglandulară. *Passow* a găsit la glaucomatoşi un metabolism mai intensificat chiar decât la oricare din bolile cu caracter general, cu excepţia boalei lui Basedow. In asemenea cazuri este plauzibilă hiperfuncţiunea glandelor care cârmuesc metabolismul (mai ales a tiroidei şi a glandei suprarenale). Plecând dela această premiză, *Passow* consideră deadreptul vătămătoare administrarea preparatelor organo-terapeutice în terapia glaucomului.

Ne aflăm deci în prezenţa unei controverse încă nelichidate în domeniul discutat aici. Observaţiunile clinico-experimentale au confirmat însă mai presus de orice îndoială eficacitatea preparatelor organo-terapeutice în glaucom (de exemplu administrarea subconjunctivală a adrenalinei), dar numai în glaucomul simplu; la formele inflamatorii aceste preparate trebue evitate.

Din timpuri vechi flebotomia a jucat oarecare rol în terapia generală a glaucomului. In timpul din urmă procedeul acesta a fost din nou experimentat de *Stock*, *Heine* şi *Achsenfeld*. Am făcut şi eu acum câţiva ani experienţe clinice şi experimentale, ajungând la convingerea că lăsarea de sânge exercită la glaucomatoşi o acţiune hipotensivă directă şi uneori foarte promptă. Blatt: *„Aderlass bei Glaucom"*, Graefes Archiv für Ophtalmologie, Berlin, vol. 123, pag. 225). In monografia asupra glaucomului publicată de Prof. *Thiel* în „Handbuch der Ophtalmologie" (edit. Prof. *Schieck* şi Prof. *Brückner*, Berlin, 1931, pag. 801), se reproduce din lucrarea

mea suscitată un grafic, care arată acţiunea flebotomiei în glaucomul inflamatoriu acut. (Intr'un caz de glaucom acut grav, flebotomia repetată — prima oară 600 cmc.; a doua oară 300 cmc., a coborât tensiunea oculară dela Schiötz 68 la Schiötz 23, făcând astfel posibilă intervenţia chirurgicală). In monografia profesorului *Thiel*, „Die Physiologie und Pathologie des Augendruckes", apărută tot în „Handbuch der Ophtalmologie", edit. Prof. *Schieck* şi Prof. *Brückner*, Berlin, 1931, pag. 690, se reproduce tot din lucrarea mea suscitată alt grafic, din care se vede că flebotomia poate coborî în mod durabil tensiunea oculară.

Efectele terapeutice ale flebotomiei în glaucom au fost definitiv recunoscute şi în literatura didactică. Astfel Prof. *Thiel* scrie la pag. 690 a suscitatei lucrări: „Tot compoziţiei sanguine modifi-„cate trebue atribuit şi efectul flebotomiei, efect studiat de curând „de *Blatt* experimental şi clinic. Extrăgând sânge din urechea epu-„relui, *Blatt* a făcut să scadă tensiunea ambilor ochi, şi anume cu atât „mai accentuat şi cu atât mai durabil, cu cât luase mai mult sânge „şi cu cât hipertensiunea oculară fusese mai mare înainte de expe-„rienţă. Repetând luarea de sânge, n'a intensificat hipotensiunea, dar „a mărit durata ei. Micşorarea prin luare de sânge a volumului san-„guin este compensată de umorile, care afluează din toate ţesu-„turile corpului în circuitul sanguin".

„In felul acesta, concentraţia osmotică se modifică şi ea, accelerându-se deci şi mai mult afluxul moral în circuitul sanguin".

„Umoarea din ochi fiind şi ea evacuată, volumul globului se micşorează şi tensiunea intraoculară scade".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Luând sânge, micşorăm volumul sanguin total şi astfel facem să aflueze spre circuitul sanguin umorile ţesuturilor. Schimbul de umoral între ţesuturi şi circuitul sanguin este regulat de două forţe anatagonistice, anume de presiunea coloido-osmotică a sângelui şi de presiunea hidrostatică a capilarelor. Deranjându-se echilibrul dintre aceste două forţe, de exemplu prin micşorarea presiunei capilare, afluxul umoral din ţesuturi spre sânge sporeşte. Prin luarea de sânge, tensiunea capilară scade. Afluxul sporit al acestor umori spre circuitul sanguin sporeşte mai cu seamă în cazurile cu fenomene de stază, de pildă în cele cu oedem. Acelaş lucru şi la glaucom, unde fenomenele de stază predomină fără îndoială în interiorul ochiului.

Efectul favorabil pe care-l exercită în terapia glaucomului luarea de sânge, nu se poate explica decât prin cooperarea mai multor factori. Imediat după lăsarea de sânge, se intensifică afluxul spre circuitul sanguin al umorilor din toate ţesuturile corpului, şi mai ales din ţesuturile şi organele în care în momentul respectiv există o congestie sau o supraproducţie de umori, cum e cazul la ochiul cu glaucom. Efectul natural al acestei măsuri este deci descreşterea volumului ocular, şi ca urmare coborîrea tensiunii oculare.

In unele cazuri de glaucom inflamatoriu (acut sau cronic), s'a reuşit prin luări de sânge repetate să se coboare tensiunea intraoculară şi în acelaş timp să se amelioreze atât de mult afecţiunea

generală (cauză a simptomelor glaucomatoase), încât tensiunea oculară să rămână şi mai târziu la nivelul normal, îmbunătăţindu-se în acelaş timp şi acuitatea vizuală. Prin luarea de sânge, medicul practician poate cupa accesele de glaucom, descongestionând ochiul — până în momentul propice operaţiei, — de presiunea intraoculare vătămătoare. Eficacitatea luării de sânge este foarte preţioasă, mai ales în glaucomul cu hipertensiune intraoculară excesivă. Aceste lăsări de sânge nu pot înlocui intervenţia chirurgicală, dar repetându-le de câteva ori putem pregăti terenul pentru operaţie. Dar şi în glaucomul în care nu e indicată operaţia putem obţine prin luarea de sânge efecte cu adevărat salvatoare.

Acţiunea mioticelor poate fi sporită şi prelungită prin lăsarea de sânge, care în unele cazuri poate suplea chiar mioticele ineficace, asigurând astfel normalizarea tensiunii intraoculare.

Din cele expuse până aici se vede că în terapia neoperativă (locală şi generală) a glaucomului, ne stau la îndemână mai multe metode, verificate toate prin întinse studii clinice şi experimentale.

Nu este rolul practicianului să se pronunţe pentru una sau alta din teoriile desbătute în literatură. Medicul practician n'are decât să aleagă printre aceste metode, pe aceea cu şanse terapeutice mai numeroase; în această alegere el trebue să se orienteze şi după natura specifică a pacientului tratat. In terapia practică noi nu suntem partizanii tatonărilor. Principiul „non nocere" nu trebue să ne părăsească niciodată. Infăţişându-ne toate metodele terapeutice disponibile, de a căror eficacitate suntem perfect convinşi, o vom alege pe aceea care ni se pare mai indicată în cazul dat. Regula aceasta este cu atât mai valabilă în glaucom, cu cât aci şovăirile şi tatonările pot duce la vătămarea ireparabilă a vederii bolnavului. Lucrând simultan cu mai multe metode capabile, să coboare tensiunea oculară, efectul va fi firesc întărit. Este însă indispensabile să complectăm terapia cu o necurmată supraveghere a pacientului, călăuzită cu obiectivitate şi auto-critică maximă. Cine nu stăpâneşte perfect diagnostica, va pierde în terapia practică terenul de sub picioare. Diagnoza glaucomului nu e permisă fără tonometru, precum nici iniţiarea şi continuarea tratamentului nu sunt posibile fără acest auxiliar. In afecţiunile oculare, tonometrul joacă rolul termometrului în afecţiunile generale interne. Oculistul trebue să facă în glaucom diagrame de tensiune, luni sau chiar ani de zile, după cum internistul face diagrame de temperatură în tuberculoză.

Iată *metoda terapeutică de care mă servesc eu în terapia glaucomului* şi pe care o aplic cu controlul repetat al tensiunii, al acuităţii vizuale, câmpului vizual şi fundului ochiului:

Ca tratament local dau pilocarpină-eserină, mai ales în formele inflamatorii, acute şi cronice. Pe lângă pilocarpina-eserina prescriu uneori picături de adrenalină sau glaucosan (odată pe săptămână), urmărind prin aceasta, ca să zic aşa, împrospătarea necurmată a efectelor pilocarpinei.

La glaucomii asociaţi cu irită, dau preferinţă tratamentului cu adrenalin-glaucosan. La glaucomul acut vehement, care rezistă chiar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

celui mai energic tratament cu pilocarpină-eserină (administrat în 1—2 picături la fiecare oră, timp de două zile), recurg la histamină sau la amin-glaucosan, care nu mă abandonează decât în cazuri extrem de rare.

Aceste preparate îngustează în chip apreciabil pupila, coborând tensiunea şi pregătind astfel terenul pentru operaţia antiglaucomatoasă.

Ca tratament general prescriu dietă: de preferinţă mâncări sărate, foarte puţine lichide, orientare spre vegetarianism. Ca medicaţie internă dau tablete de ginergen, pe care le-am verificat eficace în glaucomul inflamatoriu, apoi iod, când constat coexistenţa arteriosclerozei. Odată pe săptămână luare de sânge (200—300 cmc.). Dacă cu toate aceste măsuri tensiunea intraoculară nu scade, mă decid să fac intervenţia chirurgicală devenită indispensabilă.

In glaucomul inflamatoriu acut, precum şi în cel secundar, practic iridectomia. La glaucomul secundar: tratament local cu adrenalină-glaucosan; dacă acesta rămâne ineficace, intervenţie chirurgicală. La glaucomul simplu: administrez local pilocarpina-eserina, uneori adrenalina; intern ginergen şi organo-terapie. Operaţia o evit cât mai multă vreme la această formă de glaucom, — o regulă pe care n'o pot accentua îndestul pentru glaucomul simplu. Dacă operaţia devine totuşi indispensabilă, aleg şi aci, ca şi la glaucomul inflamatoriu cronic (unde operaţia e indicată mai des), *ciclodializa*. După publicaţiile lui *Heine, Elschnig* şi *Salus*, lucrările mele apărute în limba germană şi limba italiană au preconizat cele dintâi ciclodializa în chirurgia glaucomului. (*Blatt:* „Zyclodialyse", Verhandlungen der ausserordentlichen Tagung der ophtalmologischen Gesellschaft in Wien, August 1931, pag. 79; = *Blatt:* „La ciclodialisi". Annali di ottalmologia e clinica oculistica, Roma, anno 51, 1923, fasc. 9—10).

Ce trebue să evite bolnavul de glaucom? Cititul, scrisul şi cusutul sunt nu numai permise, dar chiar recomandabile (ţinând seama de îngustarea pupilei în acomodare şi de hiperemia vaselor uveale). De lumină să nu se ferească, din contră, să prefere expunerea la lumină. Ochelarii negri nu sunt recomandabili. Mişcarea în aer liber nu strică. Sportul e permis cu oarecare precauţiune. Femeilor cu glaucom nu li se va interzice graviditatea, dimpotrivă s'a constatat că în ultimele luni ale sarcinii tensiunea oculară scade şi hipertensiunea glaucomatoasă se transformă uneori în hipotensiune; e drept însă că în timpul sarcinei simptomele glaucomatoase se constată extrem de rar. Explicaţia acestei rarităţi o găsim în modificarea reacţiunii sanguine în timpul gravidităţii.

Mai accentuez un lucru, care nu trebue niciodată pierdut din vedere în discutarea problemelor din jurul glaucomului: De regulă, primele simptome ale afecţiunii nu se constată (mai ales în provincie) de medicul oculist, ci de un practician universal. Acesta se va feri să confunde primele faze ale glaucomului — mai ales ale celui simplu — cu cataracta incipientă. Inainte de a alege terapia portivită, este indispensabil să fim absolut siguri de corectitudinea diagnozei.

RÉSUMÉ: N. Blatt — *Le traitement inopérable du glaucome.*

Le traitement inopérable du glaucome doit avoir comme but: l'amélioration de l'hypertension du globe oculaire, rétablissant l'équilibre fonctionnel et la modification de l'état général en éliminant les causes de l'hypertension du glaucome.— Après avoir analysé les différents médicaments et traitements preconisés, l'auteur expose son système de traiter le glaucome.

Il administre localement: la pilocarpine, l'éserine, surtout dans les formes inflammatoires aiguës et chroniques.

Dans le glaucome, avec irite, l'auteur donne de l'adrenaline-glaucosan.

Dans les cas rebelles, il recourt à l'hystamine ou amin—glaucosan.—Comme traitement général il recommande des aliments salés, peu de liquides, des végétaux.

Comme médication interne du gynergen, du iode (quand on constate l'existence de l'arterio—sclérose).

Une fois par semaine des saignées, (200—300 c. m.).

Quand ce traitement ne donne pas les résultats désirés il recommande l'intervention chirurgicale.

ZUSAMMENFASSUNG: N. Blatt — *Die unoperierbare Behandlung des Glaukoms.*

Die unoperierbare Behandlung des Glaukoms muss folgenden Zweck haben: die Verbesserung der Hypertension des Augapfels in dem man das funkionnelle Gleichgewicht wiederherstellt und die Änderung des allgemeinen Befindens, durch die Ausscheidung der Ursachen der Glaukomatösen Hypertension.

Nachdem der Verfasser die verschiedenen Arzneien und empfohlenen Behandlungen analisiert, teilt er seine Art und Weise mit das Glaukom zu behandlen.

Local verschreibt er Pilocarpin Ezerin besonders in den entzündlichen, acuten und kronischen Fällen.

In dem Glaukom mit Iritis verschreibt er Adrenalin—Glaukosan. In rebellen Fällen gibt er Hystamin oder Amin—Glaukosan.

Als allgemeine Behandlung verschreibt er gesalzene Nahrung, wenig Flüssigkeit, Gemüse.

Als interne Arznei: Gynergen, Iod (wenn man gleichzeitige Arteriosklerose findet). Einmal wöchentlich Blutschöpfung (200—300 cmc.).

Wenn diese Behandlung keinen Erfolg zeigt, dann greift man zu chirurgischen Mitteln.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VARICELE (MALADIA VARICOASĂ) DIN PUNCT DE VEDERE ETIOLOGIC ŞI IN LUMINA UNUI NOU TRATAMENT*)

de

D-r GRIGORIU DUMITRU

Medic Şef de Spital.

MOTTO:

Când experienţa evidenţiază un fenomen care se repetă — răsturnând teoriile dominante, trebue să ei drept bun fenomenul şi să laşi la oparte teoria — chiar atunci când această teorie susţinută fiind de nume mari — a fost în general adoptată.

CLAUDE BERNARD.

Dela începutul acestor rânduri — mă găsesc obligat să declar că, cele ce vor urma, sunt rezultat al unor observaţiuni — care ies din cadrul celor căutate de mine — şi întărit de axioma părintelui fiziologiei — marele Claude Bernard — îmi dau curajul să relatez aci împrejurările care mă îndreptăţesc să dau publicităţii cele următoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In luna Martie a anului 1933, am fost chemat să tratez pe D-na R. C., în etate de 65 ani — suferind de o sciatică veche şi rebelă — localizată pe tot lungul piciorului stâng.

Bolnava — deşi nu putea părăsi patul de mai bine de 5 luni, — prezintă totuşi voluminoase varice, şerpuind sub piele pe faţa internă a coapsei stângi, făceau adevărate pungi în scobitura poplitee, şi continuau voluminoase şi nodoase, pe toată gamba stângă — până la gleznă.

Cum nu făceam atunci nici un fel de legătură între sciatica pe care fusesem chemat să o tratez şi varicele pe care bolnava le prezenta, m'am mulţumit să tratez sciatica şi să observ varicele, numai ca un ce care nu putea trece neobservat.

Pe măsură însă ce tratamentul sciaticei — cu procedeul preconizat de mine, se apropia de sfârşit, durerile sciatice mergând şi ele repede spre dispariţie, varicele — deşi bolnava părăsise patul, pe toată întinderea lor deveneau mai puţin vizibile — tumoretele venoase se ştergeau — pereţii venelor duri şi noduroşi — îşi recăpătau şi forma şi elasticitatea lor.

După a 16-a zi de tratament când durerile sciatice dispăruseră complect şi bolnava îşi reluase ocupaţiile ei casnice, bolnava a observat că, odată cu durerile, au dispărut şi cordoanele varicoase şi durerea care le însoţea, şi care

*) Primit la redacţie la 26 Martie 1934.

timp de mai bine de 20 de ani, de când avea varicele, fusese aproape permanentă.

In luna Iulie 1933, când am revăzut bolnava, — de data asta întinerită şi mulţumită — şi am rugat-o să-mi îngăduiască să revăd piciorul fost bolnav, bolnava m'a întrebat: Vrei să vezi că nu mai am varice? şi la răspunsul meu afirmativ, am revăzut de data asta un picior complect refăcut şi ca masă şi tonicitate musculară şi cu venele varicoase altă dată, revenite la aspectul aproape normal.

De atunci — pentru a mă edifica mai bine, dacă nu cumva această vindecare, a varicelor, a fost numai ceva întâmplător — mi-am urmărit şi observat toţi bolnavii, care concomitent cu Sciatica lor aveau şi manifestaţii varicoase — în proporţie de cel puţin 75—80% — fiecare bolnav cu afecţiune nevritică — prezinta şi afecţiune varicoasă — mai mult sau mai puţin pronunţată. Rezultatul acestei observaţii persistente, a fost că am putut stabili existenţa unei strânse legături între afecţiunea nervului şi afecţiunea vaselor corespunzătoare şi apoi că inovaţia mea terapeutică persistă să aibă — pe lângă efectele curative ale nevritei şi efecte curative — de durată, asupra dilataţiilor venoase, făcând să dispară odată cu durerile nevritice şi maladia varicoasă care, în genere, le însoţea.

Pentru o mai bună edificare voi relata cazul unui inginer silvic D-l Al. în etate de 62 ani, un vechi nevritic şi un vechi varicos, care prezintă varice voluminoase ale ambelor gambe şi varice nodoase pe coapsa dreaptă, care îl jenau şi îl obligau să renunţe la oboselile mersului.

După 18 zile de tratament, acest bolnav vindecat de durerile nevritice — s'a vindecat şi de varice cordoanele şi dilataţiile varicoase fiind complect reduse şi cu totul indolore.

O observaţie similară — priveşte pe D-na S., în etate de 67 ani, care concomitent cu o sciatică dreaptă şi o radiculită dublă — prezintă o stare varicoasă a venelor subcutanate abdominale safena, — epigastrica — circomflexă abdominală şi ruşinoasă externă — cum şi un pachet hemoroidar procident şi dureros. In cursul tratamentului meu — vizând sciatica şi radiculita pacientei, toate aceste dilataţii venoase cum şi masa hemoroidară, să reduceau zi cu zi — venele îşi recăpătau forma şi calibrul lor — tinzând spre normalizare, pentru ca la finele tratamentului, după 18 zile — odată cu dispariţia totală a durerilor nevritice, maladia varicoasă să poată fi şi ea, ca şi hemoroizii — socotiţi ca dispăruţi.

Fenomene similare de dispariţia varicelor, am observat în toate cazurile în care bolnavii trataţi de mine pentru afecţiuni nevritice, prezintau în acelaş timp şi stări varicoase — fie ele dilataţii superficiale şi mici ale capilarelor sau ramificaţiilor mici, cu pigmentare tegumentară — fie dilataţii mari — nodoase ale trunchiurilor principale venoase.

Printre bolnavii observaţi şi urmăriţi — şi al căror număr depăşeşte câteva sute, pot relata şi cazul meu privindu-mă pe mine personal. Asa, — în anul 1932, după nişte dureri nevritice generalizate — mai accentuate pe traiectul ambilor sciatici — căpătate în urma unor băi reci am făcut o stare varicoasă — interesând cu predilecţie ramificaţiile inferioare ale safenei

interne, cu o pigmentare tegumentară peri-maleolară, — care deşi fenomenele de nevrite dispăruseră, rămăseseră bine vizibile — aşa cum sunt şi astăzi.

In anul curent în luna Ianuarie, — în urma unei răceli — am făcut o criză acută de sciatică pe trajectul sciaticului stâng.

Tratându-mi sciatica — bine înţeles cu procedeul meu propriu — nu cu mică surprindere am văzut că odată cu sfârşitul sciaticei — mi-au dispărut dela piciorul bolnav şi venele dilatate, cum şi pigmentarea rămasă din sufuziunile sanguine de acum 2 ani — rămânând acum vizibile pe piciorul drept.

Satisfacţia mea este mare nu atâta pentru că am scăpat de aceste dilataţii venoase — cât pentru faptul că atunci când ele s'au produs — internat fiind în sanatoriul Brâncovenesc — în căutarea adânc regretatului meu profesor şi preşedinte de teză Prof. D-r Teohari, boala mea — curioasă prin manifestările ei a dat loc la o întreagă serie de diagnostice — şi din toate — sigurul pus de mine de polinevrită a frigore — a rămas în picioare, aşa cum a dovedit după 2 ani — rezultatul tratamentului meu interesând cauza care pricinuise boala.

Referitor la rezultatele bune obţinute de mine — prin tratamentul meu indirect asupra hemoroizilor — privind un număr prea mic de bolnavi — abia 5 — mă fac să relatez aceste observaţiuni, numai cu titlul de curiozitate. Menţionez că într'un caz, — deşi bolnava nu prezintă nici o afecţiune nevritică, prezentând numai o stare hemoroidară cu pierderi de sânge şi dureri, făcând parte din familia mea, am putut-o utiliza drept cobai de experienţă, şi aplicându-i tratamentul meu — ca şi cum ar fi fost o sciatică, după 5 injecţii — adică 10 zile — durerile fiind dispărute din primele 2 zile — hemoroizii s'au retractat complect — încetând şi pierderile de sânge şi acum după mai bine de 5 luni, bolnava este perfect sănătoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faţă cu aceste observaţiuni numeroase privind indirect, dilataţiile venoase — sau maladia varicoasă — socotesc că mă pot îndreptăţi să atrag o concluzie şi să stabilesc o normă dându-mi dreptul să mă întreb dacă teoriile de până acum privind etiologia varicelor: insuficienţă valvulară, excitaţia hormonală a simpaticului venos cu acţiune asupra fibrei netede din pereţii venelor, deficienţă endocrinienă, hereditate, sarcini, frig, căldură, etc., sunt cele bune şi singurele bune.

Tot odată mă îndreptăţesc să mă întreb dacă *nevritele* şi în special nevrita sciaticului şi ramurilor lui — sunt ele un efect al ischemiei, ca rezultat al deficienţei circulatorii artero-venoasă, sau aceste nevrite, sunt prin ele însăşi o cauză care produce jena şi deficienţa circulatorie, prin faptul că nervul bolnav nu mai poate fi regulator al tonusului pereţilor vaselor — în special vene mici al circulaţiei generale.

Şi ca o nouă dovadă în susţinerea teoriei mele amintesc că toţi bolnavii — dar absolut toţi — suferind de afecţiuni nevritice — radiculite, sciatică, — nevrita a medianului sau sciatica medianului a lui Sicard, se plâng sistematic de o senzaţie permanentă de frig în regiunea bolnavă — senzaţie care nu poate avea altă explicaţie decât această deficienţă circulatorie de ordin nevritic — şi sub dependenţa nervului direct bolnav.

Ca concluzii, bazat pe efectele indirecte obţinute prin inovaţia mea terapeutică vizând direct afecţiuni ale nervilor periferici, am convingerea că afecţiunile venoase: varice şi hemoroizi, sunt direct dependente de afecţiunile nervilor corespunzători — care regizează tonicitatea peretelui vascular şi că, îndată ce nervul bolnav — în urma tratamentului şi-a recăştigat puterea lui funcţională, îşi reia rolul dominator de stăpânitor al funcţiunilor vasculare, făcând să dispară şi dilataţiile şi îndurările varicoase, care erau un rezultat al îmbolnăvirei nervului.

Din faptul că, tratamentul preconizat de mine se adresează numai şi numai afecţiunei nervului — ca entitate maladivă, şi nu priveşte nici hormoni, nici glande endocrine, nici vre-un alt element cu rol patogenic în producţia varicelor, rezultă credinţa pentru mine, că teoria mea este cea mai apropiată de adevăr.

Mai rezultă de aci şi faptul că tratamentul meu — adresându-se direct cauzei reale a maladiei varicoase, boala nervului este mai raţional, mai uşor aplicabil, mai lipsit de riscuri şi fără nici o contra-indicaţie, spre deosebire de preconizările vechi de altfel — încep dela 1853 cu Chassaignac Pravoz Weniheiner-Lyendre, Schiassi din Bolonia, etc. şi devin moderne şi generalizate prin autoritatea lui Sicard, preconizări care tind la sclerozarea dilataţiilor venoase, deci la o desfiinţare a circulaţiei venoase, pe un teren a cărei întindere, nu se poate controla — contrar: *tratamentul meu restabileşte şi normalizează circulaţia prin normalizarea tonicităţei vasculare, fără a scleroza vasele.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Grigoriu Dumitru: *Les varices au point de vue étiologique et dans la lumière d'un nouveau traitement.*

En traitant selon un procédé personnel des malades de sciatique qui présentaient des varices du membre malade, l'auteur observe en même temps que la guérison de la sciatique des améliorations jusqu'à la disparition des dilatations variqueuses.

Comme suite des observations et traitements faits sur de nombreux cas l'auteur conclue que les affections veineuses (varices et hemoroïdes) sont directement dépendantes des affections des nerfs correspondants qui régissent la tonicité de la paroi vasculaire; aussitôt que le nerf malade regagne, à la suite du traitement, son état fonctionnel normal, en reprenant son rôle de régulateur vasculaire, il fait disparaître les dilatations et les lésions veineuses.

ZUSAMMENFASSUNG: Grigoriu Dumitru — *Die Krampfader (die Kramfader-Krankheit) von etiologischen Standpunkte und im Lichte einer neuen Behandlung.*

Der Verfasser macht die Beobachtung dass wenn er Ischias-Kranke welche auch Krampfadern des kranken Gliedes zeigen nach einem persönlichen Verfahren behandelt, dann erscheint gleichfalls mit der Heilung der Ischias auch eine Besserung, bis zum totalen Verschwinden der Krampfadererweiterungen.

Aus der Beobachtung und der Behandlung von zahlreichen Fällen, zieht der Verfasser die Schlussfolgerung dass die Aderkrankeiten (Krampfader und Hemoroïden), direkt abhängig sind von den Krankheiten der entsprechenden Nerven, welche den Tonus der Blutgefässe führen und dass sobald der kranke Nerv in Folge der Behandlung wieder seinen normalen Zustand ereicht, indem er wieder seine Rolle alls Blut Geffässordner übernimmt, auch die Erveiterung und die Schmerzen der Krankadern verschwinden macht.

SEMNUL BANULUI *)

de

D-r ŞT. ODOBLEJA

ISTORIC. — Vorbind despre semnul banului, este nedrept a începe cu **Pitres** şi este mai just a începe cu **Laënnec** care, cel dintâiu, a utilizat transsonanţa. Căci semnul banului nu este decât tot o transsonanţă.

Apoi trebuie vorbit de **Trousseau,** care are meritul cel mai mare, pentrucă el este acela care a găsit că uneori este util să loveşti plessimetrul nu cu ciocanul de cauciuc, ci cu un corp metalic. El este deci inventatorul unei technici noui; el a folosit un sunet nou.

Revine apoi onoarea lui **Le Sieur** de a fi extins domeniul de aplicaţiune al technicei lui **Trousseau,** aplicând această inovaţie la pleurezii. **Pitres,** ca Profesor, a făcut cunoscut semnul lui Le Sieur, şi semnul a rămas cu numele maestrului, nu al celui care l-a descris pentru prima oară. S'a şi zis că, din atâtea lucrări şi descoperiri ale lui Pitres, ironia soartei a făcut ca numele lui să nu rămâe legat decât tocmai de ceeace nu era în realitate al lui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Timp de 30 ani, lucrurile au rămas aci: un semn obscur, o simplă curiozitate, şi pe bună dreptate. Acest semn imita transsonanţa toracică (auscultaţia plessimetrică) şi proceda la fel, percutând în faţă ascultând la acelaş nivel în spate, sau vice-versa. Technica era defectuoasă, falşă, în totală ignorare a principiilor de acustică.

Empirismul a durat mult timp. In 1911, D-rii **Iacobsohn** şi **Danielopolu** publică „Noui contribuţiuni la semnul banului" şi prin intermediul Prof. **Achard,** fac şi o comunicare la Societatea medicală a spitalelor din Paris. Prin studiul lor ei stabilesc că nu e necesar, ba chiar nu e bine să baţi la acelaş nivel, la care asculţi. Ei propun să facem percuţie metalică în zona cordului sau a ficatului, urechea deplasându-se de sus în jos în spate.

In acest stadiu se găseau lucrurile în 1927, când eu am venit cu o contribuţiune personală transonanţa sunetului de plescăit. Cu ajutorul acestei noui technici de transsonanţă cu totul deosebită de aceea a lui Trousseau, am stabilit legile transsonanţei lichidiene fonoscopice, topografia sa normală şi aplicaţiunile în semeiologie, publicând rezultatele studiilor mele în 1929 şi 1930 în Buletinul Medico-Terapeutic „Un nou semn în pleurezie" şi „Metodă de transsonanţă cu aplicaţie în toată

*) Primit la redacţie la 15 Martie 1934.

semeiologia". In 1930, am introdus o nouă variantă de technică „transsonanţa sunetului de frecare".

Ulterior ca pentru o verificare şi comparaţie şi totodată în scopul de a găsi eventuale sunete şi mai elective, am întreprins experimentări cu toate sunetele ce mi-am putut imagina, — între altele şi cu sunetul metalic. Am găsit că acest sunet metalic se propagă după aceleaşi legi ca şi sunetul de plescăit, sau sunetul de frecare — realizând astfel, pe o cale deturnată şi în sens retrograd, un procedeu nou de semn al banului.

I) S. BANULUI, PROCEDEUL LE SIEUR-PITRES

Constă în a percuta două monede de aramă în faţă şi a asculta în spate (sau vice-versa) de aceeaş parte (dreapta sau stânga) şi la acelaş nivel.

Domeniul său de aplicaţie era regiunea toracică. In mod experimental a fost încercat şi la abdomen, mai ales în ascite, dar fără nici un rezultat practic. El a rămas astfel cu o indicaţie limitată la colecţiile pleurale.

CRITICA PROCEDEULUI SIEUR-PITRES

Acest procedeu era:

1) *Empiric în technica sa,* pentrucă banii de aramă nu erau singurele obiecte posedând calitatea depistării colecţiilor.

2) *Eronat în principiile sale,* pentrucă la bază era credinţa că sunetul se propagă în linie dreaptă ca o rază perpendiculară pe locul lovit. (In realitate sunetul se propagă sferic, ca o undă, (Fig. 5 şi 7). Drept corolar, se percuta *numai în sens anteroposterior,* regiunile laterale rămânând inexplorabile; se percuta *exclusiv simetric,* ceeace nu era riguros necesar, ba era chiar defectuos, se percuta riguros *la acelaş nivel cu urechea* care asculta de partea opusă, regulă fundamental greşită care nu făcea decât să încurce metoda, cauzându-i o mare inferioritate în rezultate.

3) Se ignorau deosebirile fundamentale dintre transsonanţa prin lichide şi transonanţa aerică (pulmonară şi intestinală), (Fig. 5, 3, 5 şi 7).

4) Se ignorau zonele de transsonanţă aerică şi zonele de transsonanţă lichidiană (ficat, cord, reg. lombară şi fesieră), — se ignora deci topografia normală a simptomului.

5) Era redus, limitat în aplicaţiunile sale: limitat la colecţiunile pleurale, şi nu la toate, ci numai la cele libere şi generalizate la întreaga cavitate pleurală, (cu nivel egal în spate şi în faţă), scăpându-i astfel: pleureziile cu lichid puţin şi cele localizate (închistate) posterioare, anterioare şi laterale (Fig. 2).

II) S. BANULUI, PROCEDEUL JACOBSOHN-DANIELOPOLU

Acest procedeu constă în a percuta într'un loc fix (spaţiul IV intercostal stâng lângă stern) şi a asculta în spate. In modul acesta colecţiile pleurale sunt sesizate în spate *chiar atunci când nivelul lor în spate e mai ridicat decât în faţă,* ceeace nu era posibil cu procedeul Le Sieur-Pitres, (Fig. 1).

Procedeul Iacobsohn-Danielopolu *constitue un progres*, fiindcă autorii au descoperit o zonă optimă de percuţie, au substituit banilor un plessimetru de oţel îngust şi au precizat repartiţia diferitelor nuanţe de sunet metalic în regiunea toracică în stare normală.

Dar prezintă o renunţare şi limitare voită, fiind:

1) *Stereotip în technica sa*, căci înseamnă ca toată metoda de transsonanţă metalică să se reducă la a percuta într'un singur loc, fix, punctiform; iar de ascultat să se asculte numai în spate. Prin aceasta s'a redus o metodă generală la dimensiunile modeste de procedeu particular; procedeu el însuşi pasibil de obiecţiuni.

2) Limitat în aplicaţiunile şi posibilităţile sale:

a) La o delimitare *numai în sens antero-posterior, inaplicabil pentru părţile laterale* (pleurezii laterale localizate, închistate; delimitarea spre axilă a pleureziilor întregei cavităţi), (Fig. 2).

b) La o delimitare *numai în spate* (în faţă pleureziile rămân nedelimitate, iar cele localizate anterior, — închistate — rămân nedescoperite), (Fig. 2).

c) Limitat deci tot la *pleureziile generalizate* la toată cavitatea pleurală, cu un avantaj — singurul avantaj real faţă de pr. Le Sieur-Pitres — că devenea apte a fi delimitate şi nivelurile de lichid cari ar fi fost mai ridicate în spate (col. pleurale post. închistate).

d) Limitat la culegerea de *informaţiuni valabile numai între c. X şi c. IV în spate*, deasupra coastei IV sunetul argintiu nemai având valoare diagnostică (agr. Dumitrescu-Mante şi D-r Mareş). Această limitare este numai parţial adevărată, confuzia sgomotelor parazitare îngreunând interpretarea.

© Babeş-Bolyai University Library Cluj

La afirmaţia autorilor suscitaţi cred că a contribuit şi *erezia nivelului comun* (caracteristică procedeului Le Sieur-Pitres). Intr'adevăr e de remarcat coincidenţa că se percută în faţă în *spaţiul IV* intercostal, iar valabilitatea rezultatelor în spate merge numai până la *coasta IV*.

e) In fine, *limitat numai la cazurile când matitatea absolută a cordului se extinde până în sp. IV intercostal stâng;* ori, lipsa acestei matităţi absolute în sp. IV interc., nu este o proprietate exclusivă a emfizematoşilor înaintaţi, cum zic autorii, cazurile nefiind excepţionale, ba fiind chiar frecvente (50%₀₀ după statistica mea) la indivizi normali şi perfect sănătoşi.

3) De o *technică, precum vedem complicată*, trebuind să ne asigurăm întâiu, printr'o percuţie prealabilă, asupra existenţei matităţii absolute a cordului şi întinderei sale în sp. IV intercostal.

Cu aceste rezerve făcute, procedeul Iacobsohn-Danielopolu rămânea un mijloc de diagnostic al col. pleurale pe deasupra tuturor celor cunoscute mai înainte şi autorii procedeului erau îndreptăţiţi să-l recomande cu tot entuziasmul: „Considerăm s. banului ca cel mai bun semn al revărsărilor lichide în pleură şi nu ezităm să-i atribuim o valoare cel puţin egală cu aceea a puncţiei exploratoare".

In acelaş sens se pronunţă şi Agr. Dumitrescu-Mante: „Semnul banului este o valoroasă metodă semeiologică, de care nu trebueşte să ne privăm niciodată, căci graţie sensibilităţii sale de a depista

cantităţi chiar minime de lichid, devine mijlocul cel mai precis de a diagnostica o revărsare pleurală, mijloc superior celorlalte metode semeiologice şi superior chiar imăginilor radiologice adesea falacioase din acest punct de vedere.

In orice caz el reprezintă „cel mai fidel şi mai sigur mijloc clinic de diagnostic, înainte de a utiliza puncţia sau radiologia" (D-r Mareş).

ASUPRA REZULTATELOR OBŢINUTE DE IACOBSOHN-DANIELOPOLU CU TRANSSONANŢA METALICĂ IN STĂRI NORMALE

Iată repartizarea sunetelor pe zone într'unul din cele 7 cazuri studiate de autori. Este vorba de cazul când faci percuţia metalică pe matitatea absolută a cordului şi asculţi în spate de sus în jos (vezi fig. 7)

în dreapta	la vârf (până la c. IV) . . .	sunet lemn intermediar	tranziţie treptată
	c. IV—c. X.	sunet lemn tip	
	c. X	sunet argintiu intermitent	tranziţie treptată
	c. XI	„ „ permanent	
	sub c. XI până la creasta iliacă:	sunet de aramă	
în stânga	la vârf (până la c. IV) . . .	sunet lemn intermediar	tranziţie treptată
	c. IV—c. X	„ „ tip	
	c. X	sunet argintiu (=S. banului) intermit.	tranziţie treptată
	sub c. X	timbru de aramă	

Remarcăm: 1) *Multiplicitatea zonelor*, balast considerabil pentru memorie, şi doar aceasta e numai a şaptea parte din totalul experienţelor de reţinut.

2) *Tranziţiile treptate*, nuanţate, de discernământ dificil.

Repetând experienţa constatăm şi ne convingem de:

1) *Arbitrarul şi artificialul distincţiunilor.* Singure două sunete merită individualizare: sunetul ascuţit metalic argintiu, sub. c. X şi sunetul grav (să-i zicem de lemn) deasupra c. X.

2) *Confuzia făcută de autori în reg. lombară*, unde se aude în realitate un sunet argintiu (ascuţit) chiar mai net decât cel din regiunea coastei XI. Neglijându-l, autorilor le-a scăpat tocmai ceeace era mai de preţ din toată transsonanţa metalică.

Iată şi experienţa No. 7 a autorilor: percuţia metalică pe abdomen, auscultaţie în reg. dorsală de sus în jos (vezi fig. 7):

- până la c. X sgomot de lemn;
- la c. X sgomot argintiu;
- apoi, de-aci în jos, imediat timbru de aramă.

Repetând experienţa constatăm:

1) Mai întâiu, că percutând pe abdomen propriu zis *sunetul argintiu nu se mai propagă în spate nicăeri*, nici la c. X, cum susţin autorii suscitaţi.

2) Al doilea, că, dacă din greşeală sau intenţionat percutăm pe abdomen în regiune hepatică, atunci sunetul argintiu *se aude nu numai la c. X, ci de sub c. X până la creasta iliacă, ba chiar*

Digitized by Central University Library, Cluj

PLANŞA I.

SEMNUL BANULUI
de
D-r ŞT. ODOBLEJA

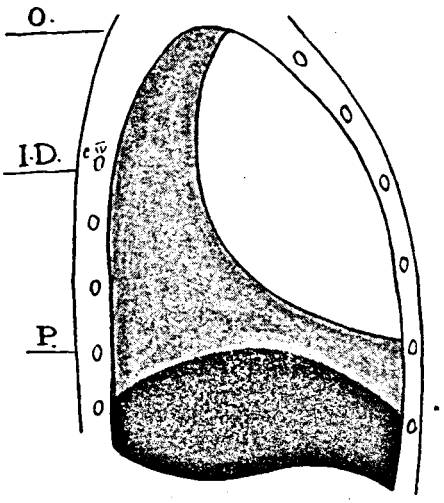


Fig. 1.
Pleurezie post. localizată:

P: *delimitare cu s. banului pr. Pitres*
I.-D: *„ „ „ „ Iacobsohn-Danielopolu.*
O: *„ prin fonoscopie: singura justă.*

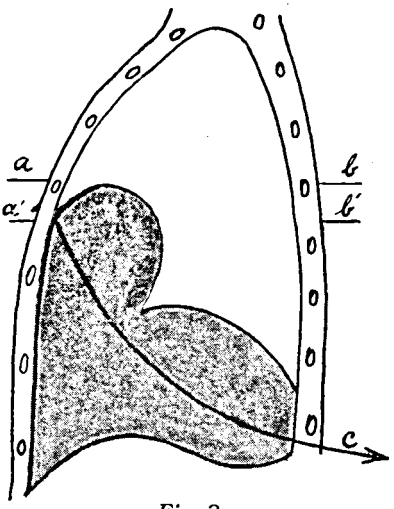


Fig. 3.
Dubla eroare a încercărilor anterioare de delimitare a cordului (Pitres, I.-D.):
1) se ascultă în zonă aerică: b, b'
2) se şi percută în zonă aerică: a
Săgeata a'—c arată procedarea corectă aşa cum a fost realizată în fonoscopie şi procedeul autorului (D-r Odobleja) de s. banului.

BCU Iasi / Central University Library Cluj

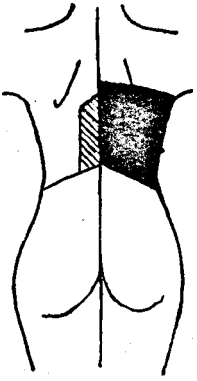


Fig. 4.
O eroare demonstrativă: banda paravertebrală a D-lui D-r Dumitrescu Mante, — inexistentă la fonoscopie şi iluzorie cu s. banului.

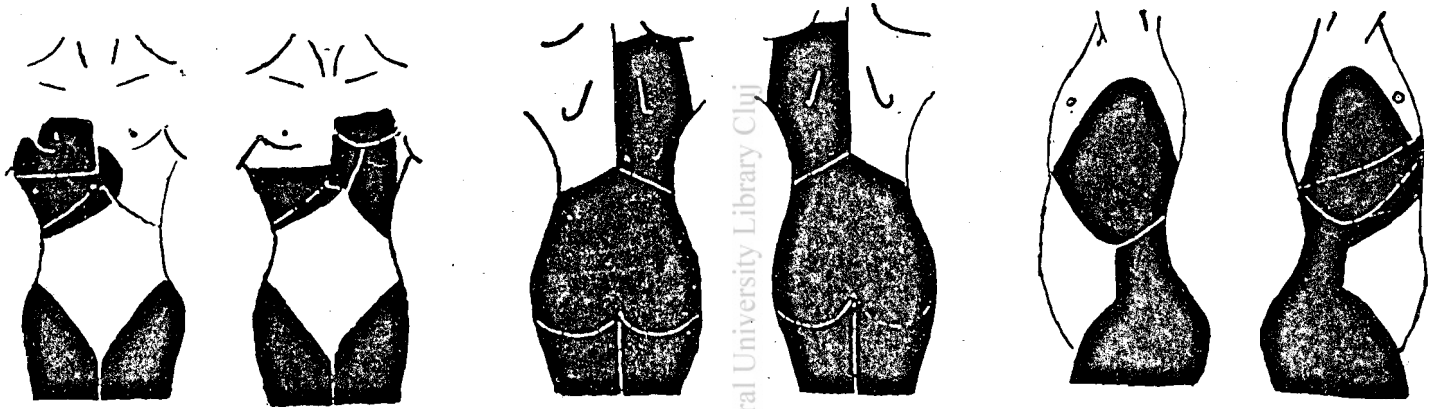


Fig. 2.

Pleurezii localizate inexplorabile prin s. banului vechile procedee (Pitres şi Iacobsohn-Danielopolu), mediocru explorabile prin procedeul D-r Odobleja de s. banului, — bine explorabile şi delimitabile prin fonoscopie.

fig 1 şi 2: pleurezii închistate ant (dr. şi stg.)
fig. 3 şi 4: „ „ post. (până la vârf)
fig. 5 şi 6: „ „ lat. (dr. şi stg.)

BCU Iuliu Haţieganu Central University Library Cluj

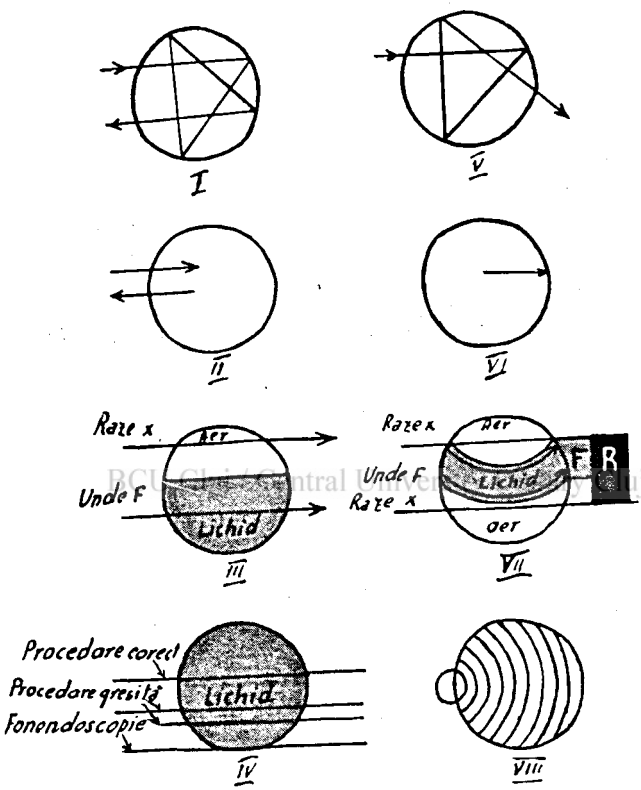


Fig. 5.

Fig. I. Percuţie
„ II. Fonendoscopie
„ III. Radioscopie şi Fonoscopie
„ IV. Intre Fonoscopie şi Fonendoscopie
„ V. Transsonanţa toracică

Fig. VI. Vibraţii toracice, Egofonie, Pectoriloquie afonă
„ VII. Radioscopie şi Fonoscopie: aria fonoscopică (F) e mai mică
„ VII. Undele acustice se propagă sferic

BCU Cluj / Central University Library Cluj

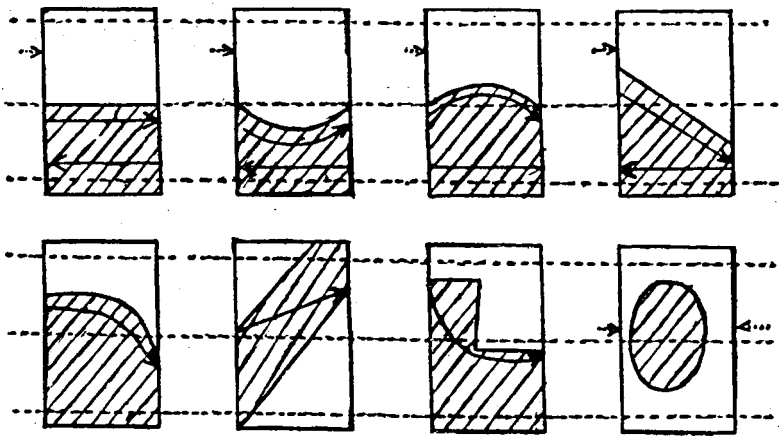


Fig. 6.
Fonoscopia delimitează numai zona de contact
(în fig. 1, 2 şi 3 obţinem aceeaş delimitare).

Nivelul nu contează (fig. 4, 5, 6 şi 7)
Propagarea se face şi în linie curbă (fig 2, 5 şi 7).
O lamă cât de subţire de organ aeric opreşte sunetul (fig. 5 şi 8)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

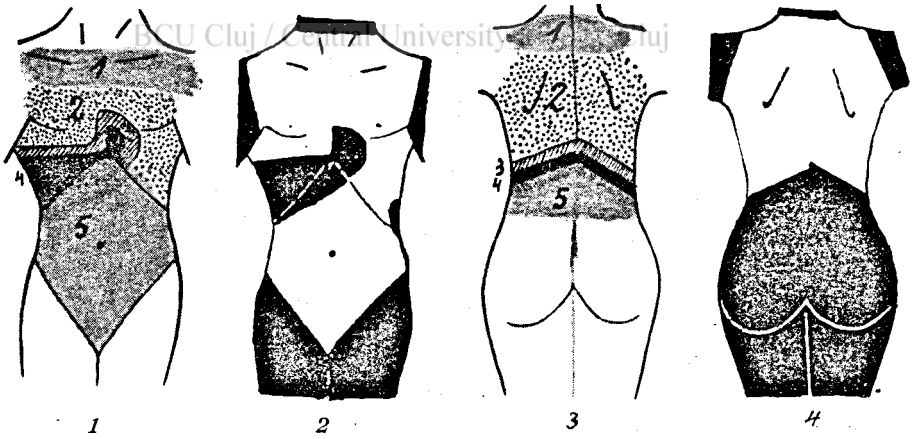


Fig. 7.
Repartiţia zonelor de s. banului în stare normală comparativ, dupe pr. Iacobsohn-Danielopolu (fig. 1 şi 3) şi după pr. Odobleja (fig. 2 şi 4)

1: s. de lemn intermediar
2: s de lemn
3: s. argintiu (s. banului) intermitent
4: s. argintiu (s banului) permanent.
5: s. de aramă

şi în regiunea fesieră şi până deasupra genunchiului, pe ambele coapse.

Aşa dar, în experienţele acestor autori:

1) *Se continuă a se confunda sunetul specific* transmisibil exclusiv prin lichide cu sgomotele parazitare.

2) Se contribue astfel la *mărirea confuziunei prin complicarea* ecuaţiei simptomelor cu noţiunile sgomotului de fer cu vag timbru metalic (în hepatizaţiuni şi sclerozele pulmonare) a sunetului de lemn tip (sub c. IV în stare normală), a sunetului de lemn intermediar (la vârful pulmonar), a sunetului de aramă (la abdomen), plus sunetele intermediare, — o gamă întreagă din care medicul, obligator muzicant, trebue să distingă nota precisă (cu înălţimea, timbrul şi intensitatea corespunzătoare) după care să deducă apoi starea normală sau patologică, deducţie în raport cu regiunea percutată, cu regiunea auscultată, cu tăria de percuţie a banilor, cu gradul de apăsare a pessimetrului pe corp, şi în ultimă instanţă cu leziunea patologică.

3) *Se continuă a nu se ţine seamă de deosebirea fundamentală, tranşantă, dintre transsonanţa sunetelor prin lichide (fonoscopie) şi transs. sunetelor prin organele cu aer:* se vorbeşte de o matitate relativă a transsonanţei *(s. banului intermitent* ca opunându-se semnului banului permanent şi suprapunându-se matităţii relative percutorii); se vorbeşte despre *tranziţii treptate* şi se complică metoda prin introducerea unei întregi game de sonoritate; se afirmă că *percutând tare sunetul metalic specific poate pătrunde printr'o lamă subţire de plămân,* ceeace nu corespunde realităţii, aceasta aplicându-se perfect la transs. aerică, dar nicidecum la cea lichidiană.

Biblioteca Universitară "Iaşi"

4) *Se continuă a nu se ţine seamă de topografia zonelor de transsonanţă lichidiană (s. banului) în stare normală* (geografia normală): se ignorează transmiterea sunetului metalic electiv (argintiu) în regiunile lombară şi fesieră în stare normală, iar încercarea lor de a *delimita* cordul şi ficatul le-a eşuat, aşa încât, dacă existenţa acestor zone se cunoştea, ele erau în schimb neexplorate şi limitele lor în stare normală necunoscute.

Interesant e faptul că, recent (1933) Agr. Dumitrescu-Mante şi D-r Mareş au găsit aceleaşi date ca şi Iacobsohn-Danielopolu în 1911, menţinându-se în acelaş fel de interpretare. E cazul deci de a conchide că erorile acestea sunt oarecum greu de evitat şi inerente sunetului metalic. Cu această ocaziune trebue să mărturisesc că eu însu-mi n'am putut rectifica aceste erori decât pe o cale deturnată, cu ajutorul fonoscopiei şi prin coroborarea a nenumărate experienţe cu tot felul de sunete fonoscopice.

ASUPRA DELIMITĂRII CORDULUI ÎNCERCATĂ DE IACOBSOHN-DANIELOPOLU CU S. BANULUI

Pentru delimitarea ariei cardiace, autorii percută în faţă pe direcţia a 8 raze convergând spre centrul matităţii absolute a cordului. Se ascultă în spate cam la nivelul coastei 2-a, (Fig. 3).

Autorii descriu două zone:

1) *Zonă centrală* de transsonanţă absolută, corespunzând matităţii absolute.

2) *Zonă periferică* de transs. relativă, corespunzând matităţii relative percutorii.

Cităm:

„Cu cât percuţiunea va fi mai tare, cu atât lama pulmonară care acoperă cordul va fi traversată pe o întindere mai mare de către sgomotul argentin, astfel încât zona periferică în care vibraţiunile sonore sunt împiedicate de a se transmite îndărăt va fi mai mică. Cu cât percusiunea va fi mai forte, cu atât limitele cardiace obţinute vor fi mai aproape de limitele reale". „Dealtminteri acelaş lucru se întâmplă când facem percusiunea digitală a matităţii relative a cordului" (Iacobsohn—Danielopolu).

Repetând experienţa constatăm:

1) *Ori în ce loc vom percuta pe matitatea cordului, sunetul argintiu nu se aude niciodată şi câtuş de puţin în spate în locul fixat de autori* pentru ascultaţie şi nici în alt loc din zona pulmonară.

2) *Percutând mai tare,* auzim în spate un sgomot mai tare, dar nu sunetul argintiu, care nu traversează niciodată plămânul, chiar dacă acesta se prezintă ca o lamă subţire.

3) *Percutând în zona cardiacă* şi ascultând sub c. X în spate, *auzim sunetul argintiu până în reg. fesieră, ba chiar şi pe coapsa până deasupra genunchiului,* (Fig. 3).

Remarcăm deci:

1) *Autorii fac de fapt transsonanţă toracică banală* şi în zadar mai utilizează percuţia metalică, întrucât ei nu folosesc sunetul metalic electiv, ci gama de sunete mai grave, cari se puteau obţine cu orice alt mod de percuţiune. Ei singuri recunosc că rezultatele sunt aceleaşi ca şi cu percuţia digitală.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

2) Prin alegerea punctului lor de auscultaţie în spate ei nesocotesc legea omogenităţii, căci ascultă în zonă de organ aeric. O nesocotesc deasemenea această lege atunci când preconizează percuţiunea metalică în zona periferică (de matitate relativă) şi când afirmă că sunetul argintiu pătrunde prin lama de plămân dacă se percută tare.

3) Ei *persistă în eroarea nivelului comun,* alegându-şi punctul de auscultaţie atât de sus, în intenţia vădită de a fi la acelaş nivel cu punctele de percuţie, (Fig. 3).

4) *Se persistă în eroarea simetriei,* ascultându-se în stânga, în loc să se asculte în dreapta.

5) Se contribue la *mărirea coeficientului de eroare,* propunându-se percuţia tare pe plessimetrul metalic, în scopul iluzoriu „de a avea limite mai reale", ceeace nu face decât să înmulţească şi să intensifice diferitele sunete parazitare inutile şi dăunătoare. Aci, ca şi în alte fenomene acustice, intensitate nu însemnează selectivitate, ci tocmai contrariul.

6) Autorii *iau percuţia drept etalon de control,* ceeace denotă din partea lor o estimare exagerată şi nemeritată pentru percuţie; la transs. metalică a cordului ei caută să găsească cu orice preţ şi

în mod forţat un echivalent pentru matitatea relativă a cordului, şi creiază acel „semn al banului intermitent".

7) *Se ignorează focarul optim de auscultaţie pentru cord,* care este reg. lombară dreaptă, imediat sub c. XII; acest focar fiind ceva natural, rămânea a fi descoperit, nu a se fixa arbitrar.

ASUPRA ÎNCERCĂRILOR DE DELIMITARE A FICATULUI CU SEMNUL BANULUI

Pentru ficat, Iacobsohn-Danielopolu propun să se asculte în spate pe c. XI în dreapta şi să se percute în faţă de sus în jos. Ei reuşesc să delimiteze bordul superior al ficatului prin s. banului. Delimitarea prin acest procedeu nu li se pare deloc superioară percuţiei. Dealtfel ei vorbesc despre o matitate absolută şi una relativă cari ar reeşi la explorarea prin s. banului:

„Cât despre limita inferioară a ficatului, ea nu poate fi delimitată prin s. banului, deoarece percutând din ce în ce mai jos, sgomotul argintiu se transformă în mod insensibil în sgomot de aramă care se aude percutând pe toată întinderea abdomenului".

Reluând experimentările am constatat:

1) Chiar cu technica lor (ascultând pe c. XI în dreapta) şi tot *nu există două zone de s. banului* cari să justifice analogia cu matitatea absolută şi cea relativă a percuţiei.

2) In jos, *bordul inferior este explorabil şi delimitabil* dacă utilizăm ca focar de auscultaţie reg. lombară stângă sub c. XII, în locul zonei coastei XI drepte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dece s. banului intermitent nu poate fi suprapus matităţii relative? După Iacobsohn-Danielopolu, s. banului, atât la bordul sup. al ficatului cât şi la baza plămânului şi la cord delimitează două zone:

a) Zona în care s. banului se aude încontinu = s. banului permanent.

b) Zona în care s. banului se aude intermitent. Este, precum vedem, o modificare produsă prin mişcările respiratorii. Era un fapt demn de semnalat acesta: variaţiunile rezultatelor în raport cu fazele respiratorii. Dar autorii au crezut că pot asimila zona de s. banului permanent cu zona de matitate absolută şi zona de s. banului intermitent cu zona de matitate relativă, ceeace este o greşeală:

1) *Ele nu corespund:* zona s. banului intermitent e lată de 6 cm., iar zona matităţii relative e lată numai de 3 cm.

2) *S. banului intermitent variază cu intensitatea mişcărilor respiratorii* la acelaş individ şi la indivizi deosebiţi.

3) *Matitatea absolută, precum şi matitatea relativă se deplasează şi ele cu respiraţia,* se ridică şi cresc şi ele în expiraţie, cam egal cu deplasarea şi mărimea ariilor de transs. metalică.

Aşa că, punând în ecuaţie: modificările respiratorii ale ariei de s. banului corespund modificărilor respiratorii ale matităţii absolute, — echivalenţa este aci, şi *matitatea relativă rămâne deci fără echivalent în metoda semnului banului.*

PROBE DE INFERIORITATE DATE ÎN PRACTICĂ DE CĂTRE S. BANULUI

1) *Domeniul său de aplicaţie* a rămas acelaş, limitat la pleurezii. Toate sforţările făcute pentru a extinde domeniul de aplicaţie n'au reuşit.

2) *Utilizarea* de către mulţimea practicienilor este foarte redusă (Agr. Dumitrescu-Mante, D-r Mareş). Insuccesul semnului banului în clinică, refuzul practicienilor de a-l adopta şi utiliza, cu toată vechimea lui de peste 50 ani, şi cu toate ameliorările aduse (cea adusă de Iacobsohn-Danielopolu datează deja de 23 ani) sunt cele mai evidente probe de inferioritate. Aprecierea practicienilor constituind o opinie publică medicală destul de obiectivă, cu mult spirit critic şi simţ al realităţilor, deprecierea semnului banului de către această opinie publică medicală trebue considerată ca semnificativă.

3) *S. banului nedovedindu-se superior percuţiei* în delimitări, înseamnă că îi este inferior, măcar numai pentru motivul că e mai incomod şi de o technică mai dificilă.

4) Prin *tranziţiile sale treptate* şi hotarele sale neprecise, prin *nuanţele sale multiple regionale* şi confuzia care rezultă, s. banului a cauzat erori ca aceea a D-lui Agr. Dumitrescu Mante, care a descris în pleurezie o bandă paravertebrală perceptibilă la s. banului şi sinonimă cu tr. lui Grocco, descris mai dinainte ca fenomen percutoriu, (Fig. 4). Această bandă paravertebrală, are o existenţă contestabilă. Transs. s. pl. fr. nu dă niciodată vre-o bandă paravertebrală, nici triunghiulară, nici trapezoidă. Chiar cu s. banului, nu obţinem paravertebral sunetul argintiu ascuţit caracteristic de lichid sau organ plin, — ci un sunet intermediar care aduce mai mult cu sgomotul de fer. Putem afirma deci că această bandă, în primul rând nu există; iar atunci când pare să existe, ea nu este decât o simplă iluziune acustică şi nu reprezintă nimic interesant din punct de vedere semeiologic, nefiind decât rezultanta unei infirmităţi a semnului banului, o eroare regretabilă a metodei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III. SEMNUL BANULUI PROCEDEUL AUTORULUI (D-r ST. ODOBLEJA)

Teorie şi principii. S. banului este o variantă de fonoscopie, care la rândul ei este o variantă de transsonanţă:

- transsonanţă
  - *rezonantă* = transs. toracică (vechea transsonanţă clasică).
  - *fonoscopică* (=fonoscopie)
    - s. frecare
    - s. plescăit
    - s. sticlă
    - s. metalic = semnul banului
    - s. de piatră
    - etc.

Dacă transs. toracică este un fel de diafanoscopie acustică, posedând ca şi aceasta inconvenientele difuzării prin reflecţie (în speţă ale rezonanţei), fonoscopia este în schimb un fel de radioscopie acustică ferită de aceste inconveniente, (Fig. 5). Există zeci de sunete utilizabile în fonoscopie.

Calitățile cerute pentru aceasta sunt:

1) Sunetul să fie *ascuțit* (de mare înălțime).

2) Sunetul să fie *slab* (de mică intensitate la pragul perceptibilității).

3) Sunetul să fie *simplu*, pur, fără sgomote parazitare (fără sunete grave, joase, rezonante).

4) Sunetul să fie *scurt* (sec) ca durată în timp.

5) Sunetul să fie *produs prin vibrații longitudinale*, nu transversale (șocul e deci evitat).

Aceste calități întrunite în modul cel mai desăvârșit de către s. de frecare, apoi de cel de plescăit sunt îndeplinite întrucâtva și de s. metalic.

Sgomotul acestui sunet se poate clasifica în 2 părți:

1) *Sunetul argintiu*, electiv, specific, transmisibil exclusiv prin lichide (după legile fonoscopiei, (Fig. 6) și deloc prin organele aerice.

2) *Restul, sgomotele parazitare*, produse prin șocul percutor, cu vibrații transversale, — nuanțe nepenetrabile, neelective, banale, transmisibile prin medii aerice (după legile rezonanței) și inutilizabile în semeiologie.

Sunetul argintiu e singurul care merită atenție; pe celelalte trebue să căutăm *să le evităm de a se produce*, deci percutăm cât mai încet posibil. Dar fiindcă ele tot se produc, trebue să ne forțăm *să facem abstracție de ele la percepție*.

Sunetele se transmit mult mai bine prin lichide, deaceea *nu avem nevoe de sunete intense*, cele apropiate de pragul perceptibilității fiind suficiente și preferabile, selectivitatea fiind mai bine asigurată astfel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se percută plessimetrul de metal (sau de sticlă) în regiunea de explorat și se ascultă în partea opusă în regiunea de organ plin. Dacă și'n zona explorată e organ plin sau colecție lichidă și dacă dela locul percutat până la locul ascultat se interpune o punte lichidiană omogenă, atunci auzim (ascultând în partea opusă și înfundând bine urechea liberă) sunetul argintiu pe care ne putem obișnui să-l distingem din larma sunetelor parazitare. Dacă în regiunea percutată e organ aeric sau dacă nu se interpune un mediu bun conducător, atunci auzim de partea opusă numai sgomotele parazitare, diverse nuanțe estompate progresiv.

Se ascultă de preferință într'o zonă diametral opusă (percuți în față în dreapta, — asculți în spate în stânga, (Fig. 5, IV), Pentru perceperea sunetului argintiu putem asculta cu mastoida sau gâtul aproape tot așa de bine ca și cu urechea, dat fiind că sunetul argintiu se transmite bine pe cale directă.

Nivelul e perfect indiferent. Așa, la cord, percutăm în reg. precordială și ascultam în spate în reg. lombară, cu 20—30 cm. mai jos, (Fig. 3). Ceva mai mult, sunetul argintiu electiv se transmite până la 1/3 inf. și post. a coapselor, dacă percutăm, de ex. în reg. hepatică anterioară, ceeace constitue *o diferență de nivel de 50—80* cm. In practică însă niciodată nu vom avea nevoe să utilizăm transmiterea la o diferență de nivel atât de mare.

Sunetul e *reversibil:* percuţi în faţă şi asculţi în spate sau viceversa.

La semnul banului *nu există limite relative,* ci doar limite absolute, unice, precise. Nu există *nici-o analogie între semnul banului şi percuţie:* prima e o variantă de fonoscopie bazată pe penetraţiunea undelor sonore, a doua e o metodă utilizând rezonanţa cavităţilor aerice. Nu există la semnul banului corespondent pentru matitatea relativă. Banda para-vertebrală descrisă în pleurezii nu există de fapt, — iluzia sa datorându-se sgomotelor parazitare.

Iată tabloul locurilor de percuţie şi al focarelor de auscultaţiune după regiunile examinate:

Regiune de explorat	Unde facem percuţie metalică?	Unde ascultăm?
Hemitorace dr. în spate	1) sub ap. xifoid 2) pe hemitoracele dr. în spate	1) în spate (hemitoracele dr.) 2) în reg. hepatică dr. în faţă
„ stg. în spate	1) sub ap. xifoid 2) pe hemitoracele stg. în spate	1) în spate (hemitoracele stg.) 2) în reg. hepatică dr. în faţă
„ dr. în faţă	pe hemitoracele dr. în faţă	în reg. lombară stângă (sub c. XII)
„ stg. în faţă	pe hemitoracele stg. în faţă	în reg. lombară dreaptă (sub c. XII)
Regiunile laterale	pe regiunile laterale	în reg. lombară de partea opusă, cât mai lateral
Abdomen superior, partea dr.	pe abdomenul superior în dreapta	în reg. lombară stângă (sub c. XII)
Abdomen superior, partea stg.	pe abdomenul superior în stânga	în reg. lombară dreaptă (sub c. XII)
Abdomen inferior, partea dr.	pe abdomenul inferior în dreapta	în reg. fesieră stângă
Abdomen inferior, partea stg.	pe abdomenul inferior în stânga	în reg. fesieră dreaptă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultate 'n stare normală. In stare normală, zonele cari transmit sunetul argintiu şi acelea cari nu-l transmit se repartizează precum urmează, (Fig. 7).

în faţă 3 zone:
- sus (plămâni): nu transmite = opac
- mijloc (ficat, cord): transmite = transparent
- jos (intestine cu aer şi fecale): nu transmite = opac

în spate 2 zone:
- sus (plămâni): nu transmite = opac
- jos (reg. lombare, fesiere, coapse): transmite = transparent.

Aşa dar, în faţă avem doar la mijloc o zonă normal transparentă la s. argintiu, iar în spate avem toată jumătatea inferioară a

corpului de sub c. X în jos. Aceste zone normal transparente le vom utiliza ca focare de auscultaţiune.

Dimensiuni normale. Ficat pe linia mamelară dr.: 14—18 cm.
" " " mediană: 6—10 cm.

Cord: { diametrul vertical: 4—8 cm., situat median.
" orizontal: 6—10 cm., situat la baza ap. xif.
" oblic: 8—14 cm.

Baza plăm. dr.: 3 laturi deget dela rebordul costal.
" " stg.: 2 " " " " "

Aplicaţiuni: 1) *In colecţiile pleurale*, cu avantajul extinderii domeniului de aplicaţie şi la pleureziile laterale şi anterioare; cu avantajul unei mai mari preciziuni, pentru pleureziile din spate, dată fiind modificarea technicei în sensul că se ascultă în reg. hepatică şi se percută în spate pe un plessimetru foarte îngust sau pe un ban în dungă.

2) *La delimitarea ficatului*, — modificările introduse în procedeul meu făcând posibilă o delimitare a bordului inferior al zonei hepatice, precum şi o delimitare precisă, lineară, unică (fără nici-un echivalent de matitate relativă) pentru bordul superior al ficatului.

3) *La delimitarea cordului*, — o delimitare fonoscopică, nu prin transsonanţă toracică, având ca avantaj obţinerea de limite unice (fără echivalent de matitate relativă) precise şi măsurabile, cu o incomparabilă superioritate faţă de delimitările percutorii.

4) *La diagnosticul şi delimitarea tumorilor toracice şi abdominale.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRITICA S. BANULUI PROCEDEUL AUTORULUI (D-r ST. ODOBLEJA)

Acest procedeu este el însuşi criticabil, atât în sens absolut, cât mai ales în sens relativ, în comparaţie cu fonoscopia. El pezintă: 1) Inconveniente din punct de vedere technic şi practic. 2) Inconveniente din punct de vedere al sunetului metalic în sine.

Din punct de vedere technic şi practic, şi în comparaţie cu celelalte metode clinice (percuţia, transs. s. pl. fr., auscultaţia, etc.), găsim la s. banului:

1) Necesitatea de a avea un ajutor.

2) Necesitatea de a avea în permanenţă cu sine monede de aramă sau plessimetre speciale.

Deja aceste două obligaţiuni cari fac pe medic dependent de ajutoare şi instrumente ne determină s'o considerăm ca foarte puţin clinică această metodă a semnului banului. Iar necesitatea de a comunica mereu cu ajutorul, — sau, şi mai rău, necesitatea de a face un dresaj prealabil fiecărui bolnav (dacă dorim să substituim pe bolnav ajutorului), ne face s'o considerăm ca foarte puţin practică. Examinarea este înceată şi greoae.

In ceeace priveşte *sunetul metalic în sine*, acesta e foarte complex: el e un sgomot: nu e un sunet simplu. In consecinţă distinctibilitatea este defectuoasă, grea. Pentru a distinge sunetul argintiu din larma sunetelor de ton mai grav trebue ca urechea să exercite în permanenţă o acţiune de analiză muzicală spre a lăsa la o

parte multitudinea sunetelor parazitare joase. Nuanţele simptomatice sunt greu de perceput, ele bazându-se pe diferenţe subtile de timbru şi înălţime. Pe de altă parte, sunetul metalic e *variabil* ca intensitate, înălţime şi timbru, în raport cu metalul utilizat, cu suprafaţa banului sau plessimetrului, cu forţa de percuţie, cu gradul de apăsare pe corp, cu pereţii corpului din regiunea percutată şi la urmă de tot cu leziunea patologică. Această variabilitate extremă cu technica cea mai corectă şi în stare normală impune obligaţiunile:

1) *De a standardiza la maximum posibil technica*, ceeace este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, căci e foarte greu să dozezi în mod convenabil şi totdeauna uniform: forţa de percuţie, gradul de apăsare al banului pe corp, etc.

2) *De a studia şi preciza în detaliu topografia normală* a sunetului de lemn, de fer, aramă, etc., cu variaţiunile individuale (talie, sex, vârstă), cu variaţiunile fiziologice şi anatomice (în expiraţie, în inspiraţie, culcat, sculat, etc.).

CONCLUZIUNI

Arătând lipsurile şi greşelile metodei s. banului, am căutat să le corectez, realizând astfel un nou procedeu de s. banului. Am căutat apoi să demonstrez că atât vechile procedee cât şi acesta nou rămân a se considera drept o varianţă inferioară de fonoscopie, — variantele utilizând s. de frecare şi s. de plescăit rămânând, deocamdată, neîntrecute şi neegalate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

PIORRY: Traité de la percussion mediate, 1826. — LAENNEC: Traité de l'auscultation mediate, 1837. — CAMMAN and CLARK: A nerv mode of ascertaining the dimensions, form and condition of internal organs by percussion and auscultation. (New-York J. of Med. and Surgery, 1840). — ROGER: De la percussion et de l'auscultation combinées. (Bull. de la Soc. méd. des Hôp., Paris, 27 Mars, 1850). — ROGER: Arch. gén. de Médecine, 1852. — SKODA: Abhandlungen über Perk. u. Ausk., 1854. — OPPOLZER: Lehrbuch d. Perk. u. Ausk., 1854. — TROUSSEAU: Gazette des Hôpitaux, 4 Avril 1857. — RACLE: Diagnostic médical, 1864. — RADAU: L'acoustique, 1867. — G. de MUSSY: Etude sur la transmission des sons à travers les liquides endo-pleuretiques, Paris, 1870. — G. de MUSSY: De l'auscultation plessimetrique. (France méd., 1875). — GRANET: Arch. de médecine belge, 1875). — GUILLEMIN: Le son, 1875. — ROUSSEL: Révue de thérap. médico-chir., Juillet, 1876. — BRUILLY: Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleuresie et la quantité de l'epanchement. (Arch. Jener. de Médecine, 1876). — EBSTEIN: Zur Lehre von der Herzperk., Berl. kl. W., 1876. — SERAND: Thèse de Paris, 1878. — JAKSCH: Manuel de diagnostic, 1880. — AMIRAUL: De l'ausc. plessimetrique dans quelques maladies pleuro-pulm. et specialement dans la pneumonie et la tuberculose. (Thèse de Paris, 1881). — COIFFIER: L'auscultation, 1882. — BOUCHUT: Traité de diagnostic et de seméiologie, 1883. — LE SIEUR: De la percussion metallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des epanchements liquides de la plèvre. (Thèse de Bordeaux, 1883). — DAVEZAC: Sur quelques cas de pleuresie et sur le signe du sou. (J. de Méd. de Bordeaux, 1885). — G.

de MUSSY: Clinique médicale, 1885. — PIORRY: Traité du plessimetrisme, 1886. — COLLEVILLE: Du signe du sou. (Union. méd. et scientifique du Nord-Est, 1877, pag. 277. — A. BLAUD: De la transs. pulmonaire. (Thèse Paris, 1887). — PITRES: Journal de Médecine de Bordeaux, 1890. — EICHORST: Traité de diagnostic medical, 1890. — SPEHL: Manuel d'exploration clinique, 1892. — BARTH: Traité d'auscultation, 1893. — LEUBE: Spez. Diagn. d. inn. Krankheiten, 1893. — SIMON: Manuel de pércussion et d'ausc., 1893. — SPILLMANN: Diagnostic médical, 1894. — LARCHER. De la transs. thoracique. (Thèse de Paris, 1895). — CASSAET et SIGALLAS: De la conductibilité des sons dans les stethoscopes. (Congrès. Méd. int. Nancy, 1896). — A. PITRES: Archives cliniques de Bordeaux 1896—1898. — LAMARQUE: De la valeur de la percussion metallique combinée à l'ausc. (Thèse de Bordeaux, 1897). — MOUSSAUS: De la transs. de la poitrine dans les aff. pulm. des enfants. (Revue mens. des mal. de l'enfant, 1899). — MAYET: Diagnostic médical, 1899. — DEBOVE-ACHARD: Man. de diagnostic, 1899. — WOILEZ: Percussion et auscultation. — PITRES: Les signes physiques des épanch. pl. Bordeaux, 1900. — GERHARDT: Lehrb. d. Ausk. u. Perk. Tubingen, 1900. — GHEORGHIAN: Curs teoretic de semeiologie, Bucarest, 1901. — IUREŞ: Semnul banului. (Thèse, Bucarest, 1904). — E. CASSAET: Précis d'ausc. et de pércussion, Paris, 1906. — d'ESPINE: Diagnostic précoce de la tbc. des gangl. tr.-br. aux enfants. (Acad. de Méd., 20 Ian. 1907). — H. BARTH: Séméiologie de l'app. resp., 1908. — PITRES: Le signe du sou, 1908. — PAVIOT: Précis de diagnostic, 1908. — J. PLESCH: Eine neue Methode z. Perk. d. Lungenspitze. (Deutsche Arch. f. kl. Medizin, 1908). — MOLLARD: La valeur séméiol. du signe du sou de Pitres. (Lyon méd., 22 Août 1909). — M. COMBY: Le signe de Grocco. (Arch. de méd. des enfants, Oct. 1910). — PIAZZA-MARTINI: Diagn. des adhérences des grosses tumeurs abd. à la parroi abd. ant. au moyen de l'ausc. (Presse Méd., 1910). — EWART: The value of percution ot the vertebra. (Britsch. Méd. Assoc., 1910). — HIRTZ: Sur un nouveau signe. (Acad. Méd., 18 Oct. 1910. — MICHALOWICZ: De l'emploi de la perc. vertébrale. — SCHMIDT: Klinische Diagnostik, 1910. — E. FEER: Krankheiten d. Resp. Org. in Handbuch d. Kinderheilk. von Schlossmann u. Pflaunder, Leipzig, 1910. — M. P. MAURIAC: Le signe du clauquement xyphoidien. (Gaz. hébd. des sciences méd. de Bordeaux, 29 Janv. 1911; ref. Presse Méd., 1911). — IACOBSOHN, DANIELOPOLU: Noui contribuţiuni la s. banului. (Rev. Ştiinţelor Med., Buc., 1911). — ACHARD, IACOBSOHN et DANIELOPOLU: Recherches cliniques sur le signe du sou chez l'adulte à l'état pathologique. Communiqué à la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 7 Avril 1911; voir Bull Soc. Méd., 1911. — LESSIEUR et REBALTU: Le signe du sou abdominal. (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 19 Mai 1911). — DUFOUR: Epanchements pleuraux et rigidité de la plèvre. (Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 Juillet 1911). — ROCH: Diagn. diff. entre le spasme oesof. et le neoplasme avec le signe d'Espine. (Semaine Médicale, 1911). — J. PLESCH: Eine neue Methode z. Perk. d. Lungenspitze. (Deutsche Méd. W., 1911). — DIONIS de SEJOUR: La perc. des épines iliaques ant. sup. comme signe de diagnostic dans les aff. abd. (Gaz. des Hôpitaux, 1911). — KLEMPERER: Grundriss d. klin. Diagnostic, 1911. — LAZAREWITSCH: Les signe du sou de Pitres dans les pleuresies purulentes. (Thèse de Bordeaux, 1912). — d'OELSNITZ: Le diagn. des adenopathies tr. br. (Soc. Pédiatrie, Paris, 1912). — RIST: Transmission

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de la voix chuchotée. (Presse Médicale, 1912). — SLATOWERCHOWNICOW: Signe du sou. (Deutsch. Méd. W. 1912). — CH. FERNET: Auscultation plessimetrique. (Presse Méd., 1912). — ROŞESCU: Semnul banului. (Teză, Bucureşti, 1912). — CORNELIA de LANGE: Uber Bauchperk. bei Kindern u. über Pseudoaszites. (Nederl, Tijdsch. v. Geneesk., 1912). — AUFRECT: Perkutieren u. Ausk. D. Méd. W., 1924, p. 234. — DIETLEN: Uber Grösse u. Lage d. normalen Herz, Dtsch. Arch. Klin. Méd. 88. — GEIGIL: Die akustische Leitung von Komunikationsröhren von Stethoscopen, Virschow's Archiv. 140. — CASTAIGNE: Des maladies de la plèvre, Paris, 1912. — TH. VERNOE: Symmetrische Perk. Ref. în Münch. Méd. W., 1913. — EWART: Die präoperative Diagn. d. Apendizitis. Brit. méd. J. 1912, Ref. în Münch. méd. W. 1913. — RUDE: Die Diagnose d. Lungenspitze u. die Perk. d. Wirbelsäule, Berl. kl. W. 1913. — OSTROVSKY: Diagn. Bedeutung d. Klanges eines Kupfermuenze (signe du sou) bei Kindern. Jahrb. f. Kinderklinik, 1913. — HAINISE GEZA: Diagn. Wert. d. Pitres-schen „s. du sou" Wien. m. W., 1913. — VERA M.: Diagnosticul abundenţei epanşamentelor pleurale. (Teză, Bucureşti, 1914). — SAHLI: Klin. Untersuch-Meth., 1914 — DUMITRESCU-MANTE: Banda para-vertebrală. (Rev. Şt. Med., Buc., 1915). — J. PLESCH: Zur Lehre d. Perk. u. Ausk. Deutsche M. W.: 1917. — PEYRET: Presse Méd., 25 Juillet 1918. — CREYX: Thorax ouverts et thorax fermés. (J. méd. Bodeaux, 1918). — DAMADE: Sur les complic. pulm. de la grippe. (J. méd. Bordeaux, 1919). — O. PEYRET: Auscultation focale. (Acad. Médecine, 22 Juillet, 1919). — ROBINE: Contrib. à l'étude de la methode de perc. metallique et d'ausc. combinée. (Thèse de Paris, 1919). — CROUZON et BEHAGUE: Sur une methode d'ausc. pulm. combinée au frottement de la parroi thoracique. (Soc. méd. des Hôpitaux, 2 Juillet 1920). — VAIAN: Exerciţii de auscultaţiune, Buc., 1920. — A. SEHNDORF: Uber eine Methode d. Perk. mit Seitenschalldämpfung. (Wien, Arch. f. inn. Méd., 1921). — G. CONSTANTINESCU (inginer): Ştiinţa sonică. (Acad. Rom., 1921). — MATTHEROS: Lehrb. Differenzialdiagnostic, 1921. — F. VINZET: Le signe du son de Pitres. (Thèse, Bordeaux, 1922). — CREYX et VINZENT: Frequence comparative et déterminisme du signe du sou (étude exp.). (Reun. biol. Bordeaux: 2 Mai 1922 şi 7 Nov. 1923; ref. în Presse Méd., 1922). — BRUGSCH-SCHITTENHELM: Klin. Untersuch. Meth., 1922 — MARTINET: Diagnostic clinique, 1923. — BRAUER SCHRODER: Handb. d. Tuberkulose, Leipzig, 1923. — G. LYON: Precis de clinique séméiol, 1924. — BRUNS-EWIG: Erk. der Pleura, în Tratatul Kraus. Brugsch., 1924. — MARTINI: Grundlagen d. Perk. u. Ausk. (Zentralblat inn. Méd., 1926). — SERGENT: Technique du diagn. clinique, 1926. — WINKLER: Täuschungen bei d. Ausk. d. Lungenspitzen u. Lungenwurzelgegenden. (Münch., M. W., 1927). — BĂLUICĂ: Contrib. la studiul clinic şi radiologic al adenopatiilor tr. br. la copil. (Teză, Buc., 1928). — L. RAMOND: Cliniques Medicales. — G. MANEUVRIER: Traité elem. de Physique, 1928. — SERGENT: Les syndromes respiratoire. — ST. ODOBLEJA: Un nou semn în pleurezie. (Bul. Méd. Terap., 1929). — ST. ODOBLEJA: Metodă de transs. cu aplicare în toată semeiologia. (Bul. Méd. Terap., 1929). — MINERBI: Condiţii fizice p. s. de perc. şi perc. ausc. (Dtsch. Arch. kl. Méd., 1929), — OLĂNEANU: Câteva semmne de semeiol. pulm. (Teză, Buc., 1929). — CONDORELLI: Simptomatol. zonei de timpanism şi a zonei de matitate în hidropneumo-torax. (Clinica med. ital., 1929). — ST. ODOBLEJA: Transs. sunetului

de frecare, (Spitalul, 1930). — ST. ODOBLEJA: Valoarea comparativă a transs. s. de plescăit şi a s. de frecare. (Bul. Méd. Terap., 1930). — BERGMANN, STAEHELIN: Handb. inn. Medizin, 1930. — IMRE WIENER: Le diagnostique electrophonetique de l'estomac et de l'intestin. (Noua Rev. Medicală, 1932). — IGNACIO CLAVEZ et FLORES: Un modele d'electrophonendoscope pour l'ausc. collective. (Presse Méd., 1933). — DUMITRESCU-MANTE: Semnul banului. (Spitalul, 1933). — MAREŞ: Contrib. la studiul s. banului prin procedeul Iacobsohn-Danielopolu. (Teză, Buc., 1933). — ST. ODOBLEJA: Percuţia cordului. (Bul. Med. Terap., Dec., 1933). — ST. ODOBLEJA: Fonoscopia. (Mişcarea Medicală Română, Ian., 1934). — ST. ODOBLEJA: Despre fonoscopie. Comunicat la Soc. med. a Spitalelor din Bucureşti, 21 Martie 1934.

RÉSUMÉ: St. Odobleja — *Le signe du sou.*

Après avoir fait une exposition critique du signe du sou, l'auteur fait connaître une méthode personelle sur ce signe. — Il montre que les procédés anciens, même celui recommandé par lui, doivent être considérés comme une forme inférieure de phonoscopie.

Le signe de frottement et de claquement restent les meilleurs pour le moment.

ZUSAMMENFASSUNG: St. Odobleja — *Das Geldstückzeichen.*

Nachdem der Verfasser eine kritische Darstellung über das Geldstückzeichen macht, führt er eine verbesserte persönliche Methode des Geldzeichens vor.

Er beweist dann dass die allen Methoden, sowie auch die jenige die er prekonisiert hat, müssen als minderwärtige Form der Phonoscopie betrachtet werden.

Die Methoden, wo man als Zeichen das Reiben oder das Plätschen annimmt, bleiben vorläufig die besten.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj / Babeş-Bolyai University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

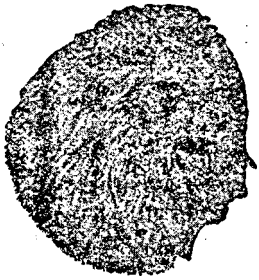
TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.



Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

VALOAREA INDICELUI LUI PIGNET; CONSTATARI FACUTE LA TUBERCULOŞI PULMONARI *)

de

Medic Maior D-r NICOLESCU VICTOR

Spitalul Militar Botoşani

Se ştie că serviciile sanitare ale mai tuturor armatelor, pentru a răspunde nevoiei de a examina şi statua în mod rapid asupra rezistenţei organice a tinerilor recruţi, neputând din lipsă de timp material — să utilizeze mijloacele obicinuite de investigaţii clinice, au căutat să le înlocuiască pe acestea — pe cât posibil — prin diverse formule matematice, rezultate din diferite calcule ale unor valori uşor de stabilit.

Intre alte mijloace, cel mai răspândit mijloc de a se stabili rezistenţa organică (robusticitatea) cuiva, prin astfel de formule, este încă şi acum aşa zisul „Indice de robusticitate al lui Pignet" (Medic militar francez).

Acest indice se obţine din calculul următor:

Se măsoară înălţimea individului (I.) în cm. şi se scade din ea suma greutăţii lui (G.) în kilograme cu perimetrul toracic (P.) în centimetri, adică I. P. = I. — (G. + P.).

Pignet, în scara ce a adoptat după multe măsurători, a conchis că indivizii robuşti sunt acei al căror indice este inferior sau cel mult egal cu cifra 20.

Adoptând şi noi, acest fel de a vedea şi aplicând scara în examenul bacilarilor, ne-am aşteptat ca indicele să ne furnizeze date prezumtive în favoarea depistărei tuberculoşilor cu această metodă.

In realitate, din observaţiunile făcute în timpul examinărilor medicale a soldaţilor la diferite regimente, observam, adeseori, o lipsă totală de concordanţă între aceste date şi starea de sănătate a examinatului, cu privire la tuberculoză.

Aceste fapte m'au determinat să'mi complectez ancheta prin observaţiuni controlate clinic, pe o masă mai însemnată de bacilari în evoluţie.

O astfel de anchetă, inspirată de D-l Colonel D-r Bălănescu I., Directorul Centrului Militar de tuberculoşi Bucureşti, servise de su-

*) Primit la redacţie la 15 Mai 1934.

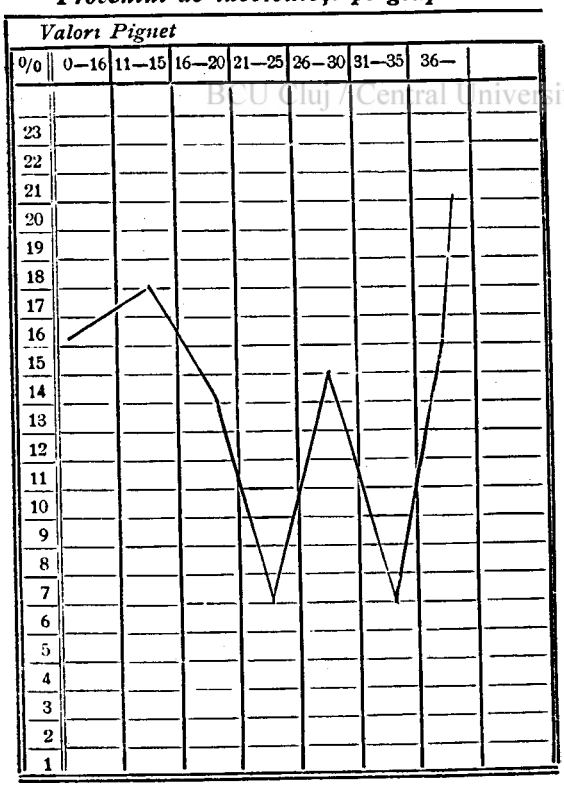
biect Domnului Doctor P. Neaga la lucrarea sa inaugurală „Câteva considerațiuni asupra valoarei indicelui lui Pignet", București, 1926.

Pentru a mă documenta încă mai mult, deși lucrarea citată este foarte concludentă, m'am adresat tot D-lui Colonel D-r Bălănescu, care cu toată bunavoință mi-a pus la dispoziție materialul necesar de cercetări compus din 71 bolnavi (5 femei și 66 bărbați), cu vârste variind între 21—30 ani și care prezintau leziuni bacilare active și bacili în spute. Repartiția leziunilor este următoarea:

Infiltrație fibro-cazeoasă (mono și bilaterală)	50
„ Ulcero-cazeoasă („ „ „)	7
Ramoliție bilaterală ulcero-cazeoasă	6
Indurație fibroasă	5
Pleuro-peritonită bacilară	1
Infiltrație și pleurită dreaptă	1
Adenepatie bilaterală	1
Total	71

Practicând măsurătorile respective, la toți acești bolnavi, pentru a stabili indicele Pignet corespunzător, am obținut rezultatele consemnate în graficul următor:

Procentul de tuberculoși pe grupe de



Repartiția bolnavilor examinați pe grupe de valori Pignet și procentul.

Valori Ind. Pignet	No. bolnavi	Procent
0—10	12	17.0
11—15	13	18.3
16—20	10	14.1
21—25	5	7.0
26—30	11	15.5
31—35	5	7.0
36—<	15	21.1
Total	71	100%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examinând graficele obţinute şi comparând rezultatele noastre cu acele obţinute de D-r Neaga în teza sa, precum şi cu indicaţiile lui Pignet ajungem la următoarele concluziuni:

1) Metoda aceasta de examinare — adoptată de Pignet la clasarea recruţilor şi introdusă pe rând apoi de multe armate, pretinzând că există o corelaţie strânsă între robusticitatea unui individ şi variaţiunile ce le prezintă între ele — cele 3 valori considerate în calcularea indicelui respectiv — în sensul că cei suprinşi între coeficienţi 0—20 sunt robuşti, nu are valoare pentru depistarea tuberculoşilor.

2) Rezultatele obţinute de D-r Neaga în lucrarea sa şi din care reese că frequenţa tuberculozei creşte regulat dela coeficienţii mici spre cei mari prezentând maximul între coeficienţii 26—30, nu le-am obţinut noi în aceste cercetări.

3) Din contră, studiind graficele de mai sus, constatăm că nu există nici o relaţiune între frequenţa tuberculozei şi coeficienţii Pignet.

In adevăr, observăm cum numărul bolnavilor este mare între coeficienţii 0—10 şi 11—15 pentru a scădea neîncetat între coeficienţii 16—20 şi 21—25 pentru a marca apoi o nouă frequenţă mărită între 26—30 şi o nouă scădere între 31—35, pentru a se urca la maxim de frequenţă dela 36 în sus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se poate deduce din cele expuse că metoda nu poate avea nici o valoare practică, ea neputând furniza nici un indiciu de descoperire a tuberculozei pulmonare.

Şi dacă considerăm că această boală — cea mai cachectizantă — ar trebui să fie prima beneficiară de pe urma metodei şi totuşi nu o poate utiliza — putem conchide că — în general — robusticitatea obţinută prin astfel de calcule, ce se servesc de valori necontrolabile, trebuesc abandonate definitiv în practica examenelor medicale.

RÉSUMÉ: V. Nicolaescu—*La valeur de l'indice Pignet; constatation faites sur les tuberculeux pulmonaires*

L'indice de la force individuelle (indice Pignet) s'obtient par le calcul suivant: on mesure la hauteur de l'individu en c. m. (I), de ce nombre on déduit son poids en Kgr (G) additionné au perimètre thoracique (P) mesuré en c. m. On obtient ainsi: I—(G+P)=l'indice Pignet.

Chez les individus forts cet indice est inférieur ou égal au nombre 20.

A la suite des recherches faites par l'auteur il arrive à la conclusion que cet indice ne peut nous donner aucun indice dans la constatation de la tuberculose pulmonaire.

En général de tels procédés d'examen médical collectif doivent être abandonnés à cause de leur inexactitude.

ZUSAMMENFASSUNG: V. Nicolaescu — *Der Wert des Pignet-Index; Erforschungen bei Lungen-Schwindsucht*

Der Widerstandsfähigkeit individueller Index (Index Pignet) wird aus der folgenden Berechnung erhalten: man messte die Höhe des Individuums (I) in cm., und man zieht die Summe seines Gewichtes in Kgr. ab, addiert mit dem Umfang des Brustkorbes (P) in cm.

I—(G+P)=Index Pignet.

Bei starken Personen ist dieser Index minderwertig oder gleich mit 20.

Aus den Forschungen die der Verfasser unternimmt, erreicht er zu der Schlussfolgerung dass dieser Index keinen praktischen Wert haben kann, da er gar keinen Hinweis geben kann in der Entdeckung der Lungenschwindsucht und dass im Allgemeinen solche Metoden von kolectiver ärtztlichen Untersuchung als ungenügend gänzlich unterlassen werden müssen.

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMÉS 0g50
AMPOULES 2cc & 5cc

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

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

Spitalul de Stat Făgăraş
Serviciul de Chirurgie

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PERITONITEI INCAPSULANTE*)

de

D-r G. CORNEA şi **D-r A. CALIHMAN**
Medic Primar. Medic Secundar.

Cazurile de peritonita incapsulantă publicate până acum fiind relativ rare, iar patogenia afecţiunii mult discutată încă, am crezut interesant să publicăm observaţia de mai jos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul G. I., în vârstă de 32 ani, plugar, este adus în spitalul nostru la data de 2 Sept. 1932, pentru dureri vii în abdomen şi febra care datează de câteva ore. Nu a vărsat. E constipat.

Tatăl mort la 70 ani de pneumonie, mama trăeşte şi e sănătoasă, are 2 fraţi şi o soră, toţi sunt sănătoşi.

Bolnavul a suferit acum 10 ani de o afecţiune acută care a ţinut vreo 10 zile şi despre care bolnavul nu ne poate da nici un detaliu, îşi aminteşte numai că a febricitat atunci.

Neagă afecţiunile aparatului respirator, sifilis şi boli venerice. Are 2 copii perfect sănătoşi. Reacţiunea Bordet Wassermann în sânge, negativă. Examenul radioscopic al pulmonului nu arată nimic patologic. Maladia actuală datează de un an când bolnavul a acuzat pentru prima oară dureri în fosa iliacă dreaptă. Durerile iradiau în cea stângă şi au durat numai câteva ore. Bolnavul nu a febricitat atunci. Urmează la intervale neregulate crize dureroase. Durerile devin din ce în ce mai violente silindu-l în cele din urmă să rămâie în timpul crizelor în pat. Bolnavul nu avea în timpul crizelor nici un fenomen digestiv. Nu poate preciza dacă a febricitat. De două luni e constipat. Crizele dureroase sunt urmate acum de un scaun.

La examen găsim o apărare musculară localizată la jumătatea dreaptă a abdomenului. Regiunea e foarte sensibilă. Prin palpaţia profundă simţim în fosa iliacă dreaptă o masă dură de formă neregulată. Limba e saburală. Nimic patologic de semnalat din partea celorlalte organe.

---

*) Primit la redacţie la 14 Martie 1934.

DG. PUSEU ACUT de APENDICITA CRONICA.

Tratament: Repaus, dieta hydrică, comprese reci pe abdomen.

La 5 Septembrie bolnavul părăseşte serviciul. Nu mai acuză dureri. Abdomenul e moale nu e dureros la palpaţie.

La 2 Octomvrie bolnavul este readus în spital pentru dureri în regiunea epigastrică şi periombilicală şi vărsături alimentare. Fenomenele datează de 12 ore şi au debutat brusc. Durerile sunt extrem de violente şi apar sub formă de crize (colici). Bolnavul e constipat. Abdomenul foarte sensibil prezintă o apărare musculară generalizată. Mişcările peristaltice ale anselor intestinale nu se desemnează. T. 37. P. 50.

Se intervine de ugenţă cu diagnosticul de **ocluzie intestinală.** Anestezia generală cu eter. Incizia Mac Burney. După deschiderea peritoneului apare în plagă operatorie o membrană lucioasă. Se închide incizia făcută şi se procedează la o laparotomie mediană totală.

După deschiderea peritonului constatăm că numai o parte a anselor intestinale este liberă, restul este acoperit de o membrană netedă lucioasă care seamănă macroscopic cu peritoneul, de care nu aderă. O deschidem între două pense şi constatăm că are forma unui sac de circa 3—5 mm. grosime. E aşezată în cadrul colic şi se înseră pe mezenter în vecinătatea trunchiului coeliac formând un orificiu circular de circa 4 cm. în diametru, prin care s'au angajat ansele intestinului subţire. Ansele în chestiune nu aderă de sac şi nici una de alta. Pe o ansă se observă o depresiune circulară cauzată de orificiul de intrare a sacului. Această depresiune nu a compromis nutriţia şi deci vitalitatea ansei respective. Nu găsim ganglioni măriţi. Apendicele e normal. Suturăm orificiul de intrare a sacului în două planuri şi rezecăm restul sacului. Refacem peretele abdominal în trei planuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urmările postoperatorie sunt normale. La 12 Octombrie se îndepărtează agrafele. Cicatrizarea per primam. La 14 Octombrie părăseşte serviciul vindecat. Bolnavul este revăzut în luna Martie 1933. E perfect sănătos. Nu acuză dureri. Scaun normal.

In Rezumat, e vorba de o afecţiune care după o perioadă de desvoltare latentă a cărei durată n'o putem stabili, s'a manifestat clinic prin crize dureroase din ce în ce mai violente, simulând în cele din urmă o ocluzie intestinală şi în care am găsit la intervenţie o neoformaţiune fibroasă care învălea ansele intestinale şi care nu adera nici la ele nici la peritoniu.

Această afecţiune a fost descrisă de autori germani sub denumire de „*Zucker gussdarmkrankeit*".

Wilmuth şi Patel au descris-o sub numele de *peritonita cronică incapsulantă*, care e după aceşti autori o stare specială a intestinului a cărui înveliş seros este dublat exterior de o membrană groasă şi albă, strălucitoare comparabilă cu crema cu care acoperim prăjiturile. E vorba de o periviscerită cronică hyperplazică care a fost întâlnită deja în jurul ficatului „Zuckergussleber" sau splinei, „Zuckergussmiltz".

De obiceiu găsim o tumoare cu margini difuze care conţine o parte mai mare sau mai mică a anselor intestinale cu un segment ce pătrunde în sac şi altul care iasă de-acolo. Membrana de 3—5 mm. grosime aderă uneori de ansele intestinale pe care le înveleşte ca

un sac, alteori aderă numai de mezo, în special de mezenter la nivelul punctului de intrare şi eşire a intestinului cum era şi în cazul nostru. Aderenţele sunt uneori aşa de intime încât încercările de a le desface pot provoca lesiuni ale seroasei (Antonopoulos-Zentralblatt für Gynecologie, 1929), sau chiar ale mucoasei intestinale (Esau). Ansele din interiorul sacului sunt uneori despărţite unele de altele prin nişte bride. Niciodată nu s'a găsit leziuni pe intestin. Ansele aglutinate sunt puţin turtite şi iperemiate dar nu prezintă ulceraţii.

Examenul istologic al membranei făcut de Antonopoulos şi alţii arată că ea este formată de câteva straturi de ţăsut conjunctiv care a suferit o degenerescenţă ialină. Suprafaţa sa exterioară este acoperită de un strat de celule cubice şi plate. Peretele sacului conţine vene sau capilare groase, luând în unele locuri un aspect telangiectasic.

Intr'un caz (Wilmuth şi Patel) membrana avea structura tipică a unei tuberculoze confluente, evoluate în unele puncte până la o cazeificare cu folicule, celule epiteliale şi celule gigante.

Lehrubecher examinând membrana incapsulantă într'un alt caz găseşte un ganglion intraperitoneal cazeos.

Despre patogenia acestei afecţiuni s'au emis mai multe păreri.

Füth crede că leziunile sunt de origină congenitală. Borovschi acuză o predispoziţie la formarea aderenţelor precum şi turburări din timpul vieţei intrauterine. Sunt simple ipoteze cari nu au fost confirmate până acum.

Ladislas Josa reintervenind din cauza fenomenelor de ocluzie intestinale acută, pe care le prezenta o bolnavă căreia i s'a făcut înainte cu 15 zile o apendicectomie à froid, găseşte la laparotomie un sac gros alb care învălea aproape totalitatea anselor. Aceasta îl face să creadă că leziunile de mai sus sunt provocate de traumatismul operator.

E greu de admis însă că leziuni aşa de întinse să se formeze în 15 zile. Simptomele pentru cari s'a făcut în acest caz apendicectomia erau probabil datorite peritonitei incapsulante; prin incizia mică făcută pentru apendicectomia credem că nu s'a putut explora bine cavitatea abdominală. Şi în cazul nostru bolnavul a fost internat la început pentru fenomene ce simulau o apendicită, pe când la intervenţie am găsit leziuni caracteristice ale peritonitei incapsulante, iar apendicele nu prezenta nici o urmă de inflamaţie.

Majoritatea autorilor admite că leziunile sunt cauzate de o infecţie a peritoneului. Un dezacord complect domneşte însă în ce priveşte modul de desvoltare a infecţiei peritoneale, punctul de plecare a agentului patogen precum şi natura acestuia.

Tiesenhauzen invoacă gripa. Schrödl-septicemia.

Terebinski (Russk. Klin. 1927), a izolat într'un caz diplococi din cavitatea peritoneală pe cari îi consideră ca agent patogen al afecţiunei.

Farberova (Russk. Klin. 1927), izolează şi dânsa diplococi din cavitatea peritoneală. Bolnavul în chestiune a suferit înainte cu 2 ani de o pneumonie căreia i-au urmat crize dureroase în abdomen

ce apăreau la intervale neregulate. Autoarea acuză pneumonia ca punctul de plecare al infecţiei, iar diplococul ca agentul patogen.

Trebue să notăm că de multe ori nu găsim în antecedentele bolnavilor nici un epizod acut chiar îndepărtat.

Mulţi autori acuză infecţiile atenuate şi iritaţiile cronice.

Schrödl, Richard consideră apendicele ca punctul de plecare al infecţiei cronice care dă naştere pe urmă la peritonita incapsulantă. Alţii sigmoidul, vesicula biliară, uterul şi anexele admiţând că procesul se poate localiza departe de punctul de plecare.

Ori Antonopoulos examinând apendicele într'un caz de peritonită incapsulantă în care acesta (apendicele) era aderent de coecul şi de membrană, n'a găsit decât o infiltraţie de celule rotunde în mucoasa şi sub mucoasa şi o integritate a musculoasei aşa că o propagare a infecţiei la pertioneu nu se putea face.

Unii acuză colita, constipaţia, staza. Ultimele două pot fi însă mai curând o consecinţă a procesului de peritonită cronică decât cauza ei.

Lutelle (La peritonite sifilitique-Presse Medicale, 1918), semnalează sifilisul ca factor posibil al peritonitei incapsulante.

Wilmuth şi Patel cari au găsit la examenul membranei leziuni tipice de tuberculoză acuză aceasta din urmă infecţiune.

Soupault (Revue critique de patologie et Terapeutique, 1932), operează o bolnavă ce a suferit înainte cu 8 luni de o pleurezie şi care prezintă de o lună după masă dureri abdominale — colici şi se plângea de o constipaţie ce alterna cu diareea şi o creştere progresivă a abdomenului cu simptome de ascită şi febră. Găseşte pe lângă circa doi litri de lichid citrin peritoneul parietal foarte îngroşat şi acoperit ca şi cel visceral, organele genitale şi ansele intestinului subţire de numeroase granulaţii. Ansele subţiri legate între ele prin aderenţe şi acoperite de un fel de capsulă groasă, prin care se distingia conturul lor, formau un bloc ce se mobiliza în masă ca un sac împreună cu coecul şi sigmoidul. Colonul transvers şi cel descendent erau independente.

Examenul istologic unui fragment din peritoneu a arătat o infiltraţie tuberculoasă accentuată.

Bazându-se pe acest caz autorul crede că peritonita incapsulantă este datorită întotdeauna infecţiei tuberculoasă.

Această observaţie prezintă însă unele caractere cari o deosibesc de cele comunicate până acum. Aşa Saupault nu a găsit bunăoară la intervenţie un sac lucios neted care ar înveli complect ansele intestinale.

Lenemant explică aceasta admiţând că leziunile de mai sus prezintă stadiul iniţial al infecţiei (Soupault a intervenit la o lună după apariţia simptomelor abdominale). Totuşi bolnavul prezintă granulaţii tuberculoase generalizate, ceiace n'ar pleda pentru stadiul iniţial al maladiei. Pe de altă parte Saupault găseşte granulaţii tuberculoase de peritoneul parietal. Aceste caractere ne ar putea sili ca să clasificăm acest caz drept o tuberculoză peritoneală. Or aici s'a mai găsit la operaţie şi un sac intestinal mobilizabil în masă şi format de o capsulă groasă prin care se distingeau conturile anselor

Digitized by Central University Library, Cluj

ceiace nu se observă în această din urmă afecţiune. Saupault crede că tocmai aceste caractere cari deosebesc cazul observat de Domnia sa de celelalte trebue să ne facă ca să considerăm peritonita incapsulantă chiar dacă la examenul istologic nu să găsesc foliculi tuberculoşi ca fiind totuşi produsă de o infecţie tuberculoasă care ajunsese însă în momentul intervenţiei la o vindecare fibroasă.

Willard consideră peritonita incapsulantă, pe care o numeşte hygromagigantă a peritoneului, ca fază ultimă a peritonitei tuberculoase. După aceşti din urmă autori peritonita incapsulantă ar fi o consecinţă îndepărtată a unei peritonite tuberculoasă cu epanşament în care aşcita a dispărut, iar din depozitul de fibrină s'a organizat o falsă membrană — sacul — lipsită de formaţiuni tuberculoase.

S'ar putea obiecta însă că majoritatea cazurilor observate până acum n'a prezentat în timpul evoluţiei fenomene de ascită, iar pe de altă parte numărul cazurilor de peritonită tuberculoasă cu ascita observate până acum în care s'a găsit acest sac albicios ce caracterizează peritonita incapsulantă este prea mic ca să putem trage de aici concluziile de mai sus.

Fără ca să negăm că în unele cazuri afecţiunea este produsă de o infecţie tuberculoasă, credem totuşi că este independentă de peritonita tuberculoasă aşcitică.

D-l D-r Hagieţeanu publică într'o lucrare interesantă patru cazuri personale cari ar prezenta stadii evolutive diferite ale peritonitei incapsulante, încercând să demonstreze în acelaş timp că această afecţiune este datorită întotdeauna infecţiei tuberculoase.

In primul caz însă autorul n'a găsit nici o leziune de natură tuberculoasă, iar leziunile constatate puteau fi provocate şi de o infecţie banală având ca punct de plecare diverticulul intestinal inflamat pe care îl avea bolnava. Nici în cazul al treilea nu s'a găsit la intervenţie leziuni tuberculoase. Intervenţia s'a limitat aici la o simplă laparatomie exploratrice şi a fost urmată de dispariţia durerilor şi a tumorei.

Făcând analogie cu rezultatul laparatomiilor exploratrice în tuberculoza peritonială aşcitică, autorul se crede îndreptăţit a afirma că leziunile constatate la această bolnavă au fost provocate de o infecţie tuberculoasă, deducând aici că chiar în cazurile de peritonita incapsulantă ce nu prezintă leziuni tuberculoase trebue să admitem că această afecţiune este de natură tuberculoasă.

Nu credem totuşi că în acest caz (al 3-lea) poate fi vorba de o vindecare şi mai curând de o ameliorare clinică. Şi în cazul nostru bolnavul după o criză dureroasă ce simula o apendicită acută părăseşte spitalul ne mai acuzând nici o durere cu abdomenul moale nedureros fără ca să mai putem palpa masa dură ce se simţea aşa de bine înainte cu câteva zile, toate acestea în urma unui repaus în pat (3 zile) şi compreselor reci aplicate pe abdomen. Această „vindecare" nu l-a împiedecat însă să prezinte după o lună fenomene de ocluzie pentru care am intervenit şi când am constatat leziunile descrise. Fiind vorba de o afecţiune ce evoluează insidios şi se manifestă numai prin complicaţiile cărora le dă naştere numai

o relaparatomie ne-ar putea da posibilitatea ca să ne convingem de aceasta „vindecare miraculoasă". Dealtfel e greu să admitem că o neoformaţiune anatomică — sacul — odată constituită chiar dacă este de natura tbc. să dispară în urma unei simple laparatomii.

In ce priveşte observaţia patra numai un examen microscopic al segmentului de intestin rezecat ar fi putut demonstra natura tuberculoasă a leziunilor observate la a doua intervenţie. Acele granulaţiuni galbene diseminate cu pierderea luciului seroasei în unele locuri puteau fi, cum obiectează şi D-l D-r Cânciulescu, simple depozite de fibrină exudate pe cale de organizare, exudat ce putea fi provocat şi de o infecţie banală grefată pe ansă „herniată", supusă unei iritaţiuni cronice, încarcerată, parţial subocluzionată şi traumatizată de un taxis brutal".

După cum vedem etiologia şi patogenia acestei afecţiuni nu este încă stabilită cu certitudine. Incontestabil că este rezultatul unui proces inflamator conic provocat de un agent patogen pe un teren dat.

Iritaţiile peritoniale cronice favorizează grefarea agentului infecţios, nu pot însă declanşa singure, fără intervenţia acestuia din urmă, această afecţiune. Infecţia peritoneală ce rezultă provoacă o formare de fibrină care organizându-se progresiv să transforme într'o membrană ce înveleşte organele peritoneale.

Este vorba de o infecţie banală sau de una specifică tbc.? Sau poate şi una şi alta pot da naştere în unele condiţiuni, ce urmează a fi stabilite la această afecţiune? Sunt întrebări la cari în starea actuală a cunoştinţelor noastre nu se poate da un răspuns definitiv. Noi înclinăm însă spre aceasta din urmă ipoteză.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele simptome traduc o jenă în funcţiunea tubului digestiv şi sunt de obiceiu benigne. Bolnavul nu le dă nici o impotranţă. Medicul este chemat când turburările iniţiale se agravează sau când apar simptoame noi. Durerile iau câteodată aspectul unor colici intermitente cari se accentuiază progresiv, ceeace ne face ca să ne gândim la o stenoză a intestinului subţire cum a fost de exemplu în cazul Esau. In unele cazuri semnele intestinale sunt discrete. La palpaţie abdominală descoperind o tumoare mai mult sau mai puţin regulată pe care o diagnosticăm după sediul ei: tumoare coecului sau chist al mezenterului (Antonopoulos), fibrom uterin (Wilmuth şi Patel), chist torsionat al ovarului (Tool), etc.

In timpul evoluţiei maladiei bolnavul poate avea vărsături, greaţă, meteorism, constipaţie rebelă sau diaree.

Diagnosticul acestei afecţiuni n'a fost pus încă înaintea intervenţiei. Tratamentul constă în extirparea pe cât posibil de completă a membranei incapsulante. Uneori găsim aderenţe între membrană şi epiplom, peritoneul parietal sau ansele intestinale. Dacă aderenţele sunt prea intime sau nu se poate găsi un plan de clivaj, ne vom mulţumi cu simplă incizie largă a sacului. La anastamoze recurgem numai în cazuri de capsule nedecorticabile complicate de ileus. Dacă explorăm sistematic şi cu atenţie câmpul operator obţinem întotdeauna rezultate bune. Eşecurile înregistrate până acum se datorează în mare parte necunoaşterei acestei afecţiuni, aşa Füth într'un caz extirpă chistul presupus care în realitate conţinea aproape to-

talitatea intestinului subţire.

După extirparea sacului pseudomembranos peritonita incapsulantă n'a mai recidivat ceeace ne face ca s'o considerăm ca ultima fază evolutivă a afecţiunei.

Tratamentul constă în extirparea pe cât posibil de complectă a membranei incapsulante. Uneori găsim aderenţe între membrană şi epiplon, peritoneul parietal sau ansele intestinale. Dacă explorăm sistematic şi cu atenţie câmpul operator obţinem întotdeauna rezultate bune. Eşecurile înregistrate până acum se datorează în mare parte necunoaşterei acestei afecţiuni, aşa Füth într'un caz extirpă chistul presupus care în realitate conţinea aproape totalitatea intestinului subţire.

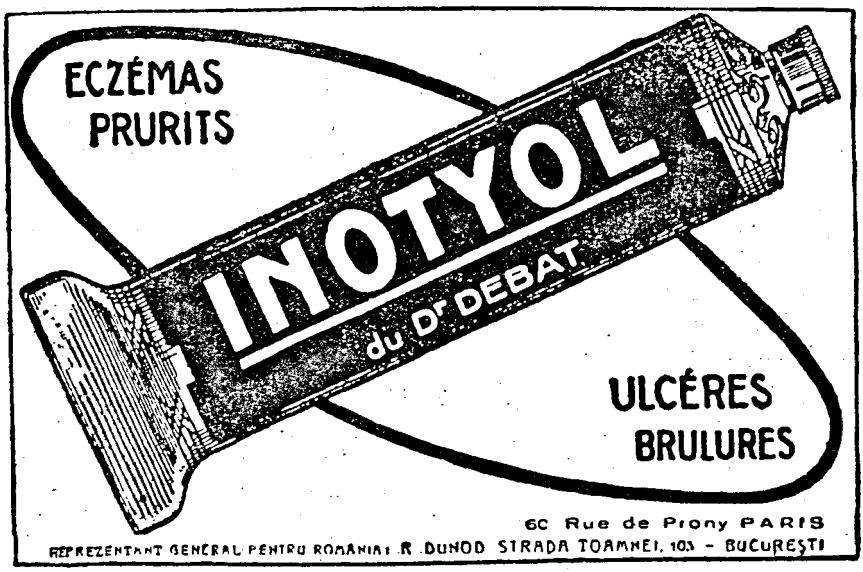
După extirparea sacului pseudomembranos, peritonita incapsulantă n'a mai recidivat ceeace ne face ca s'o considerăm ca ultima fază evolutivă a afecţiunei.

RÉSUMÉ: G. Cornea et A. Calihman — *Considérations sur la péritonite encapsulée.*

Après avoir exposé le cas d'un malade qui présentait des crises abdominales douloureuses et aiguës en simulant une occlusion intestinale et chez qui à l'opération on trouve une péritonite encapsulée, les auteurs décrivent en détail ce syndrome, insistant spécialement sur l'étiologie, la symptomatologie, sur le diagnostic et le traitement de la péritonite encapsulée.

ZUSAMMENFASSUNG: C. Cornea und A Calihman — *Bemerkungen uber ein gekapselte Bauchfellentzüdungen.*

Nachdem sie den Fall eines Kranken darstellen, welcher sehr schmerzhafte Bauchaufälle zeigt, wo sie einen Darmverschluss verstellen, bei welchem aber bei der Operation eine einkapsulirte Bauchfellentzündung gefunden wurde, ausführlich, beschreiben die Verfasser diesen Syndrom, indem sie sich aber ausschliesslich über die Etiologie, Simptomatologie, Diagnose und der Behandlung der eingekapselten Bauchfellentzündung aufhalten.



SYNDROMUL ABDOMINAL DUREROS IN MALADIA LUI BOUILLAUD *)

de

D-r S. HERSCOVICI-HERIŞAN

Târgovişte

Maladia lui Bouilland a suferit în ultimii ani cercetări pasionate care au modificat complect enunţarea procesului său etiologic şi multe din aspectele sale clinice. Noţiunea de maladie rhumatismală — cantonată la nivelul inimei şi cu aspect clinic proteiform — a devenit banală.

Dela *H. Grenet*, care a subliniat prezenţa unor forme de maladie rhumatismală extra articulară, observaţia lor s'a înmulţit simţitor; s'au descris forme tyfoide. *Bezançon, Ed. Bernard şi Meyer* au raportat („S. M. des Hôpitaux de Paris", 1932), o formă cu aspect de stare septicemică; ar exista forme anemice; *Meersmann, Fries* et *Lemaistie* au prezentat la „S. M. des Hôpitaux de Paris" (1932), 4 cazuri de anemie care au cedat unui tratament cu salicilat. *Et. Bernard* a raportat un alt caz de M. R. care a fost, vreme de 3 săptămâni, o nefrită acută; se cunoaşte cu *Martin* („Soc. de chirurgie de Lyon", 10 Febr. 1931), un caz de M. R. fixată la nivelul inimei, nemanifestându-se articular deloc; acţiunea decisivă a salicilatului fu dovada naturei rhumatismale a afecţiunei; formele pleuro-pulmonare şi nervoase în cursul R. A. sunt de cunoştinţă veche.

Moţiunea posibilităţei lor de manifestare fără tovărăşia localizărilor articulare, nu este totuşi îndeajuns considerate în clinică. Este în general necesar, în faţa unui sindrom nedeterminat să suspectăm mai des decât o facem obişnuit, existenţa maladiei lui Bouillaud. Sindromul abdominal dureros în cursul acestor maladii ne furnizează, nouă, o pildă eloquentă în acest sens.

Această formă abdominală — peritoneală, cum i se mai zice, — a fost menţionată pentru prima oară de Grenet.

Costedoat a adus la „Medicala din Paris" (1929), trei observaţii de „debut peritoneal al M. R." Diagnosticul de apendicită punându-se cu mai mult sau mai puţină hotărâre, se intervine în câteşi trei cazuri. *Worms* raportează şi el la Societatea de Chirurgie (1930), istoria a mai multor cazuri de „Sindroame peritoneale la începutul sau în cursul R. A. A." La fel *Poujet* din Lyon a raportat un caz anual trecut, iar *Stoianovitch* („Soc. de Chirurgie de Paris")

*) Primit la redacţie la 23 Mai 1934.

două cazuri de sindrom peritoneal prin care debutează M. lui Bouillaud.

Dacă literatura medicală se îmbogăţeşte cu observaţii analoage din ce în ce mai frequente, rezerve se fac totuşi multe, cu privire tocmai la această relativă frequenţă. Aşa, Profesorul *Nobécourt* nu-şi aminteşte să fi îngrijit vre-un rhumatisant, pentru un asemenea sindrom dureros, până în 1931, când a întâlnit unicul caz. Autoritatea şi îndelungata experienţă care sprijină această afirmaţie, îi asigură toată greutatea. Nu ne putem împiedeca totuşi să remarcăm cu oarecare surprindere jocul curios al întâmplării, care în puţini ani ne-a făcut să întâlnim trei cazuri de manifestare abdominală dureroasă, care să procedă înfăţişarea articulară a maladiei lui Bouillaud.

In serviciul lui Lesné, la Spitalul Trousseau din Paris, ne-a întâmpinat prin 1929, primul caz de R. A. precedat de un sindrom abdominal. Cazul a fost raportat de **Lesné** cu **Launay** la Societatea de Pediatrie. Era vorba de un băeţaş în vârstă de 9 ani, care fusese brusc apucat de dureri abdominale însoţite de vomitări dese. Băeţaşul fusese admis în Serviciul de chirurgie al spitalului cu diagnosticul de peritonită.

Existenţa unei diaree verzi şi a herpesului labial au complectat diagnosticul în sensul de peritonită cu pneumococi şi cu indicaţia expectativei. Temperatura s'a menţinut timp de 3 zile în jurul lui 40⁰. A patra zi au apărut tumefacţiile dureroase ale încheeturilor genunchilor şi ale articulaţiilor tibiotarsiene. Sub acţiunea salicilatului, cedează manifestările abdominale foarte repede, şi cele articulare mult mai încet. Copilul ese vindecat din Spital ca să se întoarcă la puţină vreme, victimă unui alt atac, tipic de astădată, de R. A. A.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Câţiva ani mai târziu, fiind intern şi fiind de gardă într'un serviciu de chirurgie, ne-a fost dat să operăm pentru apendicită probabilă, un băeţaş care ne era adresat cu acest diagnostic. El se plângea de dureri abdominale violente, difuze la pipăit şi însoţite de o uşoară reacţiune de apărare a peretelui abdominal, care ni s'a părut, după repetate încercări, că s'ar localiza în regiunea apendiculară. Temperatura ridicată şi pulsul destul de frecvent, diagnosticul cu care intră, faptul că manifestările dureroase nu datau decât de câte-va ore, inexistenţa nici unui simptom pulmonar, ne-au încetat toate aceste consideraţii la o intervenţie. Trei zile după operaţie, copilul suferea un atac de rhumatism articular.

Istoria celui de al 3-lea caz, întâlnit recent, complectează sugestia chestiunei.

Suntem chemaţi să vedem un băiat în vârstă de 11 ani, bolnav de două zile, dar care este de mai multă vreme obosit. Temperatura la 39⁰, cephalee şi starea generală de profund intoxicat sunt simptomele care se centrează în jurul unei angini roşii, enorme şi dureroasă; ne isbeşte dela început paloarea specială a bolnavului! A doua zi temperatura este în scădere, angina la fel.

La 8 zile după aceasta, suntem chemaţi din nou de familie. Copilul a cărei vemisiune se făcea lent de tot, a fost din nou culcat la pat. De astădată constatăm existenţa unui sindrom abdominal: dureri în pântec, sensibilitate difuză la pipăit întovărăşită de o legeră contractură a pereţilor. Respiraţia abdominală se menţine. Copilul este constipat; nu vomitează. Febra se va menţine în jurul lui 39—39,2⁰, iar pulsul 100—108'. Copilul

pare obosit, absent şi nu ne putem împiedeca să nu remarcăm aceeaşi paloare a feţii care ne izbise cu 8 zile mai înainte şi care acum a cuprins tot corpul. Această stare durează, fără multă schimbare, timp de 3 zile. Copilul se plânge din ce în ce mai mult de durere de cap. Tabloul clinic a devenit ceva mai vag. Aceeaşi sensibilitate însoţită de reacţiunea peretelui „puţin promptă"; amândouă simptome dificil localizabile şi variind în cursul aceluiaş examen.

Cu acest mănuchi insuficient de semne, ne este foarte greu să încheem cu un diagnostic definitiv. Elimin mai întâi afecţiunile care ar necesita o hotărîre de urgenţă: **apendicita şi peritonita acută.** Această operaţie ni se pare că nu întâlneşte, ca în cazul citat mai sus, multă dificultate. Facies-ul este de o paloare care n'are nimic peritoneal. Privită, respiraţia abdominală nu apare „blocată". Abdomenul sufere şi se apără la pipăit în puncte care se plimbă, în cursul aceluiaş examen.

Peritonita facilară cu debut acut, ştim bine că este de un diagnostic imposibil, iar cât priveşte *peritonita cu pneumococi,* n'aveam iarăşi motiv să o suspectăm în cazul de faţă. Nu tot astfel stăteau lucrurile în cazul Leshé-Launay: „era imposibil în primele trei zile ca să nu pue acest diagnostic. Durerea abdominală, temperatura ridicată, herpesul şi diareea sunt într'adevăr, semnele obişnuite întâlnite în peritonita cu pneumococi".

Pneumopatiile meritau să ne oprim mai îndelung cu atât mai mult că debutul aparent a fost brutal în cazul de faţă. Auscultaţia subţioarei mai ales, lipsa unei respiraţii precipitate, ne obligau în ciuda temperaturii ridicate, să nu ne oprim nici la acest diagnostic. Deşi ştim că lipsa localizării pulmonare nu este întotdeauna un argument şi că semnele de pneumonie pot apare mai târziu sau lipsi câteodată până la urmă, totuşi *paloarea* bolnavului ne-a făcut să păşim mai departe cu cercetarea cauzelor.

Febra tifoidă cu debut brusc are împotrivă-i şi lipsa epistaxis-ului, şi a splenomegaliei, care apare precoce de tot. Considerând pe lângă cefalee şi absenţa bolnavului, oboseala mai veche chiar zilei când s'a făcut apel la serviciile noastre, încercăm să edificăm un diagnostic de *typhobaciloză* sau de *meningită tuberculoasă.* Nu stau, nici unul, în picioare! Ne îndreptăm spre diagnostice de excepţie: sindrom abdominal în cursul *purpurei* precedând, cum se întâmplă câteodată, hemoragiile cutanee. Căutăm cea mai discretă pată purpurică fără să o aflăm. *Colita acută* în forma sa gravă are pe lângă durerea în cadru, materii fecale caracteristice.

Nu păstrăm până la urmă nici un diagnostic ferm. Nu reducem deloc însă, importanţa acestui sindrom abdominal la „une fausse alerte"; îl legăm în mintea noastră de procesul infecţios care se asociase, 8 zile mai înainte, anginei şi punem bolnavul într'o atentă observaţie. Recunoaştem că ne gândeam foarte puţin la posibilitatea unei manifestări ale malariei lui Bouilland şi că întâmplător, în cursul unui examen general, descoperim auscultând bolnavul în seara celei de a treia zi, o asurzire a sgomotului mitral.

Prescriem imediat o poţiune cu salicilat. In dimineaţa următoare, bolnavul n'a apucat să ia bine primul gram de salicilat, c'a apărut tumefacţia însoţită de dureri atroce în articulaţia scapulo-humerală stângă.

Interesul acestui caz s'ar rezuma în ce priveşte evoluţia lui, la

existenţa celor două stadii care au precedat manifestările articulare: angina cu 8 zile şi cu cel puţin 12 ore înainte, elementul auscultatoriu al localizării cardiace. Semnătura articulară a mal. lui Bouillaud plasându-se câte-odată tardiv, la urmă, se vădeşte clar necesitatea „reflexului salicilat".

Am cunoscut un practician belgian, care simţea în faţa oricărei angine roşii, declanşându-se această concluzie practică. Terapeutica anginei banale, primitive, prevedea pentru el prescripţia a câtorva grame de salicilat atât în gargarisme cât şi pe cale internă Gestul acestui medic ne pare poate şi astăzi „excesiv", el ascunde totuşi pentru noi înţelegerea practică a unui adevăr clinic. Este prea evidentă atât acţiunea specifică a salicilatului, cât şi eficacitatea administrărei lui precoce, ca să nu credem că cu câteva zile de tratament cu salicilat să nu se poată jugula un rhumatism „în gemen", aşa cum probabil este în perioada anginei roşii. Ce are aface dacă această angină nu premerge întotdeauna unui R. A. A.? Americanii au subscris oarecum, într'un chip şi mai excesiv, acestui fel de a vedea. Plecând dela noţiunea că rhumatismul este o maladie cu poarta de intrare amigdaliană, ei practică pe o scară întinsă amigdalectoma preventivă.

Mai delicată este situaţia medicului în prezenţa sindromului dureros abdominal, căci după cum sublinia cu justeţă Grenet: „Noi, toţi medicii şi chirurgii avem o teamă prea justificată de apendicită, ca să îndrăznim să o negăm în baza unei simptomatologii negative de apreciaţie delicată".

Din nenorocire lucrurile aşa stau de cele mai multe ori. Sunt totuşi circumstanţe, ca cele relatate mai sus în cazul nostru, când insuficienţa acestor simptome ne pot îndritui să temporizăm o intervenţie. Pentru desăvârşirea unui asemenea diagnostic — de expectativă — ne poate veni în ajutor cunoştinţa, după cum a arătat-o Stoianovitch a unei angine, sau a unei stări vag infecţioase, care să fi precedat acest început de dramă abdominală. Facies-ul nu este peritoneal în aceste cazuri — nota împreună cu alţii Stoianovitch. Noi adăogăm, el este de o paloare specială. Acest simptom, pe care descripţiile clasice nu-l neglijau niciodată, este de luat în consideraţie când se găseşte. El a fost suficient aproape pentru noi, ca să eliminăm de pildă existenţa unei pneumonii cu manifestări abdominale din discuţia cazului nostru.

RESUME: S. Herşcovici-Herişan—*Le syndrome abdominal douloureux dans la maladie de Bouillaud.*

Après avoir donné quelques indications bibliographiques sur les cas publiés là-dessus, l'auteur communique deux cas personnels de la maladie de Bouillaud avec début abdominal douloureux, qui sont surtout intéressants par l'absence des manifestations articulaires de début.

ZUSAMMENFASSUNG: S. Herşcovici-Herişan—*Der schmerzhafte Bauchsyndrom der Bouillaudischen Krankheit.*

Nach dem der Verfasser einige bibliographische Andeutungen solcher Fälle vorbringt, führt er zwei persönliche Beobachtungen der Bouillaudischen Krankheit vor mit einem Anfang von schmerhaften Bauchanfällen; diese sind dadurch bemerkenswert, dass am Anfang jewelche Gelenkentzündungen ausblieben.

Spitalul Filantropia Craiova
Serviciul Dermato-Veneric

UN CAZ DE ULCER ACUT AL VULVEI (LIPSCHÜTZ)

de

D-r V. DRĂGOESCU și **D-r A. DOBRESCU**
Medic primar — Medic secundar

Sub numele de *ulcer acut al vulvei* se descrie o afecțiune neveneriană a organelor genitale femeești — de obiceiu la virgine — consistând în leziuni ulcerative ale vulvei, însoțindu-se de fenomene generale și evoluând totdeauna către o vindecare spontană.

ISTORIC. Această maladie observată și de alții a fost tratată pentru prima oară ca o nouă entitate morbidă de către Lipschütz în 1912, care o și botează cu numele de ulcer acut al vulvei *„ulcus vulvae acutum"*, descriind și agentul patogen. Acesta mai întâlnise cazuri identice unul în 1905, iar altul în 1907 și pe care le etichetase altfel. Caracterele clinice curioase ale acestei boale fuseseră descrise deja de Neumann, Vincent, Matzenauer, Rona, Welander și alții. Sachs în 1904 sub numele de: *vulvită ulceroasă pseudo-tuberculoasă*, apoi Scherber, în 1907, sub numele de *ulcerație pseudo-tuberculoasă*, descriu forme clinice asemănătoare. Czapine, în 1908, comunică 9 cazuri de „ulcer nevenerian al organelor genitale femeești" vindecate spontan, dintre care 8 la virgine. In 5, din aceste cazuri găsește în secreția ulcerațiilor, prezența unor bastonașe groase care îi păreau să fie agentul patogen al boalei.

Descrierea făcută de Lipschütz în 1912 și complectată ulterior a câștigat aprobarea mai tuturor.

Autori ca Scherber, Volk, Mc. Donagh, Brünauer, Bingel, Loewi, etc., contribuesc la fixarea aproape definitivă a cadrului acestei maladii. Cazuri au mai fost citate de Monacelli, Delbanco, Oumansky, Matras, Glaubersohn și Fruehwald, Carol și Ruys, Chevallier, etc.

In Franța, primul caz este publicat în 1927 de Roederer și Sloimovici.

In România, s'au întâlnit, poate, cazuri de ulcer acut al vulvei însă din cercetările întreprinse de noi, credem a ști că până în prezent nu s'a publicat nici un asemenea caz.

Asupra denumirei de ulcer acut al vulvei s'au făcut şi alte propuneri; majoritatea autorilor au rămas la aceasta, dată de Lipschütz. Deşi relativ rar, ulcerul acut al vulvei arată, cel puţin în aparenţă, că ar afecta mai mult ţările de limbă germanică şi în special Viena.

SIMPTOMATOLOGIE. In descrierea făcută în 1912, Lipschütz distingea două forme clinice ale maladiei la care a adăugat mai târziu o a treia.

Forma acută, gangrenoasă: Die gangränöse Form des Ulcus vulvae acutum, se caracterizează printr'un debut brutal. In plină sănătate, bolnava este apucată de un frison intens, cu ascensiune termică rapidă între 39—40°, în mai puţin de 48 ore, apar pe organele genitale leziuni ulcerative ce atrag atenţia printr'o senzaţie de arsură. Aceste pierderi de substanţă sunt localizate de obiceiu pe faţa internă a labiilor mici, totuş putând prinde alteori labiile mari, clitorisul, intrarea vaginului, excepţional pe perineu, regiunile interne ale coapselor, repliurile genito-crurale (Brünauer) pe colul uterin (Volk). De formă rotundă sau ovalară, ele sunt acoperite de escare galben-cenuşii sau brun-negricioase. Organele genitale sunt tumefiate în totalitate. Prin vulvă se prelinge o secreţie vaginală. Escara, la început aderentă, se desprinde începând cu marginile şi lasă să se vadă o suprafaţă ulcerată, netedă şi acoperită de un strat subţire fibrinos sau fibrino-purulent. In acest stadiu febra scade, fenomenele subiective se ameliorează, iar leziunile tind către reparaţie, care se face prin cicatrice netede, uşor atrofice. Durata 10—20 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Forma subacută, veneriană: Die venerische Form des Ulcus vulvae acutum, numită astfel pentru asemănarea cu şancrul simplu, este cea mai răspândită. Se deosebeşte de precedenta prin începutul insidios şi lipsa aproape complectă de febră şi simptome subiective. Ulceraţiile situate, mai des, în vecinătatea intrărei vaginului, mai rar pe labiile mici şi mari, sunt de formă rotundă sau ovalară şi de mărime variind între un bob de linte şi o monedă de 1 leu. Ele sunt mai mult superficiale, cu fundul alb cenuşiu, neregulat însă nu scobit ca în şancrul simplu, acoperit de un exudat uşor, fibrino-purulent, cu marginile neregulate desfăcute. Durata boalei trece de o lună.

Forma miliară: ulcus vulvae acutum miliare rar singură, de obiceiu asociată cu forma veneriană. Evoluează într'un mod supra acut, apărând în câteva ore şi putând să se termine în câteva zile. Această formă este caracterizată prin erupţia pe labiile mari, pe perineu, a unor ulceraţiuni punctiforme, de mărimea unor gămălii, de ac, acoperite de puroi şi cu marginile roşii.

Pe lângă aceste forme clasice, Pautrier şi Roederer în 1931, descriu *un al 4-lea tip, simulând sifilomul primar.*

Burnier şi Cartaud publică tot în 1931 un caz de ulcer acut al vulvei înglobând la un loc şi treptat ultimele două forme descrise de Lipscütz şi forma descrisă de Pautrier şi Roederer. Boala succede unui eritem nodos la o fetiţă cu bogate antecedente familiare de tuberculoză.

Numărul ulceraţiilor poate varia dela 2—10 şi mai mult. Ulcerul unic este excepţional (Carol şi Rhuys; P. Chevallier şi Sig. Bloch).

In toate formele nu se constată accidente serioase, chiar în cele însoţite de febră ridicată.

Starea generală este prea puţin atinsă.

Sistemul limfatic totdeauna indemn (singur Gross întâlneşte într'un caz o adenită inguinală). Din partea sângelui P. Chevallier găseşte la o bolnavă o neutropenie şi o limfocitoză manifestă. Walter şi Roman descriu două cazuri de ulcer acut al vulvei la virgine, însoţite de un exantem maculo-papulo-pustulos. Autorii cred că nu este vorba numai de o maladie localizată ci de o *diseminare generală prin căile hematogene.*

Leziunea iniţială ar consista după unii într'o eroziune, după alţii într'un nodul inflamator moale, o papulă pe care apare o flictenă plină cu o serozitate citrin murdar sau chiar o pustulă. Aceste leziuni iniţiale se transformă totdeauna şi de îndată în ulceraţii ajutate de gratajul imperios.

Recidivele sunt frequente şi la intervale mai mult sau mai puţin lungi. Gross a observat 5 recidive în 4 ani, iar Lipschütz 7 în 9 ani. De cele mai multe ori inopinată, apariţia lor poate fi determinată de o maladie intercurentă. O bolnavă a lui P. Chevallier, vindecată spontan după 3 săptămâni, primind o injecţie de arsenobenzol constată a doua zi reapariţia ulceraţiilor. Cu ocazia fiecărei injecţiuni noui se determină ascensiuni termice regulate şi reactivarea manifestă a ulceraţiilor.

Digitized by Central University Library Cluj

ETIOLOGIE, PATOGENIE. Ulcerul acut al vulvei se întâlneşte de obiceiu între 14—20 ani, având însă ca limite extreme 3—45 ani. Afectează de regulă virginele: *virgines intactae.* Sunt citate şi cazuri de femei care au avut legături sexuale fără însă a se putea stabili un raport de cauzalitate (Monacelli) şi chiar la o femee însărcinată în luna 6-a (Dreyer).

Lipschütz în 1914, apoi Volk în acelaş an pun diagnosticul de ulcer acut vulvar (sic) la bărbat, după aspectul clinic şi bacteriologic al leziunilor. Cazul primului autor având o localizare anală, iar cel al lui Volk la rădăcina penisului, perineului şi anusului (varietatea miliară). Maladia lui Lipschütz atinge de obiceiu persoanele debile, anemiate, uneori purtătoare de leziuni bacilare. Pare să aibă o legătură cu funcţiunile catameniale (Mc. Donagh găseşte frisonul iniţial apărând după încetarea fluxului menstrual în 3 din 5 cazuri; totuşi Lipschütz o găseşte la impubere, amenoreice, histerectonizate. Apariţia ulceraţiilor poate fi precedată de un şoc moral (Chevallier), ceeace a făcut pe Schugt să creadă că ar fi vorba de o ulceraţie angio-neurotică.

Din cele ştiute până astăzi boala nu este contagioasă. Scherber citează cazul a 2 surori cu ulcer acut al vulvei, ce dormeau în acelaş pat.

Dela început Lipschütz a găsit aproape constant în exudatul

ulcerațiilor un bacil Gram pozitiv, de colorație omogenă, lung 3—11 μ și de $1/2$ μ grosime, prezentând vacuole prin metoda Neisser, oferind asemănări morfologice cu bacilul cărbunelui și bacillus subtilis și pe care îl numește bacilus crasus. Acest bacil a fost găsit și la persoane suferind de alte afecțiuni ale tractusului uro-genital, în scleroze sifilitice, în ulcerații veneriene și tuberculoase fără ca să fi influențat evoluția obicinuită a acestor maladii, așa că Scherber se întreabă dacă în acest caz nu este vorba de bacillus vaginae (Scheidenbacillus) descris de Döderlein în 1896, germen ce se găsește în mod aproape constant în vaginul virginelor.

Loewi afirmă că bacillus crassus și bacillus vaginae al lui Döderlein ar fi unul și acelaș, identificându-se complect morfologic și tinctorial. Dealtfel acesta propune chiar să se schimbe numele de bacil în bacterie ca făcând parte din speța bacteriilor, pentru a se numi sau după aparența frizată a culturilor: „Plokamobacterium" (plokamos-frizat) sau după funcțiunea biologică de a produce acid lactic: galecto sau Caseo-bacterium. Scherber pentru prima dată a obținut bacillus crassus în cultură pură într'o atmosferă azoto-anaerobică: Lipschütz arată că anaerobismul nu este obligator și obține — dealtfel mijlocul este cel mai uzitat până în prezent — culturi pure pe agar-ascită.

Din puroiul din ulcerații însămânțat, se desvoltă pe mediul de cultură afară de microbii piogeni banali o aureolă în suprafață care conține bacillus crassus. Se transplantează din aceasta pe agar-ascită și după 24 ore la 37° se obțin culturi pure. Cultura matură capătă o colorație cenușie-gălbue și are un aspect frizat. In culturile proaspete bacilii sunt separați, pe când în culturile vechi sunt dispuși în lanțuri ajungând până la 45. Cu timpul devin îndoiți, încolăciți, subțiați și se colorează rău.

Tot Lipschütz mai recomandă un alt mijloc de izolare mai rapid, însămânțând pe lame de agar-ascită. După 24-36 ore se examinează la microscop cu un număr mic. Printre coloniile opace de stafilococi cari sunt cei mai obicinuiți se descopăr și câteva colonii cenușii-albicioase cât gămălile de ac, delicate, netede, constituite din bacillus crassus. Din acestea se reînsemânțează până la obținerea unei colonii pure.

Mulți autori ca Gross și Finnerud, Bingel, Meta, Oelze Rheinboldt, nu au găsit în cazurile întâlnite de ulcer acut al vulvei bacilul crassus, așa că au ajuns să nege orice rol de agent etiologic al acestuia. Lipschütz crede că în aceste cazuri a fost vorba cu totul de altceva.

Toate tentativele de auto-inoculare pe locurile cele mai variate de piele au dat greș. Lipschütz justifică eșecul prin aceea că mucoasa vulvei ar prezenta condițiuni cu totul favorabile înmulțirei acestui germen. Sub influențe diverse: infecții intercurente, turburări de nutriție, condițiuni meteorologice, s'ar schimba chimismul secrețiilor vulvo-vaginale și s'ar creea condițiuni speciale care slăbesc rezistența locală sau măresc virulența bacilului crassus.

Inoculările la animale au fost negative afară de un singur caz

al lui Scherber. Inoculând culturi pure de bacillus crassus în suspensie în ser fiziologic a reprodus ulcerații genitale la epure. Din acestea reînsemânțând pe medii de cultură a realizat iarăș culturi pure. Animalul s'a vindecat după 3 zile.

Examenul histo-patologic arată că ulcerul acut al vulvei posedă câteva caractere distincte, fixate de Lipschütz și Brünauer, deși unii autori neagă cu totul specificitatea leziunilor histologice ca banale și comune și altor ulcerații. Aceste leziuni consistă într'o dilatație a vaselor cuprinzând în interior numeroase leucocite cu nucleu polimorf simulând uneori un abces miliar și printre ele câteva eritorcite. Leucocitele emigrate prin pereții vaselor formează ca un manșon perivascular. Mai în spre suprafața ulcerației ele se grămădesc formând o infiltrație care prin abundența ei înlocue aproape complect țesutul conjunctiv. Pielea și mucoasa vecină prezintă o hipertrofie a porțiunei epiteliale cu proliferarea celulelor Malpighi.

Bacillus crassus se găsește mai totdeauna în secțiuni, însă numai în straturile superficiale. Lipschütz și Brünauer explică inflamația și a straturilor inferioare prin pătrunderea unei toxine secretate de microb la fel ca și în uretritele blenoragice când gonococul deși la suprafață inflamează straturile mai profunde.

Alterațiile vasculare sunt caracteristice. Monacelli crede că la origine rezidă un virus care circulând în vase, întreține în acestea și țesuturile vecine, leziuni asemănătoare periarteritei nodoase numită maladia lui Kussmaul sau Mayer însă mai corect maladia lui Matani-Kussmaul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIAGNOSTICUL ulcerului acut al vulvei, în cazurile tipice se face fără prea multă greutate, bazându-ne pe debutul și evoluția boalei, integritatea himenului, lipsa complicațiilor locale și regionale (fagedenism, limfagite, adenite) și vindecarea rapidă și spontană.

Prezența bacilului crassus în leziune nu confirmă diagnosticul decât coroborând cu celelalte simptome ale ulcerului acut vulvar. Lipsa lui însă din exudatul ulcerațiilor ne dă certitudinea că nu avem aface cu maladia lui Lipschütz.

Diagnosticul diferențial se face: cu *șancru simplu* cu care de multe ori este dificil mai ales în forma de ulcer acut al vulvei zisă veneriană tocmai pentru asemănarea acesteia cu șancru simplu. Debutul mai puțin brusc, evoluția mai lungă, ulcerația mai scobită, adenopatia satelită în multe cazuri și mai ales prezența streptobacilului Ducrey în leziune ne confirmă existența unui șancru simplu.

Cu gangrena vulvei, deși debutul este comun cu forma gangrenoasă, febra precedând apariția ulcerațiilor, totuș în gangrena vulvei fenomenele generale sunt mai grave, distrugerile de țesuturi enorme, escarele negricioase și fetide.

Cu ulcerațiile la femeile cu gonoree provenite prin acțiunea iritantă a scurgerilor nu prin cea directă a gonococului. La fel în ulcus gonorrhoicum al lui Thalmann situat pe abcese ale glandei Bartolin perforate.

Cu ulcerele vulvare survenite în cursul eritemului nodos (Plan-

ner şi Remenovsky, Kyrle) cu care are foarte multe simptome comune şi de care se deosebeşte prin prezenţa bacilului crassus şi lipsa fenomenelor generale ale eritemului nodos.

Cu vulvo-vaginitele difterice care au un miros pătrunzător, pseudo-membrane greu de detaşat şi prinderea ganglionilor sateliţi.

Cu ulceraţiile genitale survenite în cursul febrei tifoide în care s'a identificat bacilul Ebert (Lartigan, Planner şi Remenovsky).

Cu ulcerile aftoase ale organelor genitale (Naumann) mai mici, mai profunde, foarte dureroase şi foarte secretânde. Ganglionii prinşi fără să ajungă însă la supuraţie.

Diferenţierea se mai face şi *cu stadiul aftos dela început.* Coexistenţa aftelor bucale cu ulcerul acut al vulvei s'a semnalat de Lipschütz, Carol şi Rhuys.

Cu ulceraţiile survenite în cursul maladiilor infecţioase caşectizante, sau a diabetului prin caracterul aftos al acestora.

Cu sifilomul primar care este nedureros şi însoţit de adenopatia satelită clasică. Puncte de asemănare oferă forma descrisă de Pautrier şi Roederer.

Cu eroziunile herpetice, mai superficiale, cu contur policiclic, cu urme de vezicule la periferie.

Cu ulceraţiile tuberculoase ce au evoluţia subacută sau cronică şi aspectul clinic special al ulceraţiilor.

Pronosticul ulcerului acut al vulvei este favorabil dat fiind tendinţa la vindecare şi lipsa complicaţiilor. Singure *recidivele sunt de temut.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul este ajutat mult de tendinţa naturală la vindecare spontană. In cazurile prea inflamatorii comprese umede. In cele obicinuite aplicaţii antiseptice (apă oxigenată, iodoform, aristol). Contra turburărilor generale tratament simptomatic.

OBSERV. — Fetiţa Ecaterina S... de ani 8, din comuna M..., jud. Dolj, este adusă la consultaţiile acestui serviciu pentru dureri în regiunea vulvară, jenă în mers şi temperatură ridicată.

Antecedente Heredo-colat. fără importanţă.

Antecedente personale. Rugeolă la 3 ani, apoi la scurt interval tuse convulsivă.

Istoric. Deplin sănătoasă până acum 5 zile când a avut în regiunea vulvară o senzaţie de arsură cu usturime şi extrem de pruriginoasă. In acelaş timp — familia afirmă — îi apare pe întreg tegumentul, dar mai ales pe trunchiu o erupţie de tip eritematos ce dispare spontan după 24 ore, fără intervenţia vreunui tratament. Febrilă în acest timp — ardea ca focul — nu ne poate preciza dacă a avut un frison iniţial.

Fenomenele vulvare accentuându-se, este consultat un medic care recomandă internarea în spital.

Starea prezentă. Bolnava de constituţie medie. Facies bun, anemic. Febrilă 39.8. Puls accelerat — 120 pe minut — blin, bine bătut. Apetitul sensibil diminuat; uşor constipată. Urinile dense, colorate, nu conţin albumină. Micţiunile dureroase, „fierbinţi". Pe întreg tegumentul nu se remarcă nimic anormal.

Intreaga regiune genitală (externă) congestivă, de un roş aprins este tumefiată „în toto" în special labiile mici.

PLANȘĂ.

UN CAZ DE ULCER ACUT AL VULVEI
(LIPSCHÜTZ)

de

D-r V. DRĂGOESCU și A. DOBRESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ulcer acut al vulvei (Lipschütz).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe labiile mari, înitnzându-se în parte şi pe cele mici coborând până la furchetă, se constată prezenţa unor leziuni ulcerative de formă rotundă alungită, confluente, afară de una singură pe labia mare stângă de mărime variind între 1/2 cm. şi 2 cm. în diametru, acoperite de nişte escare groase galben cenuşii, puţin aderente, întrecând în grosime nivelul pielei. Vulva este umectată de o secreţie purulentă gălbue ce se prelinge din vagin în mică cantitate.

Himenul intact. Buco faringian nimic deosebit. La examenul general visceral nu se constată nimic important. Sistemul limfatic normal.

In puroiul din leziuni şi din secreţia vaginală se constată prezenţa bacilului crassus. Auto-inoculările făcute cu puroiu din leziuni rămân negative. Insămânţări pentru culturi nu s'au făcut. Reacţia B. Wassermann în sânge negativă. Se institue un tratament local compus din spălături vulvo-vaginale cu o soluţie slabă de K. permanganic şi comprese cu apă oxigenată pentru a diminua fenomenele inflamatorii şi a înlesni căderea escarelor.

După două zile, febra scade la normal, iar escarele se desprind, lăsând să se vadă o suprafaţă roşie-gălbue, granulată, cu margini neregulate. Fundul creşte treptat, acoperindu-se cu o cicatrice fină, aşa că la 10 zile dela internare, bolnava părăseşte serviciul complect vindecată.

Debutul dramatic în plină sănătate, aspectul şi evoluţia clinică a maladiei ne îndreptăţesc să etichetăm observaţia de mai sus în cadrul descris de Lipschütz sub numele de formă acută, gangrenoasă.

Demn de relevat în cazul de faţă ne pare însă că este simultaneitatea erupţiei eritematoase generalizate cu primele manifestări morbide ale boalei, fapt observat de altfel de câţiva autori. Aceste considerente ne face să înclinăm a crede că procesul morbid în ulcerul acut al vulvei nu se mărgineşte numai la organele genitale aşa cum o pretinde Lipschütz. Lucrurile s'ar petrece ceva mai complicate iar ulceraţiile vulvare n'ar fi decât expresiunea manifestărei regionale a unui proces infecţios degeneralizat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Arzt: Wiener Dermat. Gesells., 5-VI, 1924. — **Bingel:** Dermat. Zeitung. Bd. 33, 1921. — **Brunauer:** Wiener Med. Wochensch. — **Burnier şi A. Cartaud:** Annales mal. vénér., 8 Aug., 1931. — **Carol şi Charlotte Ruys:** Acta Dermato-Venereolog. Vol. IX, fasc. 2, Sept., 1928. — **Chevallier Paul:** La Presse Méd. No. 6, Janv. 1932. — **Czapine:** Roussky Journal Krin. i Ven., p. 211, 1908. — **Delbanco:** Dermat. Wochensch., 1926. — **Finnerud:** Arch. of. Derm. and. Syphil. XIII, 1, 1926. — **Fruchwald:** Demonstrat. chemnitzer Hautärzte, 1928. — **Frommer:** Dermat. Wochensch., Bd. 81, 1925. — **Glaubersohn** A.: Dermat. Wochensch. No. 46, Nov. 1928. — **Gottion:** Berliner Dermat. Gesellsch., 13 Nov. 1928. — **Gougerot, Burnier şi P. Uhry:** Bull. Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil. No. 5, Mai, 1929, p. 462. — **Gougerot, Burnier şi P. Uhry:** Annales Mal. Vénér. No. 9, Sept, 1929. — **Heim:** Medic. Klin. 20, 1921. — **Lartigan:** But. Med. Journ., 1899. — **Lenartowicz:** Wiener Klin. Wochensch. 9, 1927. — **Lipschütz:** Arch. f. Derm. und Syphil., Bd. 76, 1905. — **Lipschütz:** Arch. f. Derm. und Syphil., Bd. 114, 1913. — **Lipschütz:** Wiener Klin. Wochensch. 7, 1918. — **Lip-**

schütz: Med. Klin., 1921. — **Lipschütz:** Arch. f. Derm. und Syphil., Bd. 134, 1921. — **Lipschütz:** Dermat. Wochensch., Bd. 76, 1923. — **Lipschütz:** Dermat. Studien. Edit. Vass. Leipzig, 1925. — **Lipschütz** şi **Brunauer:** Arch. f. Derm. und Syphil., Bd. 136, 1921. — **Loewi:** Zentralblat f. Bakt., Bd. 88, 1922. — **Matras:** Wiener derm. gesellsch., 3 Mai 1928. — **Mc. Donagh.:** Brit. Journ. of Dermat., 1924. — **Monacelli Mario:** Annales mal. vénér. No. 1, Ian. 1927. — **Neumann:** Wiener Klin. Rundsch., 1895. — **Oelze Rheinboldt:** Dermat. Wochensch., Bd. 75, 76, 1922, 1923. — **Olson:** Arch. of Dermat. and. Syphil. 1, 3, 1920. — **Oumansky:** Russky Vestnik Dermatologica V; 10, 1927. — **Pautrier** şi **J. Roederer:** Bull. Soc. fr. Dermat. Syphil. No. 4, 1931, Reun. Strasbourg, p. 589. — **Planner** şi **Remenowsky:** Arch. fr. Derm. u. Syphil., Bd. 140, 1922. — **Roederer** şi **Sloimovici:** Bull. soc. fr. de Derm. Syphil., p. 263, 1927, Reun. Strasbourg. — **Roederer** şi **Sloimovici:** Annales de Dermat. et de Syphil. No. 2, Febr. 1928. — **Rostenberg:** Arch. f. Derm. u. Syphil. XIII, 4, 1926. — Sachs: Wiener Klin. Wochensch. 1905. — **Scherber:** Dermat. Zeitung., Bd. 20, 1913. — **Scherber:** Wiener Klin. Wochensch. t. 7, 1913, 37, 1918. — **Scherber:** Arch. f. Derm. u. Syphil., Bd. 127, 1919. — **Scherber:** Wiener Med. Wochensch., Bd. 73, 1923. — **Schutz:** Zentralbl. für Gyn. 1925. — **Thalmann:** Arch. f. Derm. u. Syphil. Bd. 71, 1904. — **Volk:** Wiener Klin. Wochensch., 1914. — **Walter** şi **Roman:** Dermat. Wochensch. No. 21, 1930. — **Welander:** Arch. f. Derm. u. Syphil., Bd. 68, 1923. — **Werther:** Vereinig. Dresd. Derm. und Urolog. 6, V, 1925.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: V. Dragoescu et A. Dobresco — *Un cas d'ulcère aigu de la vulve (Lipschütz).*

Les auteurs, après avoir amplement et méthodiquement passé en revue les faits connus jusqu'à présent sur ce sujet, exposent l'observation d'une fillette, habitant la campagne, agée de 8 ans qui, en parfaite santé, est prise d'une fièvre élevée et ressent dans la région vulvaire une sensation de brûlure et de vive cuisson très prurigineuse. En même temps apparaît sur les téguments une éruption du type erythèmateux qui disparaît spontanément au bout de 24 heures sans l'intervention d'aucun traitement. Examinée, la malade présente une tuméfaction et une congestion de toute la vulve. Sur les grandes lèvres, s'étendant ainsi que sur les petites lèvres et sur la fourchette, plusieurs lésions ulcérées couvertes d'escarres épaisses jaune-candrée, peu adhérentes, dépassant en épaisseur le niveau de la peau. On a constaté la présence du «bacillus crassus» dans les frottis des ulcérations. Les autoinnoculations avec le pus des lésions sont restées stériles. A la suite d'un traitement anodin, la malade quitte le service complétement guérie au bout de 10 jours. Les auteurs font rentrer cette observation dans le cadre décrit par Lipschütz sous le nom, de forme aiguë, gangreneuse. Outre la rareté du cas — il semble qu'en Roumanie serait la première publication d'ulcère aigu de la vulve — D. et D. relèvent la simultanéité de l'éruption erythémateuse généralisée avec les premières manifestations morbides de la maladie — fait qui a déjà été remarqué par certains auteurs. Ils croyent que le procès morbide dans l'ulcère aigu de la vulve ne se limite pas seulement aux organes génitaux et que les choses se passeraient d'une façon plus compliquée: les ulcérations vulvaires ne seraient que l'expression d'une manifestation régionale d'un procès infectieux généralisé.

Une photographie illustre le texte.

ZUSAMMENFASSUNG: V. Drăgoescu und D-r A. Dobresc. — *Eiu Fall von heftigen Vulva-Geschvür.*

Nach einer gründlichen und metodischen Übersicht der bisherigen Kenntuisse über dieses Themas, stellen die Verfasser die Krankheitsgeschichte eines Mädchens vom Lande, im Alter von 8 Iahren dar, welches in ganz gesundem Zustande auf einmal hohes Fieber bekam, und in der Vulvaregion ein brennendes Gefühl mit Brennen und Iucken fühlte. In dieser Zeit erscheint auf dem ganzen Körper ein erytematöser Ausschlag, welcher plötzlich in 24 Stunden verschwindet ohne jegliche Behandlung.

Bei der Untersuchung zeigt die Kranke eine Schwöllung und eine Congestion der ganzen Vulva. Auf den grossen Lippen, sowie auf den kleinen und auf der Gabel der Vulva, sind mehrere Geschwüre, welche mit gelbliche aschfarbiger Escare, wenig haltbar, und dicker als die Haut oberfläche bedekt sind.

Man fand den Bacilus Crassus in den Geschwüren. Die Autoinoculationnen mit Eiter aus den Wunden bleiben unfruchtbar. Die Kranke hann das Krankenhaus nach 10 Tagen vollständig gesund, nach einer anodinen Behandlung, verlassen.

Der Fall ist von den Verfasssern in dem von Lippschütz beschriebenen Bilde als acute gangränöse Art der Vulvageschwüre.

Abgesehen von der Seltenheit des Falles scheint dies in Rumänien, die erste Veröffentlichung dieser Art zu sein.

D. und D. heben hervor den gleichzeitigen Ausschlag mit den ersten Krankhaften Erscheinungen der Krankheit, was auch von anderen beobachtet wurde, und glauben dass der krankhafte Prozes, des acuten Geschwüres der Vulva, sich nicht nur auf die genitalen Organen beschränkt, sondern dass die Tatsachen sich etwas compliecierter entwickeln so dass die Vulva-Geschwüre nur der Aussdruck einer localen Manifestation eines generaliesirten Infektionprozesses sind.

Eine originelle Photographie illustrirt den Text.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PREPARATE DE

CĂRBUNE MEDICINAL RICHTER

«GEDEON RICHTER»

Tablete Carbomedicinalis
0,40 gr. cărbune
Indicat în turburări digestive.

Tablete Carbopepsin
0,25 gr. cărbune, 0,25 gr. pepsină
Indicat în dispepsii.

Tablete Tannocarbon
0,12 gr. cărbune, 0,12 gr. tanin albuminat
Indicat în disenterie, enterocolită acută şi cronică.

Tablete Carboacid
0,40 gr. cărbune cu 2% HCl.
Indicat în turburări ale secreţiei clorhidrice (hipoclorhidrice).

Tablete Carboacid c. pepsin
0,25 gr. cărbune cu 2% HCl. şi 0,25 gr. pepsină
Indicat în achilia gastrică, diaree gastrogenă.

Tablete Carbolax
0,45 gr. cărbune, 0,05 gr. Extr. sennae sicc.
Indicat în procese intestinale fermentative, constipaţie habituală, colita mucoasă.

Tablete MAGNOCARBON Richter
0,25 gr. cărbune, 0,25 gr. Magnozon (magnezium peroxydatum) şi 0,005 gr. extr. belladona.
Indicat: în flatulenţă, meteorisme, enterite acute şi hiperaciditate.

Spitalul tbc. Vijnița Bucovina.

SARURILE DE AUR IN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PULMONARE

de

D-r C. MARTINESCU
Medic-Director.

D-r TH. STAMATIADE
Medic Secundar.

Ideea combaterei tuberculozei prin tratamentul cu săruri de aur nu este nouă. Se ştie că Paracelse (1526) a încercat să trateze phtizia cu aur. Pe la finele secolului trecut B. Koch întreprinde cercetări de laborator cu Cyanurul dublu de aur şi potasiu. Aceste cercetări n'au putut fi confirmate clinicește din cauza toxicității grupului cyanic. De atunci s'au făcut mai multe încercări în acest domeniu. In 1924, însă Prof. Moelgaard face o comunicare la Societatea Daneză de Medicină internă, în care susține bazat pe cercetări de laborator şi confirmări clinice, că Sanocryzina este medicamentul specific al tuberculozei, având o acțiune bactericidă. Această descoperire a avut darul de a declanşa entuziasmul medicilor danezi care şi-a găsit răsunet apoi şi în alte țări. In Franța, Anglia, Germania însă, a fost primită cu oarecare rezervă, care în curând a făcut loc unei deziluzii generale, când din toate părțile au fost semnalate accidente grave şi chiar cazuri mortale. Medicii danezi şi-au continuat însă cercetările. Totodată Leon Bernard şi Dumarest s'au declarat adepții acestui tratament, arătând că accidentele pot fi evitate prin întrebuințarea dozelor mici. Astfel crysoterapia compromisă, fu reabilitată, găsindu-şi adepți din ce în ce mai numeroşi.

Sărurile de aur cele mai întrebuințate sunt: *Sanocryzina* (thiosulfat dublu de aur şi sodiu) descoperită în 1845, de 2 chimişti francezi Fordos şi Gelis. A fost adusă de Moelgaard în stare de puritate absolută. E o sare puțin toxică, sub formă de cristale mici albe, solubilă în apă, conține 37,33% aur. *Lopion,* pulbere brună, solubilă în apă, conține 43% aur. Este un aurodithiourebenzoat de sodiu. *Allocrysine* Lumière. Thiopropansulfatul dublu de aur şi sodiu conținând 33,7% aur. *Solganal,* pulbere galbenă, brună, conține 36,5% aur. *Triphal,* 44% aur. *Krisolgan,* 50% aur.

In ultimul timp se dă preferință sărurilor de aur în soluție sau suspensie oleioasă, injectabile intramuscular, deoarece asigură o

rezorbţie mai lentă a medicamentului injectat, o eliminare mai puţin rapidă şi o acţiune mai durabilă.

Dintre acestea se întrebuinţează cu sare de aur liposolubilă Lipaurol, campho-dithio-carbonat dublu de aur şi sodiu hidratat. Formula:

$$\left[C^8 H^{14} \begin{matrix} CO \\ | \\ CH. \ CSS \end{matrix}\right]^2 Au\ Na + 9\ H^2\ O$$

Sarea e solubilă în ulei şi alcool dând o soluţie de culoare brună roşie, conţine 33% aur metal şi ca suspensiune uleioasă Solganal B. (Feldt) pulbere galben-aurie conţinând 50% aur.

INDICAŢIUNI. In general, majoritatea autorilor este de acord că tratamentul cu sărurile de aur este indicat mai mult în cazuri mijlocii bilaterale cu leziuni recente exudative cu temperatură puţin ridicată. Cazurile unilaterale fiind justiţiabile de pneumothorax (Courmont). Pentru Bernard şi Meyer, acţiunea terapeutică a aurului se exercită mai mult în forme acute şi mai ales atacurile evolutive acute ale tuberculozei pulmonare. Labesse şi Marie găsesc că bilateralizarea survenită în cursul pneumotoraxului artificial implică neapărat auroterapia. Pentru Mollard, indicaţiunile depind de felul cum este aplicat tratamentul cu aur cu titlu 1) autonom sau 2) adjuvant. In primul caz formele care ar beneficia sunt: forme cronice apyretice sau tuberculoze superficiale, baciloze vechi, granulii cronice (reci), unele forme fibroase şi ganglionare însoţite de turburări toxice generale şi mai puţin tuberculoze cronice în perioada puseelor evolutive. 2) Ca adjuvant, se va asocia cu alte metode ca: phrenicectomia, thoracoplastia şi mai ales pneumothoraxul artificial, complectând acţiunea acestuia şi oprind evoluţiunea leziunilor contralaterale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRAINDICAŢII. Părerea aproape unanimă astăzi este că nu se poate aplica crysoterapia la cei cu tare organice, ex. leziuni ale rinichiului, ficatului sau intestinului. Cei caşectici ca şi tuberculoşii diabetici intră în cadrul celor proscrişi.

Leon Bernard însă susţine că a avut rezultate frumoase în enterite tuberculoase, iar Ameuille şi Klotz contestă acţiunea nefastă a aurului la nephretici şi hepatici.

S'a crezut un timp că şi laringita ar constitui o contraindicaţie. Astăzi părerea aceasta e combătută, iar din modesta noastră experienţă, după cum se vede din foile de observaţie mai jos, rezultă că tocmai la cei cu laringite am obţinut succese frumoase, în tot cazul lesne vizibile.

POSOLOGIA. In privinţa dozelor părerilor sunt împărţite. Dumarest şi Mollard, Jaquerod, Cardis, Wurtzen şi mulţi alţi pledează pentru întrebuinţarea dozelor mici de Sanocryzină. Incep cu 0,05 ctgr. crescând până la 0,25 ctgr. repetând fiecare de 2—3 ori, iar doza ultimă 0,25 până la doză totală de 3 gr. Injecţiile săptămânale. Cam aceiaşi metodă am întrebuinţat şi în spitalul nostru şi credem a-i datori faptul că n'am avut nici un accident.

Partizanii dozelor mijlocii sunt Leon Bernard şi elevii lui. Incep cu doze mici (0,05—0,10 ctgr.) ajungând repede şi progresiv la 0,50 ctgr. odată pe săptămână. Doza totală 6—8 ctgr.

In sfârşit autorii danezi şi în special Knud Faber, Secher şi alţii, întrebuinţează şi azi doze mari. Incepând cu doze mici, ajung repede la 1 gr. pe săptămână. Doza totală 8—10 gr. Hinault începe chiar cu doza 0,50 ctgr. şi 1,50.

Lipaurol-ul, care se prezintă în fiole de 1 cc. sau 2 cc. (soluţie gata făcută) corespunzând cu 3 ctgr. resp. 6 ctgr. aur metal, se injectează numai intramuscular. Se utilizează la început fiole de 1 cc. făcându-se 2 injecţii pe săptămână. Dacă toleranţa este bună, se poate trece apoi până la 2 şi chiar 3 injecţii de 2 cc. pe săptămână. O serie complectă: 3 grame aur metal.

Solganal B. întrebuinţat de Dumarest, Lebeuf şi Mollard în proporţie de 1 gr. sare la 10 cc. ulei de migdale dulci, 3 injecţiuni pe săptămână cu doze crescânde dela 0,10 ctgr.—0,20 ctgr. până la 1,20 pe săptămână. Doza totală: 3—4 gr.

Identică este Samocryzina poloneză cu care deasemeni am tratat cazul cu obs. 6.

ACCIDENTELE descrise din literatură cu injecţii intravenoase sunt:

1) Accidentele de şoc imediate. Se explică de unii prin fenomene de hematolysă din cauza unei soluţii prea diluate (Lacroix). Sunt fără gravitate însă.

2) Reacţie febrilă (39—40°) a cărei durată nu depăşeşte 24 ore.

3) Urme de albumină în urină (10%). Cei care întrebuinţează doze mari au avut însă cazuri de nefrite grave.

4) Reacţia focală constă într'o înmulţire a ralurilor şi o creştere a expectoraţiei.

5) Turburările digestive ca greaţă, vărsături se pot evita dacă injecţia se face lent (cele intravenoase). Câteodată se observă diaree uşoară, trecătoare. Mai rar şi numai în urma întebuinţărei dozelor mari s'au semnalat turburări hepatice (chiar icter grav), erupţii cutanate şi mucoase, cu caracter morbiliform sau scarlatiniform, stomatite.

6) Tendinţa discretă la hemoptizie, ce se poate atribui injecţiilor se observă câteodată, excepţional, însă teoriticeşte nu-i aflăm nici o legătură de cauzalitate.

Menţionăm urticaria în observaţia 9-a din tablou după a treia injecţie de Lipaurol, cu papule voluminoase confluente, oedeme palpebrale care dispar cu regim şi clorură de calciu. După două săptămâni reluăm tratamentul, cu administrarea prealabilă de 1/2 cc. adrenalină, fără nici un incident nou. Urina conţine albumină 2‰.

REZULTATELE tratamentului date de Mollard în teza sa sunt: modificarea semnelor generale şi anume: 1) Scăderea progresivă a febrei dela început sau după câteva injecţiuni, totodată şi suprimarea sudorilor nocturne 61%. Creşterea în greutate, revine apetitul, dispare insomnia 42%. 2) Semnele funcţionale: a) diminuarea tusei şi expectoraţiei 59%, câteodată chiar dispariţie

complectă, în orice caz sputele devin mai fluide; b) descreşterea numărul baccililor 40%. Mai rar dispariţia lor totală. 3) Semnele fizice: Modificarea semnelor stetacustice în 43% din cazuri, raluri mai discrete, uscate, rareori şi dispariţia lor complectă. 4) Semnele radiologice: se constată o tendinţă pronunţată la fibrozare 52%. Dumarest şi Mollard ar fi obţinut modificări radiologice mai frecvente şi mai importante cu sol. uleioasă (60%).

Ameliorarea, după Mollard, e durabilă în 50% din cazuri. Cordier, Gaillard şi Carle în lucrarea lor „Notes sur l'aurothérapie dans la tuberculose" (1925—1929), statistică de 110 cazuri, făcând rezultate comparative, declară că procentul celor ameliorati în urma tratamentului cu aur variază între 30—40%, pe când al acelora care au beneficiat numai de cura igienică este 18—20%.

Interesante sunt şi rezultatele date de Leon Bernard şi Ch. Mayer. La bolnavii febrili în plin puseu evolutiv, au constatat o ameliorare pronunţată în 43% (toţi, bolnavi la care nu s'a putut obţine defervescenţă în mai multe săptămâni de repauz în pat). Din cei 57% care nu au profitat de tratament, 40% n'au căpătat decât un număr foarte insuficient de injecţii.

Rezultatele noastre sunt rezumate în tabloul sinoptic dela pag. 4—5 cu unele relevări remarcabile în favoarea Lipaurol-ului, care prezintă avantajele terapeutice caracteristice soluţiunilor uleioase ale metalelor şi săpunurilor metalice. Anume: absorbţie lentă şi susţinută, toleranţă medicamentoasă şi durabilitate în efectele chemoterapice, cu menajamentul ficatului şi emonctoarului renal. Rubrica incidentelor ca şi inexistentă, arată inocuitatea care concură cu eficacitatea sa neîntrecută de nici un alt preparat. In plus, cu un titraj egal în aur solubil şi asimilabil, tratamentul cu Lipaurol se menţine totuşi cu mult sub costul unei serii echivalente de aur din celelalte preparate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De remarcat efectele antiinfecţioase şi plastice reparative în cazurile de leziuni exterioare tuberculoase, cum sunt fistulele perianale cicatrizate destul de repede, deşi într'o regiune predispusă lungilor şi nesfârşitelor supuraţiuni fimice şi mai ales evidente cu un organ atât de sensibil ca laringele.

Cazurile de laringită au fost mult şi repede ameliorate, ceeace face aproape vizibilă puterea cicatrizantă şi fibrozantă a aurotera-piei şi influenţa ei directă asupra leziunilor anatomice. Deasemeni cele două cazuri de fistule perianale.

Din cele de mai sus rezultă că şi Lipaurol-ul are acţiunea antiinfecţioasă a săpunurilor metalice, care părea a fi o proprietate generală numai a acestora după Renaud (Presse Médicale No. 1/1931).

Am folosit Sanocryzina şi celelalte produse de aur înainte de cunoaşterea Lipaurol-ului, căruia în ultimul timp i-am dat preferinţă, generalizând tratamentul bolnavilor noştri cu acest preparat.

Rezumând tabloul cazurilor tratate, remarcăm: la cei mai mulţi şi deosebit de manifest pentru cei injectaţi cu Lipaurol; se arată îmbunătăţiri atât în fenomenele funcţionale şi biologice de infecţie

Tabloul bolnavilor tratați cu săruri de aur în Sanatoriul de Tbc. Vijnița Bucovina

No. corent	Numele și Pronumele	Vârsta	Denumirea medicamentului intrebuințat	Diagnosticul clinic	Febra		Tusea și expect.		Hemoptizie	Bacilii	Starea generală	Incidente		Greutatea Kgr.	Rezultate clinice	Continuă acelaș tratament
					Inainte de tratament	După tratament	Inainte de tratament	După tratament			După tratament	Datorite injecțiilor	Datorite boalei			
1	T. Gh.	18	Lipaurol	Infiltrație cu ramoliție și pachi-pleurită st-gă. Infiltrație fibroasă dr.	+	+	Da	ameliorat		+	Statu quo		febră	+ 1.	amel.	Plecat
2	P. M	55	„	Infiltrație marmorată cu ramoliție la dr. Laringită.	—		„	ameliorat		+	mult ameliorat			+ 10.	mult amel.	Da
3	A. N.	25	„	Bronșită infiltrație dublă.	—		„	ameliorat		+	„			+ 3.200	„	„
4	D. M.	40	„	Indurație dreaptă. Pleurită dr. consecutivă.	—		„	ameliorat			„			+ 3.		„
5	B. A.	22	„	Infiltrație dublă. Pachipleurită a vârfului dr.	+		„			+	„			+ 2 700	„	Da
6	U. V.	18	„	Indurație dublă. Pleurită seroasă dreaptă.	—		„				„			+ 2 900	„	„
7	G. M.	23	„	Infiltrație cavernoasă stângă. Indurație dr.	+	+	„	ameliorat		+	„	Urticar. în plăci gen.		+ 5 600	„	Seria II-a inj adren. și fără nici un incid. anafilactic
8	Ț. S.	39	„	Infiltrația lobului inf. stâng. Infiltrație fibroasă dr.	—		„	ameliorat		—	„			+ 2.700	„	
9	C. F.	29	„	Indurație predominantă în dr.	—		„			negativ	„			+ 1.100	amel.	plecat
10	P. V.	21	„	Infiltrație cavernoasă dublă. Bronșită st. Laringită.	+		„			+	„			+ 2.	mult amel.	„
11	S. V.	39	„	Infiltrație dublă predominantă în dr. pe cale de fibrozare.	+		„	ameliorat		negativ	„			+ 5	„	„
12	V. T.	30	„	Infiltrație cu ramoliție stângă. Indurație dreaptă.	+		„	ameliorat		negativ	„			+ 2.	„	„
13	B. M.	31	„	Indurație dublă a vârfurilor	—		„	ameliorat		negativ	„			+ 2.	„	„
14	I. P.	42	„	Infiltrație st-gă. Infiltrație și cavernă dreaptă.	+	+	„		Da	+	—		febră		Mort	„
15	P. E.	28	„	Infiltrație cu ramoliție dublă.	+	+	„		Da	+	Statu quo		febră	+ 1.	amel.	„
16	H. A.	19	„	Infiltrație fibroasă st-gă. Indurație dreaptă.	—		„	ameliorat			mult ameliorat			+ 2 700	mult amel.	„
17	O. I.	25	„	Infiltrație ulcero-cazeoasă dublă. Cavernă supra claviculară dr.	+		„			+	„			+ 1 500	amel.	„
18	V. S.	40	„	Infiltrație ulcero-cazeoasă dublă. Fistulă perinală.	+		„	ameliorat		+	„			+ 5.	mult amel.	repetă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

19	S. N.	35	Sanocrysine	Induraţia vârfurilor.	—		Da	ameliorat			mult ameliorat			+ 5.		plecat
20	P. C.	22	„	Infiltraţie dreaptă. Caverna în st-ga, în faţă. Laringită tbc. cronică.	—		„	ameliorat		+	„			+ 4	mult amel.	„
21	B. G.	37	„	Induraţie dublă cu tendinţa la scleroza vârfurilor.	—		„	ameliorat			„			+ 6.300	„	„
22	H. B.	44	„	Ifiltraţie dreaptă. Induraţie st-gă. Laringită tbc.	—		„	ameliorat		+	Simţ. sch. în bine. Vocea mult am.			+ 5.	„	„
23	P. A.	21	„	Infiltraţie dublă ulcero-cazeoasă. Reacţie perihilară.	+		„	ameliorat		+	„			+ 6.	„	„
24	L. J.	46	Triphal şi aurosan	Induraţie dreaptă. Pleurită dublă.	—		„	ameliorat			„			+ 6.	„	„
25	C. B.	29	Sanocrysine	Infiltraţie a lob. dr. superior anemie intensă.	—		„			+	Statu quo	uşoară febră			Statu quo	repetă Sanocrys.
26	V. R.	18	„	Infiltraţie dublă. Caverna în subclav. dreaptă. Bronşită cron. tbc.	—		„			+	—				„	
27	G. C.	22	„	Infiltraţie limitată a lobului superior st-ga. Induraţie dr. Pleurită uscată dreaptă.	—		„	ameliorat			mult ameliorat			+ 1.200	mult amel.	
28	G. V.	31	„	Infiltraţie st-gă. Induraţie dreaptă.	—		„	ameliorat		+	„			+ 2.	„	face Lipaurol
29	T. E.	29	Lipaurol	Infiltraţie fibro-escavativă (două caverne în st-ga). Induraţie dr.	—		„	ameliorat			„			+ 2.100	„	repetă Lipaurol
30	H. I.	25	„	Infiltraţie dr. Induraţie st-gă.			„	ameliorat			„			+13.	„	
31	D. A.	17	„	Infiltraţie ulceroasă dublă predom. în st-ga.	—		„	ameliorat		+	„			+ 2	„	
32	A. I	24	„	Infiltraţie dublă.	—		„	ameliorat		+	„			+ 1.	„	
33	N. V.	58	„	Infiltraţie dr. Caverna st-gă.	—		„	ameliorat		+	„			+ 2.500	„	
34	S. M.	26	„	Stare Gripală. Induraţia vârfurilor.			„	ameliorat			„			+ 3.	„	
35	M R	19	„	Infiltraţie ulceroasă dublă escavativă în dr. Reacţii perihiloase.			„	ameliorat		+				+ 1.		
36	D. N.	29	„	Laringită-Infiltraţie fibroasă st-gă. Infiltr. ulceroasă dr. Sifilis larig. pulm.			„	ameliorat		+				+ 1.		

Diagnosticul radiologic făcut este în concordanţă cu cel clinic, iar rezultatele radiologice observate constată mare schimbare spre bine cu clarificare.

Medic Director, **D-r C. Martinescu**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

bacilară ca tusea, expectoraţia, disparitiunea bacililor, precum şi începuturi promiţătoare de revenire a stărei generale satisfăcătoare, cu reluarea unui mers aproape normal al funcţiunilor de asimilare şi respiratorii.

Toate acestea coroborând şi cu metamorfozarea semnelor obiective pulmonare şi semnelor radiologice, a căror descripţiune n'am mai făcut-o, — ar fi cerut un spaţiu prea mare, — arată la cei mai mulţi oprirea sau îndepărtarea atacurilor evolutive şi nici decum o coincidenţă de tratamente, cel sanatorial cu cel auroterapic. Am vroit înainte de toate a arăta toleranţa şi coeficientul terapeutic foarte avantajos al noilor preparate uleioase de aur.

Din toate cercetările pozitive asupra acţiunei chemotherapice a aurului în diferite infecţiuni bacilare cu leziuni vizibile, reese incontestabila acţiune antiinfecţioasă şi de remontare a valenţelor defensive a organismelor cutropite de leziuni tuberculoase, cum sunt cele mai multe din cazurile noastre de leziuni foarte înaintate şi unele cu localizări ca laringite implacabile faţă de tratamentele fizico-dietetice cunoscute în prezent şi la cari am avut ameliorări demonstrative.

Avem în metaloterapia aurică un mijloc activ defensiv pentru bolnavi tuberculoşi, probat clinicește şi justificat din punctul de vedere experimental.

Chemoterapia şi Opoterapie Parathiroidiană. In recentele tratamente am administrat odată cu Lipaurol şi Calcigenol vitaminat D, Opocalcium, la absorbţia cărora am supraactivat cu parathormone. Acesta din urmă nu ca un adjuvant ci ca un determinat cardinal în toată fiziopatologia tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Socotim ca un primum movens al tratamentului organismului tuberculos, combaterea carenţei de asimilaţiune a calciului la care prezidă parathyroida şi care este în parte supleată şi abia temporar, prin administrarea intermitentă a vitaminei D. Aceasta de altfel lucrează după unii fiziologi indirect prin ajutorul parathyroidei, după alţii prin transformarea ergosterolului (Prof. Niţescu, Soc. Biol., Cluj, 1931/VI).

In atare cazuri s'a observat că survin uşoare semne de degenerescenţă a glandelor prin reducţiune funcţională şi datorită injecţiunilor de supleanţă (Leriche, Presse Méd. No. 101/12/1933).

De aceea am preconizat şi suntem în studiul operaţiunei phrenosympatectomiei a ganglionului simpatic cervical mijlociu cu ramurele comunicante, pentru a creia o hyperfuncţiune durabilă parathyroidiană uni sau bilaterală.

Se consideră atunci tuberculoza o maladie ulceroasă şi parazitară şi cu un complex morbid de carenţă parathyroprivă cu demineralizare predominantă pentru Ca. şi Ph.

RÉSUMÉ: C. Martinescu et Th. Stamatiade — *Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.*

ZUSAMMENFASSUNG: C. Martinescu u. Th. Stamatiade — *Die Goldsalze in der Behandlung der Lungentuberculose.*

FRAGMENT DINTR'UN „JURNAL DE BORD"

de

D-r G. DIAMANDESCU

In vara anului trecut, am avut ocaziunea, să întreprind un frumos voiaj, pe Marea Neagră şi Mediterană.

Incă dela plecare, aveam intenţiunea, cum se zice „MISCERE UTILE DULCI" adică, se împărtăşesc confraţilor mei, de aci, şi partea distractivă şi partea instructivă — DIN PUNCT DE VEDERE MEDICAL — a acestei călătorii.

Din cauze independente de voinţa mea, nu am putut desăvârşi nici pe una, nici pe alta; totuşi am socotit, că nu poate fi lipsită de interes pentru Dv., chiar numai „AMORSAREA" acestor chestiuni, în speranţa, că alţii vor fi mai norocoşi decât mine.

Să purcedem deci, la expunerea cronologică a celor văzute.

19 Iulie 1933. — Plec din Bucureşti, cu trenul „Fulger" şi ajung cu bine la Constanţa. Insă, fiindcă trenul se numea „Fulger" şi era în ajun de Sf. Ilie, acest sfânt buclucaşi, a găsit de cuviinţă să se plimbe toată noaptea prin ceruri! Şi, probabil că viteza cu care s'a plimbat a fost aşa de mare, în cât a stârnit, aci pe pământ, un vânt năpraznic. Consecinţă naturală: A doua zi marea era numai bună de plecare cu vaporul!

20 Iulie. — Vaporul „Alba Iulia", pe care trebuia să ne îmbarcăm, — în loc să sosească, după itinerariu, dimineaţa la ora 6 — intră în rada portului la ora 13: Incă un motiv, menit... „să umple de bucurie" pe aceia care sufăr de răul-de-mare!

Seara, la ora 21 — după plictisitoarele şi interminabilele formalităţi vamale — mai grozave decât cele 24 de vămi ale văzduhului! — mă îmbarc pe vapor, ceiace echivalează cu a mă constitui prizonier. In adevăr — deşi vaporul amânase plecarea pentru a doua zi — totuşi numai putem debarca; măsură luată de Ministerul de Finanţe, în înalta-i înţelepciune, spre a evita contrabandele valutare.

A trebuit deci să petrec prima noapte pe bord, uitându-mă cu jind la cazinoul feeric iluminat.

„Am petrecut" este un mod de a vorbi, căci n'am petrecut de loc, după cum veţi vedea.

In cabină, o căldură sufocantă de etuvă: toată noaptea discuţii şi dispute interminabile ale celor, cari trebuiau să se îmbarce şi care nu se puteau înţelege între dânşii, căci onor. Direcţia S. M. R., găsise de cuvinţă să vândă acelaşi loc la 2—3 persoane!

Către ziuă, când speram şi eu să aţipesc, au început inerentele ciocănituri, pentru punerea în bună stare de funcţionare a maşinilor.

Voiajul începea deci, sub auspicii puţin îmbucurătoare!

21 Iulie, ora 13,30. — Ridicăm ancora şi în fine plecăm. Se serveşte dejunul, destul de copios; mâncăm bine ca să avem... ce da afară!

Eşim la larg, cu frica în sân. Norocul nostru că se porneşte o providenţială ploaie torenţială însoţită de manifestaţiuni electrice. Acest duş salvator, are darul să potolească furia Mărei, întocmai ca efectul unui duş asupra unei persoane nervoase. Se vede însă, că Marea era tare enervată, căci, cu tot duşul, răul-de-Mare începe să-şi arate colţii, pe ici pe colea: totuşi, nu este nimenea, care să fie mai serios atins.

De altfel, la acest rezultat satisfăcător, contribueşte şi tonajul mare al vasului, precum şi încărcătura lui considerabilă.

Cabine confortabile, cu o sufrageric elegantă, cu sală de muzică, şi sală de lectură chiar luxoase. Avem piano şi chiar radio, care ne transmite regulat toate veştile dela Bucureşti şi din lumea întreagă. Masă împărătească, calitativ şi cantitativ; ba încă ni se dă prea mult, căci ne chiamă gongul de 4 ori pe zi; curat, parcă am fi la un sanatoriu, puşi pe cura de îngrăşare!

Ploaia, care se potolise, începe iarăşi, tot cu tunete şi fulgere. Seara este frig binişor. De astădată dorm mai bine; dar tot sunt incomodat prin chihotelile unor tineri şi tinere, dintre acei cari — ne-având cabine — sunt nevoiţi să doarmă pe fotolii... Unii dintre aceştia, găsesc de cuviinţă să se posteze tocmai în dreptul uşei mele şi să parlamenteze până târziu după ora 24, când — pierzându-mi răbdarea — strig la ei. Am dormit, totuşi, mai bine de astădată.

22 Iulie. — Intrăm în Bosfor. Nu am putut însă ca să admir minunea faimosului „Corn de Aur" din trei motive:

Intâi, fiindcă nu am putut să mă scol la ora răsăritului soarelui;

Al doilea, fiindcă la această oră vaporul se găsea încă departe de intrarea în Bosfor;

In sfârşit, fiindcă — chiar de s'ar fi realizat unul măcar din cele două puncte precedente — tot nu l'aşi fi putut vedea, pentru că... nu era soare de loc, tot cerul fiind acoperit cu nori.

După ora 9 ne apare vechiul Stambul cu pitoreştile lui clădiri orientale, alături de clădiri moderne şi totul presărat cu nenumărate minarete.

Ora 11: Ancorăm în largul portului, nu la cheiu, din motive de economie (Statul face economii peste tot... unde nu trebue), căci acostarea implică o taxă specială).

Ni se serveşte masa mai de vreme, ca să putem vizita oraşul. Autorităţile turceşti actuale — nici de comparat cu cele antebelice — ne aplică viza la paşaport cu bună voinţă şi fără nici-o plată.

Vizităm oraşul, cu nenumăratele lui minunăţii, cu nemuritoarea „Sf. Sofia" capodoperă inimitabilă de arhitectură, depe timpul lui Justinian. Nu

departe de acolo, vedem aşa zisele „Cisterne", un fel de catacombe, pline pe jumătate cu apă şi cu colonade simetrice, unde se zice că, au fost ziditi de vii toţi creştinii, ce se refugiaseră aci de frica turcilor.

Deşi ele nu sunt situate decât la 10—15 metri dela suprafaţa solului, totuşi găsim aci o răcoare care te înfioară şi care contrastează isbitor cu căldura tropicală de afară.

Un muzeu militar bogat şi frumos aranjat, dar care pare încă în formaţie. La periferie vedem zidurile cetăţii, de o lăţime de 4 metri, de unde se desfăşoară o admirabilă privire asupra Mărei de Marmara.

In fine „Toptan-bazarul" cu o varietate infinită de obiecte orientale, toate de vânzare, la care însă clienţii, mai ales aceia cu valuta scăzută ca a noastră — nu se prea îndeasă.

Cumpărăm, rahat dela Hagi-Bechir şi ne grăbim să ne înapoiem la vapor, căci plecăm la ora 18.

Ora 18,30: Ancora este ridicată, iar vaporul — pe un neuitat apus de soare — părăseşte Istambulul, care parcă întradins caută să compenseze priveliştea, de care ne a lipsit de dimineaţă. Nimic mai frumos, decât aspectul acestui oraş, pe care'l lăsăm în urmă scăldat de lumina magică a asfinţitului de soare, care se reflectă în geamurile moscheelor, de parcă le incediase.

Bine înţeles că nu am pretenţia de a fi descris Istambulul; au făcut-o alţii, mai cu talent decât mine; am arătat numai, în treacăt, ceiace am vizitat eu cu grupul meu; alte grupe au luat alte direcţii.

Ora 22,30: Orchestra lui Fănică Luca este la spatele meu (aţi înţeles că este vorba de radio) deşi ea cântă la multe sute de kilometri; se aude admirabil pe Mare, unde suntem scutiţi de paraziţii oraşelor.

Mai stăm puţin şi ne ducem la culcare; sper să dorm acum şi mai bine, căci am reclamat comandantului pe turbulenţii mei Copasageri.

23 Iulie. — Reclamaţia mea a avut efect şi astfel am putut să mă odihnesc bine.

Drumul prin Dardanele este monoton; înaintea noastră numai Marea, de un albastru exagerat, care ar părea nenatural, dacă l-am vedea pe un tablou pictat; de o parte şi de alta coastele Mărei, destul de aride şi respirând o sărăcie mai cumplită ca pe la noi.

Eşim din Dardanele observând, pe dreapta, la capătul Peninsulei Galipoli, un frumos monument ridicat de aliaţi spre a imortaliza miile de morţi ai marelui războiu.

In Marea Egee, cam aceiaşi monotonie; din distanţă în distanţă trecem pe lângă numeroase insule. Marea este de un calm care-ţi dă impresia că stai pe loc.

Sexul frumos al bordului — chiar şi acelea cari cam compromit frumuseţea sexului — apar în tricouri decoltate şi în pantaloni largi marinăreşti.

Multe şi mulţi fac helioterapie, expunându-şi formele, mai mult sau mai puţin estetice la acţiunea binefăcătoare a razelor solare.

Seara, mare baiaram la bord; este ziua de naştere a comandantului.

24 Iulie, ora 6 dim. — Intrăm cu exactitate în portul Pireu. Tot din motive de economie, nu acostăm nici aci, ci ancorăm în rada portului.

Formalităţi uşoare de debarcare, tot fără nici-o taxă: în schimb, ne speculează barcagii, cari sunt adevăraţi briganzi şi cari, sindicalizaţi, ne cer

câte 45 drahme, ca să ne transporte o distanţă de 40—50 metri, cât este până la cheiu.

Angajem un Cicerone care, — pentru o sumă de 200 drahme de persoană — se angajează să ne ducă cu maşina la Atena, iar aci să ne facă să vizităm tot cu automobilul, tot ce se poate vedea, plătind el toate taxele de intrare şi dându-ne documentate explicaţii.

Drumul Pireu—Atena este un adevărat bulevard dealungul Mărei, bine asfaltat, pe care mergem ca pe parchet. In drum, vedem „Falero", localitate climaterică şi balneară de toată frumuseţea.

La Atena vizităm: „Stadionul" vast anplasament în anfiteatru, pentru spectacole în aer liber, putând coprinde 80.000 spectatori; apoi, „Templul lui Jupiter" cu măreţele lui colonade de marmoră. In urmă, diversele teatre antice, depe timpul epocei de aur al lui Pericles.

In sfârşit, urcăm tot cu maşina la **Acropoles**, construită sub inspiraţia genială a lui Phidias; aci admirăm „Parthenonul" şi „Templul lui Neptun", „care a lovit cu tridentul în stâncă, de unde a eşit la moment apă sărată". In colţul din dreapta al acestui timplu, se văd „cele 6 kariatide", fecioare de nobili, purtând fiecare pe cap câte un coş cu flori, totul sculptat în marmoră cu o măestrie desăvârşită.

Terminăm această interesantă vizită prin examinarea „Muzeului de antichităţi unde sunt atâtea frumuseţi sculptate în marmoră de rămâi... înmărmurit; ele nu ar putea fi descrise în cadrul acestui modest articolaşi.

In sfârşit „Belvedere" un minunat colţ de unde se poate contempla toată Atena cu împrejurimile ei şi cu locul, de unde Demostene ţinea poporului memorabilele sale discursuri.

Ne înapoiem la vapor căci plecarea este fixată pentru ora 14.

De astădată iau trenul electric, ca să utilizez şi acest mijloc de locomoţiune. Cu această ocazie, — voind să cer o explicaţie — mă adresez, în franţuzeşte, unui colonel de artilerie din armata Greacă: am însă plăcuta surpriză să mi să răspundă în cea mai curată românească! Era colonelul **Vacas**, născut în România şi frate cu celebrul pilot Poli Vacas, dela Brăila.

25 Iulie. — Zi de marş fără mare importanţă; cea mai lungă etapă de până acum, căci avem de parcus peste 1000 km., până la Malta, ceiace reclamă vre-o 52 ore.

Suntem în Mediterană, între cer şi Mare, rivalizând între ele, prin frumuseţea albastrului. In cabină, cald; pe punte însă, adie în permanenţă o briză binefăcătoare.

Tineretul, chiar şi unii mai tomnatici, au găsit distracţia alcătuind 2 partide, care se iau la întrecere la aruncarea unor colaci de frânghie, printr'o tije metalică, fixată de un tampon de C. F.

Se face un haz infernal, care cam deranjează pe unii pasageri mai sobri.

26 Iulie. — Iarăşi zi de marş; de astădată însă Marea par'că ar vrea „să ne facă fasonul".

Incă dela ora 4—5 din noapte, încep balansuri destul de sensibile. Mulţi pasageri, mai sensibili, lipsesc din sufragerie, la ceaiul de dimineaţă, fiind instalaţi... la postul de suferinţă.

Incepând dela ora 10, începe să se vadă insula Malta; iar la ora 18 intrăm în rada portului.

Biblioteca Universitară Iași / Universitatea Babeș-Bolyai Cluj

De jur-împrejur, se văd numai creneluri şi fortificaţii, de o importanţă mai mult istorică, faţă de mijloacele moderne de distrugere.

Se dă masa mai de vreme, căci majoritatea pasagerilor sunt dornici ca să iasă în oraş; eu însă rămân la bord, rezervându-mi această plăcere pentru mâine dimineaţă.

A doua zi, decum eşim în oraş, vedem influenţa mânei englezeşti: Ordine peste tot! Barcagii numai sunt bandiţi ca la Pireu; aci, pentru o distanţă mult mai mare până la cheu, ni se ia numai 15—20 lei de persoană. M'am exprimat greşit; bandiţi tot sunt şi aci, căci Maltezii provin din Piraţi, dar străşnicia englezească le-a dat de hac. Am asistat chiar la o scenă interesantă, când nişte compatrioţi ce nu avuseseră prevederea să facă preţul dinainte, oferiseră la debarcare câte un schiling (circa 30 lei) de persoană.

Barcagiul, văzând că e rost de chilipir, cerea şi mai mult; ca din pământ apare un Policeman care se interesează de motivul ciorovăelii. El cere dela pasageri, câte un schiling de persoană, şi-l dă barcagiului, obligându-l să le dea restul, ceiace acesta şi făcu grăbindu-se să o şteargă mai repede.

Inchiriem o căleaşcă foarte pitorească, acoperită cu dantelă, iar calul gătit cu fel-de-fel de zorzoane. Ni se ia câte 2 schilingi (circa 60 lei) pe oră şi vizităm oraşul, care se rezumă în 2 străzi principale: una de promenadă şi alta comercială.

Vizităm catedrala monumentală, pavată cu dale mari, fiecare reprezentând piatra tombală a unui cavaler dela Malta, cu inscripţia biografică respectivă.

Apoi grandiosul palat al guvernatorului, precum şi Opera, care ar putea face onoare celei mai mari capitale europene.

Grădina publică este relativ mică, însă de un gust desăvârşit; dela ea pleacă un bulevard, asfaltat ca oglinda, având — pe o parte şi alta — nişte leandri giganţi, alternând — unul roz cu altul alb — şi răspândind un parfum îmbătător.

Se vorbeşte aci un dialect special, care este un amestec de italiană cu engleză.

Mai interesant este însă, costumul femeilor Malteze, toate îmbrăcate în doliu complect şi acoperite cu un fel de covâltir mare, ce acoperă capul, servind drept pălărie; explicaţia tradiţională este că aceasta reprezintă doliul după libertăţile pierdute.

Altă notă caracteristică locală: chiar în centrul oraşului ne întâlnim cu un şir de capre însoţite de un pasnic; ni se dă explicaţia că Maltezii au obiceiul să consume laptele de dimineaţă, în natură, dela aceste lăptării ambulante.

Plecarea era fixată pentru ora 18. Un incident însă, survenit în ultimul moment, ne întârziază.

In adevăr, când se face controlul final al vaporului, se dă peste un mosafir nepoftit, culcat în barca de salvare. De aci, dandana mare; poliţia engleză anchetează riguros pe acest individ, care — după toate probabilităţile — este un spion sovietic. Din cauza asta plecăm tocmai după ora 21.

28 Iulie. — Ne trezim pe lângă coasta aridă a Siciliei. Nu după multă vreme, zărim vulcanul Etna, care fumegă uşor.

Către ora 12 intrăm în strâmtoarea Mesina, defilând prin faţa oraşului cu acelaşi nume, distrus de cutremurul recent, iar acum renăscut ca Sfinxul din cenuşa lui.

Prin faţa noastră traversează strâmtoarea un vapor mare alb: este un Feri-Boat, care transportă un tren întreg cu călători din Sicilia în Italia; în adevăr, după puţin timp vedem acest tren şerpuind dealungul coastei Italiene.

Trecem între Scila şi Caribda, admirând pe stânga frumosul oraş Faro, cu o plaje neîntrecută.

Din voiajul de după amiazi, nimic mai important, decât vulcanul Stromboli, care ese ca o piramidă gigantică din mare. Ni se pare mai frumos decât Etna, poate din cauză că-l vedem mai de aproape. La poalele lui, pe coasta vestică un mic orăşel cu casele albe; iar pe coasta nord-vestică, se vede lava revărsată. Ce curaj trebue să aibe, aceşti locuitori ca să vadă pericolul veşnic deasupra capului, întocmai ca sabia lui Damocles!

29 Iulie, ora 4,30 dim. — Azistăm la răsăritul soarelui care apare majestos de după Vezuviu. Suntem în apropierea Neapolului. Majoritatea călătorilor — cu toată ora matinală — sunt pe bord, sorbind cu nesaţiu aerul parfumat al dimineţii şi admirând poziţiile de nuitat din jurul acestui oraş.

La ora 6 vasul este ancorat; autorităţile italiene însă, sunt cam leneşe; tocmai la ora 7,30 ni se permite debarcarea.

Prima grije ne este ca să schimbăm bani la oficiul de turism, ce se găseşte lângă port. Apoi, pe grupuri de 6—7 persoane, angajem automobile confortabile, cari — pentru o sumă modestă, — ne duc la Pompei, pe o autostradă minunată, care este tot opera lui Musolini.

In drum, şoferul are grije să ne oprească la o expoziţie permanentă cu obiecte lucrate numai din mărgean (specialitatea Neapolului). Preţurile însă ni se par cam „sărate", sau că punga noastră e prea subţire, aşa că nu ne îndesăm nici aci la cumpărături.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Greu ar fi să descriu tot ce am văzut la Pompeiu, măreţ oraş distrus de un cataclism al Vezuviului, fără precedent, înainte de Cristos. Din modul cum a fost reconstituit oraşul, se vede că Romanii posedau teatre, băi, temple, etc.; ba încă, din vestigile unei case de toleranţă, se constată că unele vicii şi perversiuni moderne nu sunt tocmai de dată recentă.

M'a impresionat, în mod deosebit Muzeul, unde se văd diferite obiecte; iar cadavrele stau în atitudini cripsate, aşa cum au fost surprinse de teribilul cataclism.

Ne înapoiem la Neapoli. Majoritatea călătorilor dejunează în oraş, unde au neplăcerea să constate că se mănâncă scump şi nu tocmai excelent. Eu însă mă înapoiez la bord.

După masă, tot cu o maşină, vizitez oraşul cu neuitatele sale poziţii, care au determinat pe nu ştiu care poet să exclame, cu drept cuvânt: „Vidi Napoli, e poi mori".

In scurtul timp, cât am stat aci, m'am mulţumit cu vizitarea acestor 2 oraşe: alţi camarazi de bord au luat direcţia: Capri, Soriento, Amalfi.

Seara la ora 20, vaporul ridică ancora. Nici nu terminăm bine masa (îngheţată, fructele şi cafeaua ni se servesc pe bord) şi ne grăbim să ne urcăm pe punte, unde un spectacol, tot aşa de măreţ ne aştepta.

In adevăr, în înutnericul nopţei, contemplăm oraşul Neapoli, care are întocmai aparenţa unui superb colier de perle, cu mai multe şireaguri (diversele lămpi electrice) şi presărat cu rubine, din distanţă în distanţă, (diversele faruri şi geamanduri).

Duminecă 30 Iulie. — Deşi este zi sfântă, Marea se poartă foarte prost cu noi. Majoritatea călătorilor stau întinşi pe bord, cu figuri mai mult sau mai mai puţin livite.

Trecem pe lângă insula Elba şi, invonluntar, ne ducem cu gândul la marele cuceritor al lumei.

Vântul se întăreşte din ce în ce mai mult, iar la ţărm, pe coasta italiană se vede o furtună în toată regula, cu fulgere şi trăsnete. Către seară, mare parte din călători sunt puşi jos: ba au fost unii mai fricoşi, care au dat ideia comandantului că ar fi bine... să întoarcă vaporul!

Sufăr eu însumi, mai puţin însă decât ceilalţi.

Ca auto-observaţie, constat o manifestaţie curioasă, în care poate nu aşi fi văzut o înlănţuire de cauzalitate, dacă nu s'ar repeta a doua oară în aceleaşi condiţiuni. Sunt apucat subit de o nevralgie dentară atroce, care nu cedează la toate analgezicile utilizate şi care nu mă lasă să închid ochii toată noaptea. Faptul că — şi de astădată, ca şi de data precedentă — această nevralgie survine fără alt motiv decât Marea agitată, mă face să deduc că ar fi vorba de o manifestaţie bizară a răului-de-Mare.

Cu toată indispoziţia mea, găsesc ocaziunea bine venită de a experimenta un preparat, pe care desigur îl cunoaşteţi din lucrarea lui Cazamian; este vorba de Gynergen, care era lăudat de numitul autor şi de alţii ca un remediu eroic contra răului-de-Mare.

Plecând dela ideia, că acest sindrom curios este o manifestaţie exclusivă a vieţei vegetative (în special a simpaticului), administrarea Gynergenului, care are tocmai rolul de suprimare sau de secţionare a simpaticului, ar atrage fatalmente, suprimarea răului-de-Mare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'am utilizat — atât preventiv cât şi curativ, asupra mea ca şi asupra altora — dar mărturisesc, că rezultatele nu au fost tocmai la înălţimea aşteptărilor; rămân deci — în ceiace mă priveşte — la concluzia, că patogenia răului-de-Mare, este mult mai complicată.

31 Iulie. — Intrăm dis-de-dimineaţă în portul Genova.

Prima grije, după debarcare, este să ne ducem la Campo-Santo, celebrul cimitir, care face admiraţia vizitatorilor din lumea întreagă. Şi în adevăr este de văzut: Opere de artă de o valoare incontestabilă, toate sculptate în marmoră sau albastru, de o execuţiune divină.

Oraşul foarte simpatic cu locuinţe cochete, suspendate pe diverse terase naturale.

Galerii vaste cu magazine bogate, şi cu gust aranjat; preţurile însă ni se par tot cam „sărate"; totuşi, aci nu putem rezista tentaţiunilor şi cumpărăm pe capete.

Din cauză că nu s'au putut termina descărcările, nu putem pleca la ora 23, cum era fixat, ci plecăm tocmai a doua zi. Camarazii de bord mai tineri, profită de ocazie, pentru a o şterge şi'n seara asta în oraş.

1 August. — Ca urmare a întârzierei plecărei vaporului, trecem în cursul nopţei dealungul Coastei-de-Azur; suntem astfel privaţi de una din cele mai frumoase privelişti, adică contemplarea, depe Mare a cochetelor oraşe depe această coastă care fac admiraţia lumei întregi.

2 August. — La ora 6 intrăm în portul Marsilia, (... la propriu, nu la figurat!).

Aci, acostăm la cheu, căci vaporul trebue să rămână pe loc 3—4 zile; Marsilia este considerată drept cap-de-etapă.

Camarazii mei de bord aranjează fel-de-fel de excursii cu trenul sau auto-carul, pe Coasta-de-Azur; eu însă, în urma unei telegrame primită din țară, sunt nevoit să renunț la restul voiajului și, luând primul tren, mă înapoiez acasă.

Ca încheere: Voiajurile acestea organizate de S. M. R. cu mari sacrificii — am constatat oficial că veniturile nu acoperă nici cheltuelile voiajului — sunt dintre cele mai plăcute, mai ales pentru un intelectual, care are cea mai bună ocaziune să-și destindă nervii surmenați.

Este mare lucru să scapi de oboselile și murdăria trenurilor și să stai o lună de zile, în aerul ozonat al Mărei, lipsit de orice urmă de praf, lipsit de toate celelalte neplăceri ale voiajului feroviar.

Intimitatea, care se stabilește la bord din primul moment, te face să te simți într'o mare familie, în care fiecare își are căsuța lui; iar când eși și te lungești pe chaise-longue, în fața cabinei, întocmai par'că te-ai întinde pe prispa noastră țărănească.

Micile inconveniente — căldura și răul-de-Mare aproape nu contează, căci voiajul pe Mare alternează cu opririle în diverse orașe.

Intr'un cuvânt, sfătuesc pe aceia, care au putința să-și petreacă vacanța în neconfortabilile noastre stațiuni climaterice sau balneare, să încerce și acest mod de a-și utiliza vacanța; sunt sigur că nu vor regreta!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laboratoires MARONNEAU-MOREL
156, rue des Fouvelles
Courbevoie-FRANCE.

ATOLYSAN

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIȚIE.

Acest complex cuprinde DIFERIȚI URICOLITICI asociați în mod rațional. Acțiunea lor este favorizată prin adăgirea de THEOBROMINA ceeace mărește cuantumul diurezei și în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezența HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antisepsia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

PREVENTIV ȘI CURATIV.

INDICAȚIUNI.

Gută — Reumatism — Artritism.

DOZE.

Preventiv: 3 linguriițe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eșantioane și literatură Drogueria „Standard" 2 Str. Zorilor, București.

II.

REVISTA ANALITICA

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Chirurgie.

D-r ATANASIE IANĂŞ: **Artropatiile hemofilice.** — Rev. de chirurgie No. 11—12/1933.

Manifestările articulare cari constituesc una din complicaţiile frequente ale hemofiliei se caracterizează prin producerea lor după un traumatism neînsemnat cu tendinţa la recidivă, la nivelul articulaţiei atinse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce autorul descrie tabloul complect al artropatiilor hemofilice, precizându-le anatomia patologică, formele clinice, diagnosticul diferenţial, complicaţiile, prognosticul şi tratamentul, expune trei cazuri clinice; primul o hemartroză fără ankiloză, al doilea o formă crnică cu ankiloză fibroasă şi al treilea cu o artrită deformantă.

Asupra tratamentului autorul crede că cel ortopedic dă rezultate funcţionale bune în formele nu prea vechi şi ameliorează funcţiunea în cele vechi.

I. R.

Agr. G. MARINESCU: **Maladia colului vezical.** — Soc. de chirurgie din Bucureşti. Şedinţa din 15 Noemvrie 1933.

Sub acest nume Marion descrie o maladie cu o simptomatologie analoagă cu aceea a hipertrofiei de prostată. Turburările au fost atribuite atoniei, spasmului, hipertrofiei colului.

Autorul descrie două observaţii de maladia colului vezical, din care pe unul l'a operat cu rezultate bune.

I. R.

D-r G. KITZULESCU: **Consideraţiuni asupra ulcerelor gastro-duodenale.** — Raport la al IV-lea Congres român de chirurgie, obstetrică şi ginecologie, 1933.

După consideraţiuni generale asupra ulcerelor gastro-duodenale după analiza diferitelor metode operatorii şi a statisticilor respective, dintr'un bogat material clinic şi operator, autorul ajunge la următoarele conclusiuni:

Ulcerul gastro-duodenal este în ţara noastră mai răspândit în Ardeal, unde populaţia consumă mult carnea, cârnăţăria şi alcoolul. In Oltenia frequenţa ulcerelor gastro-duodenale ar atinge procentul de 0,4—0,6 la numărul total al bolnavilor.

Este vindecabil prin tratament medical. Dintre operaţiuni cea mai bună ar fi excizia ulcerului complectată cu gastro-enteroanastomoză. Acolo unde circumstanţele patologice şi starea bolnavului nu îngăduie, se recomandă simpla gastro-enteroanastomoză, care este o operaţie simplă, benignă şi eficace.

In ulcerele perforate este indicată sutura simplă cu înfundarea largă a ulcerului, urmând să se facă mai târziu gastro-enteroanastomoză, dacă va fi nevoe gastrectomia, operaţie traumatisantă nu este recomandabilă decât în cazari rare (ulcere peptice post operatorii, cancer stomacal)

I. R.

Prof. D-r AL. POP şi D-ri N. ONACA şi E. MUREŞAN: **Consideraţiuni asupra limfangitei peritoneale şi mezenterice în legătură cu 8 cazuri.** — Clujul Medical No. 2/1934.

Sub acest nume autorii descriu o inflamaţie primordială a aparatului limfatic abdominal, cauzată de o leziune minimă, de un uşor focar infecinfecţios, care nu poate fi evidenţiat macroscopiceşte.

Se poate prezenta: sub forma unei limfangite reticulare, cu seroasa peritoneală hiperemică în mod difuz. Această formă a fost considerată până în prezent ca o peritonită idiopatică. Se mai poate prezenta sub forma trunchiulară sau mezenterică. In această formă predomină lesiunea aparatului limfatic din mezenter şi se manifestă prin striaţiuni hiperemici cari converg spre ganglionii mezenterici măriţi papuloşi.

Alteori procesul inflamator la nivelul ganglionilor este cel mai puternic.

Autorii însoţesc expunerea de trei observaţiuni personale.

Printre factorii etiologici importanţi, autorii cred că lesiunile inflamatorii puţin exprimate ale apendicelui sunt în prima linie, astfel că atunci când nu se găseşte o altă cauză determinantă a limfangitei peritoneale se recomandă apendicectomia fără drenaj.

I. Rosenstein

D-ri I. FILIPOVICI şi T. HNIDEI: **Una mie două sute de operaţii de de apendicită în Estul Europei.** — Rev. de chirurgie No. 9—10/1933.

Autorii cercetează 1200 de cazuri operate de apendicită. Din aceste 91 de cazuri ereau la bolnavi între $2\frac{1}{2}$ ani şi 14 ani; 1070 între 15—60 ani şi 39 de cazuri peste 50 ani. După studiul evoluţiei boalei au avut 112 apendicite perforate, 304 acute, 53 subacute şi 720 cronice.

Apendicita perforată a fost operată în decursul celor 24 ore după manifestarea primelor simptome.

Ca anestezie au întrebuinţat la tineri până la 16 ani narcoza cu eter; dela 16 ani rachianestesia (0,03—0,05 stovaină sau 0,07 tropocaină).

Mortalitatea generală pe cazurile operate a fost de 1,33%, procent foarte scăzut faţă de cele mai bune statistici.

Autorii însoţesc expunerea cu interesante consideraţiuni asupra formelor clinice întâlnite şi cu descrierea metodei operatorii ce utilizează.

I. Rosenstein

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dermatologie.

Prof. D-r C. TATARU şi D-r P. CIRLEA: **Consideraţiuni asupra unei dermatoze profesionale necunoscută în România.** — Clujul Medical No. 2/1934.

Autorii publică primul caz în literatura românească de dermatoză profesională descrisă de Winternitz în 1899, sub numele de Melkerknoten şi precizată ulterior de şcoala germană.

Această dermatoză se prezintă sub forma unor papulo-noduli hemisferici, lenticulari, cu baza lată, de dimensiuni variabile până la mărimea unei cireşe, ridicată din planul tegumentelor, de culoare roşie-închisă cu o nuanţă violacee. Lesiunea variază ca aspect după stadiul de evoluţie în care se află. La nivelul şi în jurul acestor noduli nu se observă nici o reacţie inflamatorie.

Infecţiile secundare fac ca lesiunile să lase atrofii sau cicatrice rotunde roze-albicioase.

Localizarea patognomonică: pe dosul mâinilor, al degetelor şi partea corespunzătoare a antebraţului. Incubaţia 8—12 zile. Nu se constată simptome subiective locale sau generale.

După ce descriu pe larg dermatoza, autorii se ocupă de etiologia acestei afecţiuni şi ajung la concluzia că ar fi datorită unei infecţii directe dela vaci cari suferă de o zoonoză identică sau apropiată cu paravaccina lui Pirquet.

I. Rosenstein

Prof. D-r S. NICOLAU: **Rolul allergiei în patologia pielei. Consideraţiuni patogenice şi terapeutice.** — Rom. Med. No. 2/1934, p. 17.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul într'un articol ce cuprinde noţiunile de anafilaxie, sensibilizare şi alergie caută a lămuri reacţiile alergice ale pielei. In general alergia cutanată este o stare particulară a tegumentului unor persoane, care îi fac să reacţioneze în mod exagerat sau patologic faţă de anumite substanţe pe care indivizii normali le tolerează fără nici un inconvenient. Alergia cutanată ia naştere în urma unui contact anterior repetat al tegumentului pe cale externă sau internă cu substanţa X, antigen ce numim alergen. In patologia pielei sensibilizarea pielei constitue unul din substratele cele mai importante ale terenului patologic şi graţie acestei iminente morbide a tegumentului, substanţe banale şi inofensive pot produce diferite erupţiuni cutanate. Fenomenul de sensibilizare a pielei ar fi expresiunea unei disponibilităţi de anticorpi specifice pielei şi erupţiile o stare de anafilaxie locală. Ca tratament al dermatozelor alergice se va suprima alergenul şi se va desensibiliza pielea.

Desensibilizarea va fi specifică şi nespecifică. In cea nespecifică cităm peptonoterapia, tratamentul cu hiposulfatul de sodiu, cu calciu, heterohemoterapie, hematoterapie, iar ca tratament adjuvant să se modifice terenul alergic, turburările echilibrului acido-bazic, hepatice, renale, endocriniene, celor ce au manifestaţiuni alergice.

R. H.

Fiziologie.

Doc. D-r I. MARCU: **Contribuţiuni la geneza ritmicităţii circulatorii. Un fenomen hidrodinamic de rezonanţă.** — Rev. Ştiinţelor Med. No. 12/1933.

Mecanismul unor fenomene de ritmicitate circulatorii a rămas nedesluşit până în prezent. Autorul bazat pe experienţe şi dispozitive experimentale per-

sonale, emite ipoteza că la baza fenomenelor vitale de ritmicitate este un fenomen hidrodinamc de rezonanță.

Intru susținerea acestei ipoteze demonstrează că un curent continu de lichid întâlnind o porțiune intermediară elastică — în anumite condițiuni — se poate transforma în curent (circulație) ritmică, apărând astfel ca un fenomen vital de contracțiuni ritmice un fenomen vital în aparență.

Fenomenul descris și demonstrat că se produce in vitro, se poate produce în condițiuni similare și in vivo, dând astfel cheia atâtor observațiuni experimentale până în prezent rămase complect mute.

I. R.

Prof. D-r GH. TUDORANU: **Câteva date noi asupra fiziopatologiei eritronului.** (Globulul roșu și precursorii lui). — Rom. Med. No. 24/1933, pag. 305.

Dă câteva date despre formarea și distrugerea globulului roșu, spre a se înțelege anemiile. La embrion prima generație a globulului roșu (eritronului de anglo-americani), o formează megaloblastul ce derivă din mezenchim viitor țesut reticulo-endotelial, apoi normoblaste ce sunt egale cu hematiile nucleate, reticulocite și hematii adulte. In sângele circulant se găsesc 2% reticulocite. Globulele roșii la adult se formează în măduva osoasă din normoblaste. In sângele circulant globulele roșii trăesc 30 zile, apoi sunt distruse în splină și humori. Grație secreției stomacului, factorul intrinsec și vitaminei B, factorul extrinsec (principiul nutritiv din alimentație) se face maturația globulului. Factorul intrinsec și extrinsec constitue substanțele antianemice, când ele lipsesc se produce anemii simple și anemii pernicioase. In anemiile pernicioase apar megaloblaste în sânge. Anemiile simple sunt datorite turburărilor de nutriție, fragilitate globulară sau hemoragiilor. In anemia pernicioasă avem sindromul digestiv, sindromul sanguin și sindromul nervos.

Digitized by Romanian Academy Library, Cluj

Autorul recomandă ca tratament în anemia pernicioasă opoterapia hepatică (250—500 gr. ficat de vițel), sau stomac de porc, imediat după tratament apar reticulocitele în sânge. Anemiile simple se vor trata cu fer, vitamina C. In anemiile microbiene, toxice, se va trata etiologia lor.

R. H.

Docent D-r I. MARCU: **O nouă metodă de perfusiune pulsatilă. Aplicarea și utilitatea ei.** - Journ. de Phys. et de Path. gén. No. 3/1933.

Inainte de a descrie metoda de perfusiune pulsatilă, autorul descrie și analizează un fenomen fizic de transformare a unui curent lichid continuu într'un curent intermitent prin simpla trecere a lichidului printr'o membrană tubulară elastică.

Bazându-se pe acest fenomen fizic, autorul construește un aparat de perfusiune pulsatilă. Cu ajutorul acestui aparat se obține un jet continu cu întărire ritmică, al cărui ritm este ușor de regulat.

Metoda autorului permite irigarea unui cap de câine în condițiuni quasifisiologice, restul corpului continuând să trăiască propria sa viață.

Perfusiunea pulsatilă a jumătății sub-diafragmatice a câinelui permite cercetăria asupra acțiunei vasculare a anumitor substanțe farmacologice.

Metoda se dovedește indispensabilă pentru perfusiunea rinichiului izolat **in situ.**

Articolul se închee cu o discuţie asupra importanţei fenomenului descris şi a avantagiilor acestei metode, a cărei utilitate pentru studiul factorului periferic al circulaţiei pare evidentă.

I. R.

Medicină internă.

D-r C. DOLJAN: **O concepţiune nouă asupra patogeniei arterio-sclerozei carenţă glandulară.** — Rev. Franç. d'Endocrinologie No. 3, Iunie 1933.

După ce aminteşte diferitele teorii emise pentru a explica patogenia arteriosclerozei, autorul trece la cercetarea glandelor endocrine. Pe acestea le împarte în două grupe antagoniste. Un prim grup genital vaso-dilatator ovar, testicul-prostată, lob anterior al hipofizei) şi un grup vaso-constrictor (supra-rennală şi lobul posterior al hipofizei). Coordonarea ambelor sisteme este făcută de corpul tiroid.

La menopausă (femenină sau masculină), echilibrul este rupt prin deficitul sistemului vaso-dilatator. Atunci sistemul vaso-constrictor ridică tonusul simpaticului în capilare şi prin turburările de osmoză ce se provoacă, funcţiunile nutritive şi eliminatoare ale sângelui sunt compromise. Endoteliul vascular este supus unei fricţiuni din ce în ce mai puternice. Hipertensiunea moderată, oscilantă, instabilă şi pur funcţională dela început, creşte, devine stabilă şi lesională la sfârşit. Arterio-sclerosa comună s'a constituit şi se desvoltă; ea este deci după conclusiile autorului un efect şi nu o cauză a hipertensiunei arteriale provocate de un desechilibru al celor două sisteme glandulare antagoniste.

I. Rosenstein

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri CORNEL MANTA şi R. MOGA: **Consideraţiuni asupra pietrelor pulmonare.** — Sibiul Medical No. 2/1934.

Autorii publică observaţia unei bolnave cu o tuberculoză pulmonară, care în timpul tratamentului elimină prin tuse 3 calculi de mărimea unei boabe de fasole.

Expunerea cazului este însoţită de descrierea pneumoliţilor.

Autorii reţin ca important pentru simptomatologia crizei de eliminare a pneumoliţilor durerile retrosternale cu iradiere în fosa supra sternală, anxietate şi mai ales iradierea în gât.

I. R.

D-ri A. MOGA şi M. SIRETEANU: **Consideraţiuni asupra stenozei istmului aortic în legătură cu trei cazuri.** — Clujul Medical No. 1/1934.

Autorii descriu trei interesante observaţiuni de stenoză a istmului aortic.

După ce amintesc de primul caz publicat în literatura medicală românească de Cânciulescu şi Missirliu în 1927, descriu pe larg simptomatologia, semnele radiologice şi prognosticul acestei afecţiuni.

I. R.

Prof. D-r GH. TUDORANU: **Consideraţiuni asupra anemiilor nepernicioase.** — Rom. Med. No. 5/1934, pag. 62.

După ce enumără diferitele forme de anemii: a) anemii printr'un defect de formare a globulului roşu; b) anemii prin insuficienţă nutritivă;

c) printr'o turburare a organelor hematopoetice; d) anemii prin distrugerea hematiilor, şi e) anemii prin pierderea sângelui, autorul dă câteva date ce lămuresc biologia globulului roşu. In afară de fer ce e depus în ficat şi splină mai sunt necesare pentru reconstituirea globului roşu hematina — nucleu tetrapirolic, globina (o acidamină), săruri minerale şi vitaminele C, D, A şi B. Tratamentul anemiilor va ţine seamă de aceste elemente necesare metabolismului hematiilor. Se vor căuta factorii endogeni cu turburări ale ovarelor, tiroide, leziuni ale splinei, capsulelor supra-renale ce participă în producerea anemiilor.

Se va căuta în anemiile prin distrugerea globulelor roşii afecţiunile splinei, se cunosc o serie de splenomegalii hemolitice. In toate anemiile tratamentul va fi etiologic.

In anemiile alimentare ne vom adresa alimentaţiei, în cele cu turburări endocriniene opoterapiei, în cele hemolitice splenectomia. Ca adjuvante se va da fierul, preparate arsenicale, röntgeterapia, razele ultra-violete şi tratamentul hidromineral şi climatul de munte.

R. H.

D-r I. DANIEL: **Rolul factorului hepato-biliar în geneza hipertensiunei.** — Annales de Medecine No. 4/1934.

După ce discută diferitele teorii asupra hipertensiunei arteriale, autorul se ocupă de rolul factorului hepatobiliar şi în special de acţiunea hipotensivă a bilei.

Din experienţele pe cari le-a întreprins rezultă că bila introdusă pe cale intravenoasă (saphenă, femorală şi portă), sau pe cale arterială (carotidă) provoacă invariabil o cădere foarte accentuată, imediată şi persistentă a presiunei arteriale, care revine însă după câtva timp la valoarea sa iniţială. Intensitatea şi durata efectului hipotensiv sunt proporţionale cu cantitatea de bilă injectată.

In acelaş timp cu hipotensiunea se observă: hipoviscositate, diminuarea indicelui refractometric al sângelui, diminuarea cantităţii de glucoză şi ureo sanguină din sânge.

După ce arată că aceste experienţe concordă cu anumite fapte clinice. autorul relatează încercările pe cari le-a făcut de a trata hipertensiunea prin administrarea **per os** a bilei uscată. Din 17 cazuri, în 10 a obţinut o scădere pronunţată şi durabilă, variind între 40—60 mm. In 5 cazuri scăderea a fost mai mică, dar starea subiectivă foarte bună. In 2 cazuri rezultatul a fost nul.

Articolul se încheie cu expunerea rolului ficatului în controlul tonusului vascular.

I. Rosenstein.

Nervoase - Oftalmologie.

D-r I. DAVID-GALAŢI: **Dur-Merita.** — Rev. Rom. de Oto-rino-laring. No. 1/1934.

Din studiul trombo-flebitei sinusului lateral, autorul constată că din punct de vedere clinic şi anatomo-patologic, se poate avea o meningită parţială, o dur-merită. Această meningită e lipsită de reacţia lichidului cefalorachidian şi tocmai această discordanţă între clinică şi datele lichidiene trebue

să îndrumeze diagnosticul către o trombo-flebită, adică o dur-merită. Această meningită parţială arată că până la un timp oarecare, există o independenţă între etajele meningelor, fiecare având o rezistenţă proprie şi un mod de a reacţiona.

I. R.

Doc. D-r MARIUS TEODORESCU şi D-r NEAGU: **Sindrome vagale multiple datorite herniei epigastrice.** — Rom. Med. No. 2/1934, p. 23.

Comunică cazul unui bolnav ce prezenta un sindrom vagal complex cu manifestări respiratorii şi circulatorii şi care au dispărut complect în urma intervenţiei asupra herniei epigastrice ce avea.

Cred că fenomenele circulatorii şi respiratorii ce bolnavul le avea au fost de natură reflexă cu punctul de plecare în hernia epigastrică.

R. H.

D-ri G. ODOBESCU şi H. VASILESCU: **Meningo-encefalită consecutivă radioterapiei profunde.** — L'Encephale No. 10/1933.

Unii radiologi susţin că ţesutul nervos este refractar la razele Roentgen. Autorii prezintă observaţia unui bolnav la care acţiunea nocivă a razelor X a fost din cele mai manifeste.

Un pacient în vârstă de 18 ani supus unui tratament de probă cu raze X pentru o nevraxită cu parkinsonism. Mort de pneumonie, la o lună; se constată la autopsie lesiuni de radio-meningo-encefalită terapeutică.

I. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r M. SCHACHTER: **Aspectele clinice şi patogenice ale artropatiilor tabetice.** — Med. Pratique, 20 Mai 1934.

Autorul constată, dela început, raritatea cazurilor de artopatie tabetică şi chiar de tabes. Din 600 de bolnavi de sistemul nervos văzuţi în timp de 2 ani s'au prezentat 20 de tabetici şi numai un caz de artropatie tabetică.

In continuarea articolului, autorul examinează din punct de vedere critic diferitele opiniuni emise asupra patogeniei atropatiei tabetice şi face o scurtă expunere a aspectelor clinice, diagnosticului şi tratamentului acestei complicaţiuni.

I. R.

Agr. D. PAULIAN şi D-r C. FORTUNESCU: **Contribuţiuni la studiul paralisiei difterice.** — Spitalul No. 1/1934.

După ce fac câteva consideraţiuni asupra paralisiei difterice, autorii expun un caz de tetraplegie post-difterică, vindecată în decurs de 2 luni prin injecţii de ser antidifteric, stricnină şi tonice cardiace la care se adaugă şi un tratament electric.

I. R.

D-r GR. ODOBESCU şi H. VASILESCU: **Encefalită hemoragică la un epileptic tuberculos.** — L'Encéphale No. 10/1933.

Autorii descriu observaţia unei bolnave în vârstă de 27 ani, cu accese de epilepsie tipică şi care în urma unui acces face o encefalită hemoragică cu sfârşit letal la 8 zile dela debut. Cazul prezentat pune două probleme:

Creşterea tensiunei în timpul accesului de epilepsie putea să provoace hemoragia fără alteraţiuni vasculare prealabile? Revărsarea sanguină putea singură să ducă la distrugerea substanţei cerebrale fără o fragilitate prealabilă a acesteia?

Răspunsul autorilor este afirmativ. Toxemia tuberculoasă a determinat alteraţiunile vasculare cari au dus pe deoparte la ruperea vaselor şi la distrugerea substanţelor.

I. R.

D-r S. BAGDASAR: **Nevralgia trigemenului.** — Rom. Med. No. 18/1933.

In nevralgia esenţială a trigemenului, autorul are rezultate satisfăcătoare cu injecţia cu alcool a ganglionului lui Gasser prin gaura ovală.

Insistă asupra acestei metode ce e absolut inofensivă când alcoolul este introdus în ganglionul lui Gasser. Autorul spre a pătrunde bine în ganglion, a modificat technica, întrebuinţând un ac curb şi astfel obţine o infiltraţie cu alcool a ganglionului. Imediat după injecţia cu alcool, autorul observă rezultate excelente la bolnavii trataţi; alcoolizarea ganglionilor lui Gasser a dat vindecări definitive ale nevralgiei trigemenului.

R. H.

Agr. D-r P. TOMESCU, D-r AL. VASILESCU şi I. IONESCU-BUCŞANI: **Sindromul catatonic prin insuficienţă ovariană.** — Rom. med. No. 15—16/1933.

Comunică observaţia unei bolnave ce prezenta sindromul catatonic datorit insuficienţei ovariene la care prin cercetările fiziologice ce au făcut pot confirma existenţa şi curabilitatea sindromului catatonic simptomatic cu schizofrenia catatonică. In urma tratamentului opoterapic intens şi perseverent asociat cu heterohemoterapie cu sânge dela femei în plină epocă menstruală, bolnava se ameliorează şi odată cu modificările psihice se constată şi apariţia menstruaţiei. Autorii cred că printr'un tratament intens endocrinian s'ar împiedeca ca unele stări de schizofrenie să treacă în cronicitate. Studiază apoi prin metoda pleismogrtafică circulaţia periferică la bolnava ce prezenta sindromul catatonic şi găsesc o modificare progresivă şi paralelă a sistemului muscular voluntar şi involuntar al bolnavei. Odată cu ameliorarea stărei psihice găsesc că amplitudinea mişcărilor respiratorii este mai mare.

Cred că circulaţia cerebrală joacă un rol mare în geneza simptomelor psihice şi somatice ale catatoniei scizofrenice. Urmăresc apoi reacţiile emoţionale în sindromul catatonic şi găsesc că reacţiile emoţionale absente la începutul boalei au revenit odată cu ameliorarea stărei psihice; cu ajutorul pletismogramei şi a pneumogramei au putut urmări răsunetul pe care emoţiunile îl au asupra circulaţiei şi respiraţiei. In catatonie indiferenţa emoţională este însoţită de o micşorare a reacţiunilor organice.

R. H.

Prof. D-r G. MARINESCU şi Docent D-r A. KREINDLER: **Incercări de terapie în schizofrenie cu extract de plex choroid.** — Rom. Med. No. 18/1933, p. 225.

Autorii continuă cercetările lui von Monakow, care arată o micşorare a valorii funcţionale a plexului choroid în schizofrenie şi caută printr'un tra-

tament cu extract de plex choroid de a ameliora schizofrenia. Comunică 3 cazuri de schizofrenie tratate cu extract de plex choroid de bou (preparat de casa Richter) şi obţine un efect liniştitor asupra bufeurilor de agitaţie a schizofrenicilor. Cred că acest extract ar stimula secreţiunea plexurilor choroide.

Mai recomandă a se trata schizofrenia cu lichid cephalo-rachidian normal de om sau lichid ventricular de animal, cu pilocarpină ce măreşte secreţiunea plexurilor choroide. Plexul choroid are o acţiune vagotropă pozitivă şi transformă formula de simpaticotonie într'una vagotonă.

R. H.

D-ri ST. DRAGANESCU, E. FACON şi M. BACANANU: **Date şi consideraţiuni asupra asistenţei sociale a incurabililor neuro-psihici la noi în ţară şi în special asupra asistenţei bătrâneşti.** — Rev. de Igienă Socială No. 5/1934.

După ce delimitează diversele categorii de incurabili neuropsihici şi trec în revistă instituţiile de asistenţă ale bătrânilor din Paris, autorii fac o descriere amănunţită asupra realizărilor de asistenţă a infirmilor neuropsihici din România. In centrele de protecţie a copilăriei din Transilvania, se dă asistenţă unui anumit număr de infirmi psihici şi mintali. In restul ţării sunt 6 institute penru orbi, 2 penttru surdo-muţi şi 3 pentru debili mintali, 10 colonii de muncă, 137 de azile de bătrâni (cu o capacitate de 3239 paturi).

In Bucureşti numărul paturilor destinate infirmităţilor neurologice la adulţi şi bătrâni reprezintă 0,07% în raport cu populaţia totală (Paris 1,05%).

Se impune deci crearea de centre judeţene de asistenţe a infirmilor neuropsihici şi mai ales a bătrânilor; îmmulţirea numărului paturilor în conformitate cu nevoile reale; organizarea asistenţei medicale speciale, neurologice, actualmente aproape absentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. R.

Prof. D-r ELENA PUŞCARIU: **Când poate apărea oftalmia simpatică; vindecarea ei.** — Rom. Med. No. 7/1934, pag. 90.

Autoarea insistă asupra rarităţei oftalmiei simpatice, care în general se observă în urma traumatismului, ce obiceiu interesează numai un ochi şi când tratamentul se complică de un proces inflamator foarte rar, e însoţită de fenomene inflamatorii în celălalt ochi. Numai contuziile ce au produs ruptura corneei sau a sclerei produc oftalmia simpatică, asemenea plăgile penetrante cât de mici se pot complica de această afecţiune.

Autoarea comunică 3 observaţiuni de oftalmie simpatică, la unul în urma unei plăgi penetrante, la altul în urma unei rupturi sub-conjunctivale cu luxaţia cristalinului s'a produs oftalmia simpatică a 50, 60 zi. Autoarea adaugă la injecţii intra-venoase cu urotropină, cianură de Hg., tonice şi abcesul de fixaţie cu ajutorul căruia a obţinut vindecarea oftalmiei simpatice.

In privinţa patogeniei autoarea crede că agentul patogen trebue găsit, numeroasele ipoteze emise în patogenia oftalmiei simpatice nu lămuresc cauza acestei afecţiuni.

R. H.

Terapeutică.

D-na Conf. D-r MEDEA NICULESCU şi D-r IOANIN LUPESCU: **Stock-vaccinul în inflamaţiunile de origină genitală.** — Rom. Med. No.... pag. 265.

Intrebuinţează cu rezultate satisfăcătoare Yatren — vaccinu antipio-

gen în inflamaţiunile de origină genitală. Acest vaccin are calităţile vaccinului polyvalent, stimulează producerea de anticorpi specifici, dar nu dă reacţii generale imense ca frisoane, febră, reacţii locale. Injectează în anexite, pelviperitonite, endometrite puerperale 1 cm.^{3} sau 2 cm.^{3} intramuscular la interval de două zile; după o serie de 6 injecţii cu acest vaccin fenomenele locale, durerea, au dispărut, temperatura se apropie de normal.

R. H.

D-r M. ALEXANDROV: **Neosalvarsanul în tratamentul febrei tifoide.** — Spitalul No. 1/1934.

Autorul publică 8 observaţiuni de febră tifoidă tratate cu neosalvarsan în doze crescânde, dela doza 1 până la a 4-a. Injecţiile se repetă la 2—3 zile ajungând la un total de 3—4 injecţiuni. Din 8 cazuri de febră tifoidă forme severe, în 6 cazuri rezultatele obţinute au fost mulţumitoare. Temperatura arată o tendinţă manifestă la scădere, starea generală se ameliorează şi simptomele organice dispar.

Asupra modului de acţiune al neosalvarsanului, autorul aminteşşte teoriile emise din care reţine acea care socoteşte neosalvarsanul ca un stimulent al sistemului reticulo-endotelial.

I. Rosenstein

D-r E. ZAPOROJAN: **Vaccinarea antidifterică cu anatoxina Ramon în mediu epidemic.** — Rev. de Igienă Soc. No. 1/1934.

Intr'o populaţie de 2060 de persoane apare o gravă epidemie de difterie, care bântue $3^1/_2$ luni, provocând 29 decese pe 69 de bolnavi.

Vaccinarea cu anatoxină a fost instituită spre sfârşitul epidemiei. Au fost inoculaţi 786 copii, adică toată populaţia infantilă a satului afară de sugarii sub 6 luni. De 2 ani dela data inoculărei nu a mai fost semnalat nici un caz de difterie, deşi epidemia a continuat să bântue în satele învecinate.

I. R.

D-ri A. RADOVICI şi M. SCHACHTER: **Tratamentul atropinic al stărilor Parkinsoniene.** — Revista Ştiinţelor Medicale No. 9/1933.

Incă din 1920, în timpul epidemiei de encefalită Radovici şi Niculescu au preconizat administrarea atropinei ca tratament al turburărilor motorii post-encefalitice şi în special al miocloniilor.

Terapeutica aceasta a fost adoptată în urmă în Franţa şi Germania. cu cele mai bune rezultate.

Autorii prezintă o revistă generală a chestiunii, insistând asupra faptului că dozele trebuesc să fie suficiente dar nu excesive cum le administrează unii autorii.

In acest scop recomandă dozele de 3—6—12 linguriţe de cafea pe zi din soluţia de 1—2 ctgr. de atropină plus hioscină la 150 de apă, administrate progresiv, neajungând la toţi bolnavii la doza maximă.

I. R.

D-ri M. CAPITANOVICI, A. DUMITRESCU şi D. ROŞCA: **Tratamentul supuraţiunilor pulmonare prin injecţiuni intravenoase de alcool.** — Sibiul Medical No. 2/1934.

Autorii întrebuinţează în tratamentul abceselor pulmonare şi bronşectasiei, după metoda lui Landau, alcoolul rectificat în soluţie de 20% în ser

fisiologic, pe care-l injectează intra-venos zilnic, începând cu 10 cmc. şi ajungând până la 30 cmc. După primele injecţii se observă o scădere a temperaturei, o diminuare a expectoraţiei, dispariţia mirosului fetid al halenei, ameliorarea stării generale. Toate aceste rezultate au fost constatate prin tratarea a 6 cazuri. Nu au fost necesare mai mult de 15 injecţiuni şi nu s'a observat nici un accident.

I. Rosenstein

Prof. D-r N. GHEORGHIU, D-r VIRGIL IONESCU, D-r G. VINTILĂ şi D-r NATALIA AVRAM: **Tratamentul unor turburări funcţionale ovariene. Amenoree şi dismenoree prin injecţii cu urină de femee gravidă.** — Rom. Med. No. 3/1934, p. 30.

Bazaţi pe constatările fiziologice din domeniul activităţei genitale a femeii, autorii caută a trata unele turburări funcţionale ale menstruaţiei de origină ovariană fie sub forma de amenoree, fie de dismenoree prin injecţii de urină de femee gravidă, ce conţine toţi hormonii sexuali. Experimentează pe 50 cazuri şi comunică numai 10 cazuri. Prin cateterism uretral recoltează urina aseptic şi fac injecţii la 2 zile interval de 20 cmc. sub-cutanat, în serii de 10 injecţiuni. Reese că urina femeilor gravide are o acţiune terapeutică manifestă în turburările de disfuncţiune ovariană, caută a restabili femeei echilibrul ciclului menstrual. In cazuri când parenchimul ovarian ar fi distrus prin leziuni degeneratice sau scleroase, vom avea totuşi o dispariţie a fenomenelor nervoase ce sunt datorite leziunilor ovariene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

R. H.

D-r AXENTE IANCU: **Contribuţiuni la patogenia crevaselor mamelonului.** — Rev. Franc. de Pediatrie No. 1/1934.

Printre obstacolele alăptării la sân, crevasele sânului şi consecinţele sale au o importanţă deosebită. De aceia autorul cercetează pe rând opinia diferiţilor pediatrii şi obstetricieni asupra modalităţii celor mai bune de a preveni crevasele mamelonului.

Din citarea acestor opinii se constată că majoritatea sunt potrivnici loţiunilor alcoolizate, socotindu-le nu numai inutile, dar chiar dăunătoare.

Autorul recomandă după o experienţă de 6 ani, simple loţiuni la apă şi uscarea mamelonului. In timpul alăptării se va avea grije de a păstra totdeauna sânul uscat după ce a fost spălat cu apă rece. Dela primele semne ale unei crevase loţiunile se supendă.

I. Rosenstein

D-r P. PITULESCU: **Situ-Hormonoterapia.** — Noua Revistă Medicală No. 9/1934.

Sub acest nume, autorul propune şi realizează un nou metod de tratament hormonal care constă în injectarea hormonului respectiv la nivelul sau chiar în glanda deficientă.

Intr'un articol din acelaş număr al revistei, în colaborare cu D-rii A. Bakk şi Tr. Ionescu, publică rezultate bune obţinute cu acest nou tratament opoterapic.

I. R.

D-r VICTOR DUMITRIU: **Concepţii patogenice în tratamentul septicemiilor şi flebitelor.** — Rom. Med. No. 21 din 1933, pag. 266 şi No. 23 din 1933, pag. 291.

Pornesc dela ipoteza emisă de Fiessinger că organismul se apără contra infecţiuni circulante prin sistemul bacteriopexic circulant şi altul fix. Sistemul bacteriopexic circulant e format din leucocite şi plăcuţe sanguine, cel fix este sistemul reticulo-endotelial.

Autorul crede că în septicemii are loc o blocare a circulaţiei normale a leucocitelor. Ca să mobliizeze leucocitele, autorii injectează în septicemii plasma hirudinată 2/10 cmc., adrenalină 1 cmc. intra-muscular şi face abcese de fixaţie, care după autori măreşte leucocitoza, menţine în sânge masa bacteriopexică mobilă. Acest tratament nu are inconveniente şi nu exclude medicaţia tonică cardiacă, etc. Autorul comunică 8 observaţii de diferite septicemii cu rezultate satisfăcătoare.

Cu ajutorul injecţiilor de hirudină, autorul previne flebita postoperatorie. La 2000 de cazuri operate pentru afecţiunile cele mai flebitogene nu observă vre-o flebită.

Ca să împiedece jena circulaţiei leucocitare injectează 24 ore după operaţie 1/10 cmc. de plasmă hirudinată, în acelaşi timp nu a observat la peste 2000 operaţi hirudinizaţi care au fost curând sculaţi din pat după operaţie vre-un accident oare-care.

R. H.

D-r C. DOLJAN: **Terapeutica carbo-gazoasă. Orientări noui.** — Broşură 12 pagini, Ed. „Cultura", Bucureşti, 1933.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Autorul, un reputat practician al băilor Buziaş, rezumă într'o scurtă conferinţă, constatările unei îndelungate practici cu apele carbo-gazoase, pe care le concentrează în următoarele concluziuni:

Balneaţia carbo-gazoasă este tratamentul tuturor viciilor circulatorii în general şi turburările de nutriţie şi a intoxicaţiunilor cari rezultă.

Administrarea unei cure trebue să evite acidoza provocată de băi prea frequente şi astenia pe care această acidoză o provoacă. De aceia băile trebue să fie spaţiate.

Cum acţiunea tratamentului carbo-gazos se exercită exclusiv asupra elementului spastic, fără să influenţeze scleroza organizată, trebue întrebuinţată pentru combaterea primei.

Balneaţia carbo-gazoasă resuscită fiecare celulă şi revivică fiecare organ eliminând din organism resturi şi otrăvuri.

Iată motivele pentru cari autorul socoteşte că balneaţia carbo-gazoasă a luat o desvoltare bine meritată în ultimul timp.

I. Rosenstein

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII *)

Agr. D-r IULIU ORIENT: **ELEMENTE DE TOXICOLOGIE.**—Vol. 120 pag Ed. Transilvania—Cluj, 1934.

Catedra de toxicologie a Universităţii din Cluj o reţine de un deceniu şi jumătate Agr. D-r Iuliu Orient, care a scris acum cartea „Elemente de toxicologie medicală".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un asemenea op, scris din punct de vedere al medicinei practice nu a apărut încă în limba română, deacea trebue să primim cu îndoită bucurie această lucrare, din care a văzut lumina tiparului primul fascicol în extensiune de 120 pagini.

In literatura medicală română lucrarea aceasta nu este numai un început fericit, ci este şi de utilitate foarte însemnată pentru medicii practicieni, pentru cari s'a şi scris cartea.

Autorul a avut în vedere, pe lângă cazurile din literatura actuală de specialitate, mai ales cazurile de intoxicaţiuni petrecute în ţara noastră — în special intoxicaţiunile din gospodărie casnică, industriale, alimentare, — cu ciuperci şi cele produse de animale.

Autorul, spre deosebire de literatura din străinătate, se ocupă pe larg de intoxicaţiunile alimentare, cari după datele statistice culese cu cea mai mare îngrijire, dau procentul cel mai însemnat de intoxicaţiuni. Clasificarea cuprinsului lucrării se deosebeşte deasemenea în bună parte, faţă de altă lucrări străine, ceeace dovedeşte, că autorul, nu este numai un didact emerit, ci şi un medic practician cu multe experienţe.

Introducerea în această lucrare scrisă în mod lapidar, se face prin noţiuni de toxicologie şi posibilităţi de eliminare a toxicelor din organism. **„Tabloul diagnosticului diferenţial al intoxicaţiunilor"** a introdus o nouă metodă asupra precizărei diagnosticului intoxicaţiunilor şi asupra diagnosticului diferenţial, de care se va folosi în special medicul practician. Capitolul următor tratează

*) *Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.*

„Tratamentul simptomatic al intoxicaţiunilor" simptomatologie şi antidoţi. Redă, după posibilităţi, la cele mai multe substanţe **doza toxică,** stabilită cu multă grijă, lucru care în cele mai multe griji îl găsim numai pe ici pe colo. Datorită acestui fapt în caz de intoxicaţiuni, medicul practician se poate orienta repede, dacă cantitatea de substanţă toxică ajunsă în organism, poate să producă moartea sau are numai un efect toxic trecător, ceeace este de importanţa capitală pentru stabilirea prognosticului.

A fost surprinzătoare şi noua metodă de a aplica doze masive de strichnină în cazul de intoxicaţiune cu luminal în doză letală (5 gr.), Prof. D-r Iuliu Haţieganu şi D-r Tiberiu Sparchez, când în decurs de 3 zile s'au administrat în total 34 centigr. strichnină subcutan, la intervale de câte o jumătate de oră.

D-r Orient aplică iodul pentru spălăturile stomacale la intoxicaţiunea cu fosfor sau iontoforeza cu polisulfuri la intoxicaţiunea cu mercur metalic. Importan şi plin de interes şi pentru laici este capitol **intoxicaţiunilor în gospodăria casnică,** asupra cărora autorii streini se extind foarte puţin. De asemenea valoare este şi capitolul **Intoxicaţiunilor alimentare,** despre cari lucrările străine abia tratează într'o pagină, pe când cartea D-r Orient vorbeşte pe larg în 10 pagini, La fel de importante sunt şi capitolele despre **Intoxicaţiunile cu ciuperci şi cele produse de animale.** Statistica adăugată la sfârşitul cărţii ne dă date preţioase asupra intoxicaţiunilor celor mai frecvente, între cari locul dintâi îl ocupă soda caustică cu 23%, apoi intoxicaţiunile alimentare cu 20%, alcoolul cu 15%, sublimatul corosiv cu 4% şi aspirina, care ocupă şi ea un loc de frunte cu 3,1%.

Felicităm cu toată căldura apariţia acestei lucrări compuse cu atâta competenţă şi simţ practic de către „un medic bio-chimist şi toxicolog, a cărui activitate didactică de 15 ani la Fac. de Medicină din Cluj şi, în acelaş timp activitate ştiinţifică rodnică este o garanţie că această operă aduce o reală contribuţie medicinei noastre româneşti", după cum se exprimă *D-l Prof. D-r I. Haţieganu* în elogioasa prefaţă ce-i scrie.

M. M. R.

* * *

Conf. D-r T. NICULESCU: **NOŢIUNI ASUPRA NEURONULUI, FIBREI NERVOASE ŞI NEVROGLIEI** – Br. 60 pag., Buc. 1934.

Institutul de histologie şi histogenesă de sub conducerea D-lui Prof. D-r Besnea dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, a luat iniţiativa de a publica o serie de monografii histo-fisiologice la îndemâna medicilor şi studenţilor. A V-a monografie a Institutului este scrisă de D-l Conferenţiar D-r *Ion T. Niculescu* şi poartă titlul de mai sus. Intenţia autorului, expusă în „Cuvântul înainte", a fost de a da o vedere de ansamblu histofisiologică, informând în mod rapid pe cititorul dornic de o sinteză scurtă, asupra neuronului, fibrei nervoase şi nevrogliei.

Scrisă în acest spirit, expunerea D-lui Conf. D-r T. Niculescu este clară şi concisă.

Dispensându-se de ilustraţiuni iconografice, pentru a căror realizare se cer condiţiuni materiale şi de editură speciale, autorul reuşeşte totuşi ca prin descrierea sa, prin modul cum îşi clasifică

materia, să facă de înţeles şi de reţinut fiecare amănunt pe care-l aminteşte.

Monografia D-lui Conf. D-r I. T. Niculescu corespunde perfect nu numai nevoilor unui student, dar şi acelora a unui clinician neurologist şi realizează desăvârşit scopul, pentru care a fost scrisă.

D-r M. C.

* * *

Doc. D-r P. VANCEA: **ELEMENTE DE TERAPEUTICA OCULARA** — Broşură 52 pag., Cluj, Ed. «Ardealul» 1933.

In „introducere" autorul spune:

„Aceste elemente de terapeutică oculară au fost scrise pentru „Formularul terapeutic al Clinicelor Facultăţii de Medicină din Cluj", care va apare în cursul acestui an.

Spiritul de care am fost animat la alcătuirea lucrării fiind eminamente practic, am omis intenţionat boalele rare, excepţionale, ocupându-mă numai de afecţiunile oculare curent întâlnite în practica medicală. In astfel de cazuri medicul nespecialist este dator să acţioneze fără ezitare, având totdeauna gata o indicaţie terapeutică precisă.

Pentru a face însă o bună terapeutică este nevoie în primul rând de un diagnostic exact. In vederea acestui scop am crezut util să amintesc pe scurt la fiecare boală simptomele sale principale.

Soluţiile terapeutice adoptate pentru boalele de cari ne ocupăm în această lucrare sunt acelea cari după experienţa Clinicei Oftalmologice din Cluj ni s'au părut a fi cele mai eficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 81 de capitole înşirate alfabetic, autorul expune pe scurt după o prealabilă definiţie, simptomele şi tratarea a tot atâtea afecţiuni, simptome sau sindrome, din domeniul oculisticei.

Metoda şi spiritul de tratare a materiei sunt cu adevărat practice şi vor constitui un nepreţuit vade mecum terapeutic al practicianului nespecializat în boale de ochi.

Activitatea didactică şi reputaţia ştiinţifică a oftalmologului dela Cluj, crescut la şcoală şi în spiritul eminentului său maestru D-l Prof. D-r D. Mihail, vor asigura un succes bine meritat acestei valoroase lucrări.

D-r M. C.

* * *

G-ral D-r C. ILIESCU, Lt. D-r DEM. POPESCU şi Cpt. D-r BIBESCU: **Studiul apelor minerale iodurate şi sulfuroase din Govora, asupra pătrunderii prin barierele hemato-encefalice a agenţilor antisifilitici.**

G-ral D-r C. ILIESCU: **Tratamentul hidromineral al reumatismului în Staţiunea Govora.**

G-ral D-r C. ILIESCU şi Cpt. D-r ROTARU: **Acţiunea apelor minerale din Govora în tratamentul anemiilor.** — Broşură de 32 pagini, Inst. „Eminescu", Bucureşti, 1934.

In prima dintre lucrări autorii discută întâiu chestiunea permeabilităţii meningee pentru a arăta că barierile hemato-encefalice prin impermeabilitatea

lor opresc pătrunderea agenţilor antisifilitici în sistemul nervos şi deci se opun exercitării unui tratament eficace.

Apele minerale iodurate şi sulfuroase din Govora, măresc permeabilitatea meninge, dar în mod inegal pentru diferiţi agenţi medicamentoşi.

Sub influenţa băilor, mercurul pătrunde în proporţie de 90—100%, bismutul 40—45% şi iodul 10—15%. Arsenicul nu pătrunde sub nici o formă în lichidul cefalo-rachidian. Aceste concluziuni sunt sprijinite de 19 observaţiuni.

Explicarea precisă a măririi permeabilităţii meningee sub influenţa apelor minerale iodurate şi sulfuroase din Govora, nu s'a făcut încă, dar autorii şi-au propus continuarea studiului lor în acest scop.

O ultimă concluzie accentuată de autori este că bolnavii în tratament pentru sifilis să fie trimişi la băi, nu în pauza tratamentului ca până acum, ci în plin tratament de care vor beneficia mai mult.

In a doua lucrare, autorul cercetează numărul reumaticilor dintr'o perioadă de 10 ani, trataţi la băile Govora şi rezultatele obţinute în diferite forme clinice.

In această perioadă procentul de reumatici la numărul total de bolnavi a variat dela 27—40% s'au tratat în total deci 17,322 reumatici. Toate formele clinice (reum. art. cronic cu impotenţă funcţională accentuată, artropatii reumatismale cronice dureroase, poliartrite cronice deformante) au fost favorabil influenţate de băile Govora.

Autorul recomandă continuarea tratamentului timp de 2—3 ani pentru a avea rezultate durabile.

A III-a chestiune cuprinsă în broşura ce semnalăm este aceea a acţiunei apelor minerale din Govora în tratamentul anemiilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din examinarea celor 8 observaţiuni pe cari autorii le publică, rezultă că toate cazurile cu anemii simple provocate de maladii cronice, sifilis, reumatism, intoxicaţiuni lente, etc., sunt influenţate în bine prin acţiunea apelor cloruro-sodice iodate şt sulfuroase din staţiune, administrate pe cale de băi şi pe cale internă.

D-r I. R.

* * *

D-ri GR. şi TH. IAMANDI: **SLANICUL ŞI APELE LUI MINERALE** — Broşură 32 pag. Lei 20, Iaşi, 1934.

Este necesar pentru medicul practician cunoaşterea în amănunte a staţiunilor noastre balneo-climaterice. Simple prospecte pe cari aceste staţiuni le publică sunt insuficiente pentru orientarea medicului. Prescrierea unei cure necesită cunoştinţe precise asupra localităţii, compoziţiei băilor, apelor, poziţiunile, temperatura, altitudinea şi confortul. Din acest punct de vedere, un indicator general al staţiunilor balneo-climaterice româneşti ar fi strict necesar. Până atunci lucrări asupra unei singure localităţi sunt bine venite şi sunt de recomandat a fi cetite.

Astfel lucrarea D-lor D-ri Iamandi, asupra Slănicului orientează perfect asupra acestei atât de renumite staţiuni balneare, atât din punct de vedere al compoziţiei şi indicaţiilor fiecărui izvor, cât şi ca descrierea localităţii şi a confortului pe care vizitatorii îl pot găsi.

D-r I. R.

Erytheme solare?

DESITIN

Prin Pomada şi Pudra Desitin răcorire imediată şi calmarea usturimilor.
Vindecare rapidă fără cicatrice

Pomada: Tub mic lei 45.— Tub mare lei 84.—
Pudra, cutie metal 100 gr. lei 54.- ; plic 100 gr. lei 45.—

Reprezentant:
Ageco S. A., Calea Victoriei No. 29

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HIDRO-MILKUDERM

Cremă pe bază de Hexamethylentetramin şi lapte fără culoare, miros sau exces de grăsimi după prof. D-r Bruck.

HYPERHIDROZA
şi
ECZEME DISHYDROTICE

Acţiune biologică. Regulare a transpiraţiunei.
Înlătură imediat mirosul. Nu irită.

Se fricţionează cu puţin Hidro-M. Odată sau de 2 ori pe zi părţile supuse transpiraţiei.
Mai târziu 1—2 săptămânal. A nu se se spăla imediat înainte sau după fricţiuni. Tubul Lei 59.—

Desitin-Werk Carl Klinike, Hamburg 19.
Ageco S. A., Bucureşti calea Victoriei 29.

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATH. EXP. ET DE MICROBIOLOGIE

Tome VI.—No. 1-2 | 1933

I. CIUREA: Les vrais parasites de l'homme, des mammifères et des oiseaux provenant des poissons du Danube et de la mer Noire (Premier Mémoire). Trématodes, famille Heterophyidae Odhner, avec un essai de classification des Trématodes de la superfamille Heterophyoidea Faust. — J. CANTACUZÈNE, M. NASTA et T. VEBER: Vaccination des nouveau-nés par le B. C. G. en Roumanie (Résumé de quelques observations). — I. CIUREA: Sur quelques larves des vers parasites de l'homme, des mammifères et des oiseaux ichtyophages, trouvés chez les poissons des grands lacs de la Bassarabie, du Dniester et de son liman. — RUDOLF BRAUNER et EUGÉNIE SORU: Etude des actions à distance sur la moelle osseuse du lapin, No. 1-2/1933.

* * *

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 9-10 | 1933

OPRESCU D. şi DUMITRESCU T.: Consideraţiuni asupra etiologiei eritemului polimorf într'o epidemie sezonieră. — H. ELIAS: Asupra enterocolitelor dyzenteriforme şi tratamentul lor. — H. ELIAS şi M. SCHACHTER: Ancheta asupra conduitei terapeutice în difterie (încheiere), No. 9-10/1933.

* * *

BULETINUL SOC. MED. DE EDUCAŢIE FIZICA

No. 2. 3—4 | 1933

D-ri FL. C.-ULMEANU şi J. MIHĂILĂ: Performanţele fizice ale recrutului. (Anchetă asupra 850 soldaţi-recruţi). — D-r M. ZAPAN: Variaţia ureei şi acidului uric din sânge după efort (curse de 100 m., 1500 m. şi 5000 m). — D-ri E. FLORU şi TR. DEMETRESCU: Modificări permanente ale ortodiagramei cordului la 23 studenţi I. S. E. F. după cursul de ski. — D-r A. STRUGURESCU: Fenomene clinice musculare după efort, No. 2/1933.

D-r R. OLINESCU: Igiena locurilor de înot şi în special a bazinelor de înot. — D-ri S. DRĂGĂNESCU şi FL. C.-ULMEANU: Cercetări asupra influenţei oboselei şi alcoolului în randamentul tragerei. — D-ri GH. TĂTĂRANU şi A. ŞTEFĂNESCU: Modificări morfologice sanguine, după efort, la un splenoctomizat. — D-r M. CORNEANU: Subluxaţia acromio-claviculară în rugby, No. 3/1933.

D-ri G. MARINESCU şi A. KREINDLER: Cercetări asupra constituţiunii motorii. — D-r R. OLINESCU: Sportul şi gripa; Consideraţiuni asupra epidemiei de gripă, observată la studenţii I. S. E. F. în primăvara anului 1932. — D-ri A. STRUGURESCU şi E. IONESCU: Apneea voluntară la studentele I. S. E. F., No. 4/1933.

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 10-11, 12 şi 1-2 | 1934

D. PAULIAN, I. BISTRICEANO et C. ARICESCO: Tumeur métastatique du cerveau. — DUMITRU ILIE: Sindromul de hipotensiune arterială permanentă. — STĂNESCU: Doctrina lui Freud în vederile medicinei legale, No. 10-11/1933.

D. EM. PAULIAN, I. STĂNESCU, C. FORTUNESCU: Paralizia generală şi sensibilizarea precoce. — DUMITRU ILIE: Belladona şi alcaloizii ei în patologia gastro-intestinală. — ST. ODOBLEJA: Percuţia cordului. — HERSKOVITS E. şi HERSKOVITS F.: Principiul Regaurd-Coutard în radioterapia cancerului, No. 12/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D. EM. PAULIAN: Dare de seamă a activităţii pe zece ani: 1924—1934. — D. EM. PAULIAN şi I. BISTRICEANU: Neurinomele bazei creerului. (Studiu clinic şi histo-patologic), No. 1-2/1934.

* * *

CLUJUL MEDICAL

No. 10, 11, 12 | 1933 şi 1, 2, 3 | 1934

G. PREDA: Bătrâneţea privită din punct de vedere psihologic. — V. VASILCA: Pelagra în judeţul Târnava-Mică. — I. RADU: Centroterapia sau metoda lui Bonnier în turburări de menstruaţie. — EUGEN FEHÉR: Despre acţiunea şi indicaţiunile mai puţin cunoscute ale apelor sulfuroase termale. — N. ONACA: Neosalvarsanul în tratamentul osteomielitei cronice nespecifice. — GH. POPOVICIU şi N. NICOLAE: Contribuţii la tratamentul bronchopneumoniilor prin injecţiile de chinină combinate cu eter, No. 10/1933.

VICTOR PAPILIAN şi I. G. RUSSU: Alteraţiuni organice obţinute în urma ligaturii vinei splenice. — MUREŞAN ION: Anestezia în clinica chirurgicală din Cluj 1920—1931. — OVIDIU PECURARIU: Tratamentul boalei lui Basedow. — V. VASILCA: Un caz de formă renală a febrei tifoide la un vaccinat cu vaccin T. A. B. (Nefro-tifus). — M. HAAS: Tratamentul preoperator în obala lui Basedow cu iod. — P. MICHAESCU: Septico-piemie primitivă otogenă. — V. BOLOGA: Criza medicinei şi sinteza istorică. — NICOLAE COTOI: Anchetă igienică sanitară în oraşul Şimleul-Silvaniei. — C. I. URECHIA, No. 11/1933.

GH. POPOVICIU: Sunt tulburările gastrointestinale grave, toxice, ale copiilor de sân, o avitaminoză B? TR. POPOVICIU şi GR. MIHAILEANU: Ruptură traumatică a splinei cu emoragie cataclismică tardivă. — TEOFIL DRAGOMIR: Tratamentul atrofiei optice tabetice prin injecţiuni intrarachidiene cu ser salvarsanizat. — TRAIAN KATZ: Contribuţiuni la patogenia şi tratamentul epididymitelor gonococice. — WEINSTEIN IULIU şi BARANY ANDREI: Tratamntuel abceselor periamigdaliene aplicat în clinica noastră. — GANEA OCTAVIAN: Consideraţiuni asupra apendicitei în graviditate: — SAIDAC: Un preparat nou în tratamentul sifilisului, No. 12/1933.

GRIGORIE BENETATO: Efortul fizic în lumina cercetărilor de laborator. — REMUS I. DOCTOR: Abcesul cerebral rinogen. — AUREL MOGA şi MODEST SIRETEANU: Consideraţiuni auspra stenozei istmului aortic în legătură cu trei cazuri. — I. GASPAR: Ultra-virusul tuberculos. — CONSTANTIN GHEORGHIU: Doctorul Episcopescu şi începuturile scrisului medical românesc. — STOICHIŢA şi WALTER: Un caz de anemie pernicioasă tratat cu extract de ficat injectabil. — S. FUCHS: Tratamentul diabetului simmplu, 1/1934.

Comemorarea Prof. D-r I. CANTACUZINO. — C. TĂTARU şi P. CIRLEA: Consideraţiuni asupra unei dermatoze profeisonale necunoscută în România. — D. MICAHIL: Sarcom primitiv al muşchiului oblicul mic. — AL. POP, N. ONACA şi E. MUREŞAN: Consideraţiuni asupra limfagitei peritoneale şi mezenterice în legătură cu 8 cazuri (II). — GRIGORIE BENETATO: Efortul fizic în lumina cercetărilor de laborator. — ALFRED METZ: Coramina în bolile infecţioase. — AXENTE IANCU: Biroul pentru selecţionarea şi plasarea doicelor. — P. VANCEA: Introducere la studiul Neurologiei oculare, No. 2/1934.

M. KERNBACH: Evoluţia, concepţia şi domeniul actual al Medicinei Legale. — C. STANCA: Contribuţiuni la vitalitatea autogrefelor ovariene. — PETRE RĂMNEANŢU: Mortalitatea în România. — P. VANCEA: Anatomia şi fiziopatologia căilor optice. — GRIGORIE BENETATO: Efortul fizic în lumina cercetărilor de laborator (III). — V. PLĂTĂREANU şi G. NEGRESCU: Anusul vulvar. — ARGHIRIADE C-TIN şi SPOIALĂ TEODOR: Reluarea procedeului Frank-Fisanovici ca tratament operator al varicocelului. — CORNELIU TODEA: Asupra choledocitelor inflamatorii în legătură cu un caz observat în Clinica Medicală. — CARL FLECHTENMACHER (junior): Experienţele de până acum cu narcoza intravenoasă de scurtă durată cu Evipan-sodic. — V. DOGARIU: Asociaţie, Sindicat sau Colegiu medical? No. 3/1934.

* * *

CANCERUL

No. 3 şi 4 | 1933

V. BARONI şi O. COMŞA: Incercări de imunizare antitumorală prin material embrionar la guzganii castraţi. — E. C. CRĂCIUN: Influenţe hormonale şi metabolice asupra desvoltării cancerului de grefă. — C. STANCA şi RUBIN POPA: Contribuţuni la studiul carcinoidelor apendiculare. — CONS-

TANŢA CELARIANU-MITREA: Consideraţiuni practice asupra epiteliomului mamar la femee. — MARIA BENETATO-MODVAL: Adipozitatea şi cancerul. — C. STANCA: Problema cancerului în raport cu cancerul uterin, No. 3/1933.

V. BARONI, O. COMŞIA şi D-na E. BARONI: Influenţa transplantării de ţesut cortico-suprarenal asupra evoluţiei sarcomului experimental. — M. BENETATO-MODVAL şi LEONIDA POP: Influenţa razelor Röntgen asupra colesterinemiei la canceroşi. — IOACHIM STUPARIU şi BULBUCA: Un caz de boala lui Recklinghausen şi carcinom al mamelei. — C. STANCA: Problema cancerului nî raport cu cancerul uterin. — V. BARONI: Congresul internaţională de luptă ştiinţifică şi socială în contra cancerului ţinut la Madrid în Octombrie 1933, No. 4/1933.

* * *

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

No. 1-2, 3-4 | 1933 şi 5-6 | 1934

C. DANIEL: Tratamentul chirurgical al tuberculozei genitale la femee. — V. URSU: Inundaţie peritoneală de origină ovariană. — No. 1—2/1933.

C. DANIEL şi I. OVANEZ: Asupra coexistenţei fibromului cu cancerul Duterin. — L. MAVROMATI: Tratamentul hormonal al hypomenoreelor şi amenoreelor. — C. DANIEL: O vizită la Institutul de Cancer din Paris, No. 3—4/1933.

C. DANIEL: Vaccinoterapia în chirurgia gynecologică. — HECTOR SARAFIDI: Infecţiunile puerperale în practica particulară. — AL. CRAINICIANU: Endocrinologia genitală femenină, No. 5—6/1934.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SOCIETATEA DE GYNECOLOGIE
DIN BUCURESTI

Şedinţele din 12 Martie şi 2 Aprilie 1933

C. DANIEL, A. BABEŞ şi STELLA LĂZĂRESCU: Noi contribuţiuni asupra etiologiei cancerului colului uterin. — AL. ŞOIMARU şi A. SPIREA: Asupra unui caz de kyst dermoid deschis în vagin. — GH. BUZOIANU şi ACIHL DIMITRIU: Perforaţie a uterului prin tentativă de avort. Corp strein intra-uterin; hysterectomie; vindecare. — V. PLĂTĂREANU şi G. NEGRESCU: Consideraţiuni asupra unui caz de anus vulvar. — C. DANIEL şi AL CRAINICEANU: Contribuţiuni la studiul sarcinei extra-uterine. — N. HORTOLOMEI, I. JONESCU-MILTIADE şi T. BURGHELE: Absenţa congenitală a vaginului. Plastie intestinală Baldwin-Mori. Vindecare. (Al şeaselea caz personal). — C. DANIEL, S. GOLDENBERG-BAYLER şi D. CARAMZULESCU: Contribuţiuni la tratamentul metro-anexitelor acute cu clorur de calciu. — C. DANIEL şi GH. PROCOPIE: Contribuţiuni la studiul chloropeniei post-operatorie. — C. STOIAN şi GH. BOGDAN: Epiteliom vegetant al ambelor ovare, No. 1—2/1933.

Şedinţa din 7 Mai 1933

Moartea Profesorului E. JUVARA. — C. DANIEL şi I. FLORIAN: Asupra colaborărei medico-chirurgicale. — AMZA JIANU, DAN THEODORESCU şi B. MENKES: Rectită limfogranulomatoasă; amputaţie abdomino-

perineală; hysterectomie; vindecare. — C. DANIEL, P. PAVELESCU şi D. CARAMZULESCU: Neoplasm al colului uterin şi sarcină. — H. KERN: Asupra unui caz de uter dublu cu sarcină, No. 3—4/1933.

Şedinţa din 4 Iunie 1933

Comitetul pe anul 1933—1934. — Membrii streini. — Statutele societăţii. — C. DANIEL şi S. GOLDENBERG-BAYLER: Asupra tratamentului chirurgical al tuberculozei utero-anexiale. — C. LEONTE: Cordotomia în tratamentul durerilor cancerului inoperabil. — AL. CRAINICIANU: Operaţiunile pe sistemul vegetativ pelvian. — I. PAVEL: Chirurgicalizarea medicului. — S. COHL şi A. SPIREA: Uter didelf cu vagin dublu. — S. COHL şi A. SPIREA: Ruptură traumatică a vaginului (prezentare de piesă), No. 5—6/1934.

* * *

NOUA REVISTA MEDICALA

No. 6, 7-8 | 1933 şi 9, 10 | 1934

TH. LAENNEC et H. KRAUTER: L'oedëme aigu du Poumon au cours de la puerperalité. — L. STROMINGER: La Syphilis comme cause de la lenteur et de la non guérison de certaines complications ostéo-articulaires et génitales de la blennorragie. — ALEXANDER: Paralizia generală infantilă. — A. COLARD şi F. CASPERS: Injecţiunile intravenoase de alcool în supuraţiunile pulmonare netuberculoase. — I. ROORDA: La Prophylaxie de la guerre, No. 6/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

P. PITULESCU: Formolul ca antiseptic biotrop. — P. PITULESCU, A. BAKK şi TRAIAN IONESCU: Tratamentul cu Formol diluat, 2‰—1%, al plăgilor infectate, al adenitelor, traectelor fistuloase, tuberculoase, etc. — DESGEORGES, de VICHY: Du rôle capital de la Bactériémie à point de départ intéstinal dans la pathogénie de la Lithiase Biliaire. — M. SCHACHTER: Quelques considérations sur la physiopathologie des cris des petits enfants et des nourissons. — DAUDÉ-BANCEL: La lutte contre le paludisme. — Le Docteur Roux. — Un gransavant français, Albert Calmette. — BARDELLy: Varia, No. 7—8/1933.

I. WESTFRIED: 1934. — P. PITULESCU: Situ-Hormonoterapia. — P. PITULESCU, A. BAKK şi TR. P. IONESCU: Situ-Hormonoterapie. — C. DANIEL: L'influence français en Roumanie au point de vue social et médical. — P. PITULESCU şi ALEX. BAKK: Asupra valoarei anti-epileptice a preparatului „Donhide". — M. SCHACHTER-NANCY: A propos de la thèse du Doctorat en Médecine. Abolition ou réforme? No. 9/1934.

S. IRIMESCU: Un biologiste génial et un grand humaniste: Le Prof. Jean Cantacuzène. — M. WEINBERG: Seroterapia nî apendicita gangrenoasă şi în peritonită. — C. DANIEL: L'influence française en Roumanie, au point de vue social et médical. — L. STROMINGER: A propos de l'article de Mr. le Dr. Schächter-Nancy. — SARAFIDI: Profesorul Maurice Chevassu. — S. IRIMESCU: Cuvinte rostite la banchetul oferit profesorului Parhon la 16 Februarie 1934, No. 10/1934.

* * *

REV. DE CHIRURGIE

No. 9-10 şi 11-12 | 1933

I. FILIPOVICI şi T. HNIDEI: Una mie două sute operaţii de Apendicită în Estul Europei. — C. MICHIU şi V. NESTOR: Operaţia ankilozantă în morbul lui Pott. — ZEANĂ: Consideraţiuni asupra tratamentului chirurgical al Peritonitei tuberculoase, No. 9—10/1933.

N. HORTOLOMEI, LEON HERŞCOVICI şi T. BURGHELE: Consideraţiuni asupra oportunităţei intervenţiei în pancreatitele acute. — ATH. IANAŞ: Artropatiile hemofilice. — I. FILIPOVICI: Procedeu nou pentru rezecţia ulcerului duodenal cu închiderea simplă a bontului. — T. FIRICĂ: Turburări medulare post-rachianestezice. — TR. HNIDEI: Hemoragiile intraperitoneale din organele genitale femeieşti, izvor de erori în diagnosticul diferenţial cu apendicita, No.11—12/1933.

SOCIETATEA DE CHIRURGIE
DIN BUCURESTI

Şedinţele din 31 Mai şi 14 Iunie 1933

BUTOIANU, RĂDUŢESCU şi TUDOR: Fractură oblică a femurului, osteo-sinteză. — NASTA TR. şi VLĂDESCU: Gastrectomii pentru ulcer. — NASTA TR. şi BLAZIAN: Patru cazuri de dolico-colon. — HORTOLOMEI şi IONESCU MILTIADE: Diverticul vezical. — BACALOGLU, NASTA TR. şi BRĂTESCU: Pancreatită acută. — CHRISTIDI, P. GHEORGHIAN şi FĂGĂRAŞANU: Pancreatită hemoragică, acută. — POENARU-CAPLESCU: Asupra electrocuţiunei. — POENARU-CAPLESCU şi ŢOVARU: Carcinoid al apendicelui. — ŢOPA, CRĂCIUN şi CARAMZULESCU: Cancer primitiv al apendicelui. — GIHŢESCU C., MARINESCU-SLATINA şi POPESCU GR.: Fibrom apendicular. — POPESCU-SEVERIN A.: Invaginaţii intestinale la copil. — ZEANĂ: Molluscum pendulum degenerat. — JIANU AMZA, DAN THEODORESCU şi MENKEŞ: Ulcere gastro-duodenale. — HORTOLOMEI şi IONESCU MILTIADE: Paratiroidectomie pentru reumatism cronic deformant. — DIMITRIU VICTOR: Modificare technică a rezecţiei abdomino-endonală a rectului. — FĂGĂRAŞANU şi TROCMAER: Pancreatită acută edematoasă. — MARIAN I.: Iodul în sifilisul osos. — CHRISTIAN şi POPESCU-BUZEU: Calcul renal, pielonefrită cu stafilococi, abcese corticale. — MARINESCU G., MARINESCU-SLATINA şi I. TEODORESCU: Tumoare tiroidiană a osului frontal fără tumoară primitivă a corpului tiroid. — CHRISTIDI şi GĂDEI ST.: Rachianestezia în morbul lui Pott. — DIMITRIU VICTOR: Semnul lui Ducuing în flebite şi hirudinizarea. — TEODORESCU MARIUS: Drenajul în ulcerele gastrice şi duodenale perforate. — TEODORESCU MARIUS: Fractura spinei tibiale cu luxaţia internă a genunchiului. — PLĂTĂREANU şi NEGRESCU: Tulburări motoare şi sensitive după rachianestezie. — DIMITRIU VICTOR şi STOIA: Sarcom disgenetic a cordonului spermatic. — THEODORESCU DAN şi IONESCU AL.: Pancreatita acută necrotică, No. 9—10/1933.

Şedinţa din 15 Noembre 1933

BRĂTESCU, RACOVEANU şi MOGA: Oto-mastoidită supurată, cu trombo-flebită sinuso-jugulară şi septicemmie cu streptococi. — PAULIAN şi ŞT. POPESCU: Asupra traumatismelor craniene. — MARINESCU G.: Ma-

ladia colului vezical. — MARINESCU G.: Calculi prostatici. — CHRISTIDI şi FĂGĂRAŞANU: Volvulus total al intestinului subţire. — PLATAREANU, POPESCU-CRAIOVA şi PANAITESCU: Hernie lombară. — ŞTEFĂNESCU-GALAŢI şi MOŢOC: Un cas de priapism, No. 11—12/1933.

* * *

REV. DE IGIENA SOCIALA

No. 11, 12 | 1933 şi 1, 2, 3 | 1934

C. BRĂTESCU: Cercetări asupra morbidităţii prin accidente de muncă în câmpul asigurărilor sociale. — C. COTUŢIU: Contribuţiuni la noţiunile de accident şi boală profesională în legătură cu noua lege a asigurărilor sociale. — A. MANOIL: Despre piaţa muncii manuale şi intelectuale. — E. RĂSMERIŢĂ: O anchetă assupra pelagrei în România. — S. GOLIGER: Aportul asigurărilor sociale obligatorii în lupta împotriva maladiilor reumatismale. — P. COSAC: Alimentarea cu apă a oraşului Brăila, No. 11/1933.

G. BANU: Bugetele sanitare judeţene; studiu critic. — R. OLINESCU şi L. BUŞILĂ: Contribuţiuni la capitolul: Tuberculoza la meseriaşii din Bucureşti. — P. RĂMNEANŢU: Şcoala de igienă şi sănătate publică din Baltimore U. S. A. — D. ŢAPOV: Statistica bolilor sociale în mediul şcolar din circumscripţia Mălini, judeţul Baia, No. 12/1933

D. STANCA: Campania antisifilitică în regiunea Cluj între anii 1921—1927. — E. ZAPOROJAN: Vaccinarea antidifterică cu anatoxină Ramon în mediu epidemic. — O. BODASCHER: Instituţii de desinfectare şi deparazitare în aglomeraţiile urbane. — B. ŞAPIRA: Serviciul social în lumina concepţiilor actuale. — C. C. GHEORGHIU: Terapeutica paludismului. — E. RĂSMERIŢĂ: Muzica drept factor terapeutic şi etiologic în patologie. — I. CIOCÂRLAN: Morbiditatea în raport cu sistemul de asigurare. — N. COTOI: Activitatea sanitară din Şimleul-Silvaniei în anul 1933. — M. SCHACHTER: Cum este organizată profilaxia serică a pojarului în Rusia sovietică, No. 1/1934.

G. BANU: In memoria profesorului Cantacuzino. — G. BANU: Bugetele sanitare comunale; studiu critic. — M. CAHANE: Problema asistenţei alienaţilor la noi. Importanţa coloniilor familiare. — V. DEMETRESCU: Rezultatele vaccinării cu B. C. G. în comuna Dumitreşti, jud. R.-Sărat, în anii 1931 şi 1932. — Mişcarea populaţiei României în Septembrie 1933. — I. CIOCÂRLAN: Legiferarea prostituţiei în Jugoslavia şi combaterea traficului de femei şi minori, No. 2/1934.

G. BANU: Consideraţii asupra legislaţiei igienei muncii. — P. NISTOR: Bugetul sanitar al judeţului Braşov. — G. ATANASIU: Rezultatul reacţiei Wassermann şi al reacţiei la tuberculină la copii institutului de surdo-muţi din Timişoara. — C. C. GHEORGHIU: Rezultatele legislaţiei belgiene asupra ocrotirii copiilor abandonaţi şi delicvenţi. — I. CIOCÂRLAN: Corelaţia între sifilis şi tuberculoză, privită din punct de vedere medico-social. — B. DRĂCEANU: Activitatea Uniunii internaţionale a oraşelor şi autorităţilor locale, No. 3/1934.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REV. ROMÂNA DE OTO-RINO-LARING. BRONCHO-ESOFAGOSCOPIE

No. 1 | 1934

Cuvânt înainte. — MEŢIANU şi I. ŢEŢU: Consideraţiuni în legătură cu indicaţiile medico-chirurgicale ale tracheo-bronchoscopiei. — I. DAVID (Galaţi): Dur-merita. — V. BRATESCO et V. RACOVEANO: Oto-mastoidite suppurée (opérée). Trombo-phlébite sinuso-jugulaire (opérée) et septicémie streptococique. Guerisson. — NEUMAN-WIENA: Tromboza golfului jugular No. 1/1934.

* * *

REV. SANITARA MILITARA

No. 11, 12 | 1933 şi 1, 2 | 1934

ZAMFIR C.: Tensiunea arterială medie. (Importanţa sa în clinică). — STOIAN EMIL: Tratamentul blenoragiei în lumina practicei actuale. — KLEIN DESIDERIU: Boli generale ale organismului din cauze dentare. — ILIE DUMITRU: Gazele de luptă. (Urmare). — Sommaires des articles originaux. — I. SAIDAC şi NICHITA V.: Raport ştiinţific asupra mersului Serviciilor din Sanatoriul pentru Ofiţeri „Elena Eraclide născută Stârcea". — GH. ANGELESCU (Iaşi): Dare de seamă asupra activităţii serviciului O. R. L. din Spitalul Militar Iaşi, pe anii 1930—31. — BRAHU, POPA V. şi PIUARIU C.: Dare de seamă ştiinţifică asupra activităţii chirurgicale din Spitalul Militar Satu-Mare, pe anii 1930—32, No. 11/1933.

BĂLĂNESCU, ZAMFIR şi DUMITRESCU-POPOVICI: Cercetarea chimismului gastric la tuberculoşi. — GH. PÂRVULESCU: Epiteliomul cornos al pielei. — N. MANU şi C. ZAMFIR: Consideraţiuni asupra unui caz de persistenţă simplă a canalului arterial. — CIORAN S. şi SIMA C.: Un caz rar de fractura lui Monteggia cu luxaţia posterioară a radiusului. — Sommaires des articles originaux. — ILIESCU C.: Dare de seamă asupra lucrărilor celei de a 3-a comisiuni de standardizarea materialului sanitar dela Geneva în 1933. — ILIE DUMITRU: Gazele de luptă, No. 12/1933.

C. D. CONSTATINESCU şi N. MANU: Boala reumatismală considerată din punct de vedere medico-militar. — BRĂTESCU, STOIAN, BRATAŞANU şi PÂRVULESCU: Oto-mastoidită stg. cu abces cerebelos. — C. STOIAN şi N. GH. POPESCU: Contribuţiuni la studiul parotiditei post-operatorii. — C. ZAMFIR şi GROZEANU: Asupra unui caz de dextrocardie cu heterotaxie. — V. BISTRICEANU: Contribuţiuni la studiul histo-patologiei gliomelor şi paragliomelor nevraxiale. — I. V. VINTICI: Falşe imagini de calculi uretrali. — Sommaires des articles originaux. — I. BĂLĂNESCU: Cauza morţei lui Napoleon, No. 1/1934.

Moartea Profesorului Ion Cantacuzino. — NOICA D. şi PÂRVULESCU: Sindromul cerebelos în cursul traumatismelor craniului. — ZINVELIU C. şi ILIESCU C.: Un caz de chist hidatic pulmonar simplu. — I. GAŞPAR: Propaganda infecţiunei tuberculoase la pulmoni pe calea limfatică cervicală şi mediastinală. MUNTEANU V.: Importanţa modificării complexelor electrocardiografice în diagnosticul afecţiunilor myocardului. — I. V. BISTRICEANU: Contribuţiuni la studiul histo-patologiei gliomelor şi paragliomelor nevraxiale.

— ILIE DUMITRU: Gazele de luptă. (Urmare). — Sommairres des articles originaux. — GILORTEANU I.: Evoluţia şi achiziţiunile Chirurgiei în anul 1933. — RADIANU GH.: Observaţiuni din activitatea Spitalului Militar Alba Iulia dela 1 Ianuarie 1928—Decembrie 1933, No. 2/1934.

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

No. 9, 10, 11, 12 | 1933 şi 1, 2 | 1934

D-r Emile Roux. — D-r Albert Calmette. — C. ILIESCO, POPESCO et BIBESCO: Étude de l'influence des eaux minerales iodurées et sulfureuses de Govora sur la pénétration des agents anti-syphilitiques par les barrières hemato-encéphaliques. — ION C. STOIA şi PAUL STANCIULESCU: Studiu anatomo-clinic al cancerului primitiv pulmonar. — GAVRILĂ: Frecvenţa paraliziilor postdifterice în ulitmul timp. — A. RADOVICI şi M. SCHACHTER: Tratamentul atropinic al stărilor parkinsoniene. — N. GINGOLD: Problema hormonilor cardiaci. — V. TEMPEA: Nevritele toxice cochleo-vestibulare, No. 9/1933.

N. HORTOLOMEI şi TRAIAN KATZ-Galaţi: Contribuţiuni la studiul roentgenologic al stricturilor uretrale. — A. DIMOLESCU: Cercetări asupra modificărilor sindromului post-puncţional şi a stărilor cenestezice anormale. — ŞERBAN BRĂTIANU şi TRAIAN KATZ-Galaţi: Contribuţiuni la studiul fixărei antisepticilor urinare la nivelul epididymului. — G. Z. PETRESCO: Les dernières épidémies de peste dans les pays Roumains au XVIII-e et au XIX-e siècle. — SĂRĂŢEANU EM. FL.: Reacţiunile serologice rezistente la tratamentul antisifilitic, No. 10/1933.

I. I. NITZESCU, G. POPOVICI et R. OPREANU: Bilan du calcium et du phosphore chez les enfants au régime a base de maïs. — I. PAVEL şi I. RADVAN: Cercetări asupra diastazuriei. — D. HAGIESCU, N. D. BANU şi L. BOCA: Calcificări pleurale. — I. STOIA şi P. STANCIULESCU: Endocardită maligně ulcero-vegetantă de natură gonococică. — A. URBEANU: Principiul materiei minerale statice aplicate la studiul vieţei, No. 11/1933.

I. MARCU: Contribuţiuni la geneza ritmicităţei circulatorii. Un fenomen hidrodinamic de rezonanţă. — TH. MOISESCU: Efectele pneumotoraxului therapeutic. — I. JOVIN: Starea actuală a tratamentului cu raze în cancerul sânului. — C. ZAMFIR: Tensiunea arterială medie şi importanţa sa în Clinică. — Al 4-lea Congres naţional de chirurgie, urologie şi obstetrico-ginecologie, No. 12/1933.

D. DANIELOPOLU: Necrolog: Profesorul Ion Cantacuzino (Date biografice şi bibliografice). — I. BĂLĂNESCU, D. ZAMFIR, S. OERIU şi I. STANCESCU: Contribuţiuni la studiul calciului, fosforului şi colesterinei în evoluţia tuberculozei pulmonare. — G. CALALB şi C. BONCIU: Intoxicaţiile alimentare. — NISTOR DUMITRESCU: Un caz de leucemie acută post-scarlatinoasă. — G. Z. PETRESCO: Les dernières épidémies de Peste dans les pays roumains au XVIII-e et au XIX-e siècle, No. 1/1934.

L. STROMINGER: Raporturile dintre colibaciloza urinară şi diversele afecţiuni organice ale aparatului urinar, — NOICA şi I. LUPULESCU: Encefalita epidemică cronică, forma psihică. — DAGHIE VASILE: Splenectomiile

în clinica chirurgicală. — N. COVALI: Despre abcesele şi flegmoanele peretelui abdominal. — P. COSAC-Brăila: Campania antimalarică în România 1931—1932. — SCHACHTER: Despre Facultatea de medicină din Nancy. No. 2/1934.

* * *

ROMÂNIA MEDICALA

No. 15—16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 şi 24 | 1933
1, 2, 3 şi 4 | 1934

D-ri P. TOMESCU, AL. VASILESCU şi I. IONESCU-BUCŞANI: Sindromul catatonic prin insuficienţă ovariană. — D-r I. CERNA: Note de dermatologie practică: Tricofiţiile, No. 15—16/1933.

D-r M. MANICATIDE: Variola-Epidemiologie, Etiologie, Tablou clinic şi patogenie. — D-ri IULIA IUSTER-GOTTLIEB şi FILIP GOTTLIEB: Contribuţiuni clinice, experimentale şi terapeutice cu privire la maladia Nicolas şi Favre. — D-r C. STAMATIU: Rivanolul în tratamentul infecţiunilor grave şi al septicemiilor, No. 17/1933.

D-ri G. MARINESCU şi A. KREINDLER: Incercări de terapie în schizofrenie cu extract de plex choroid. — D-ri IACOBOVICI şi POP: Sifilisul într'un serviciu de chirurgie. — D-r D. BAGDASAR: Nevralgia Trigemenului. O modificare în technica alcoolizărei ganglionului lui Gasser. — D-r D. SCHOR: Formula Read şi metabolismul bazal, No. 18/1933.

D-r I. IACOBOVICI: Simpaticotomie inter-lombo-sacrată în tulburările circulatorii ale membrelor inferioare. Operaţia lui Danielopolu. — D-ri GR. LAZARESCU şi G. ANDREOIU: Ocluzia intestinală acută consecutivă drenajului suprapubian pentru sarcină extrauterină ruptă. — D-r NICOLAE BLATT: Este posibil a influenţa sau chiar a vindeca Nystagmusul prin intermediul unei intervenţii chirurgicale? — D-r S. SPATARENCO: Pelagrizarea populaţiei rurale, No. 19/1933.

D-r M. MANICATIDE: Tratamentul turburărilor de nutriţie. — D-ri PETRE ŢOPA, D. CARAMZULESCU şi G. T. DINISCHIOTU: Asupra unui caz de comoţiune medulară. — D-r SAIDAC: Contribuţiuni la tratamentul sifilisului cu Casbis, No. 20/1933.

D-r N. STOICHIŢA: Tratamentul pleureziilor purulente tuberculoase. — D-ri STATE DRAGANESCU şi E. FAÇON: Manifestaţiuni nervoase consecutive gripei. — D-ri MEDEEA NICULESCU şi IOANIN LUPESCU: Stock-vaccinul în inflamaţiunile de origine genitală. — D-r VICTOR DIMITRIU: Concepţii patogenice şi tratamentul patogenic al septicemiilor şi flebitelor. — D-r VINTILA I. ION: Contribuţiuni terapeutice la acţiunea Rivanolului. — D-r HORIA PROCOPIU: Eserina în ocluziile intestinale, No. 21/1933.

I. BĂLĂCESCU: Cuvântare introductivă. — I. IACOBOVICI: Lecţiune inaugurală. — E. LAZEANU: Consideraţiuni asupra tratamentului arteritelor obliterante prin radiotherapia capsulelor suprarenale. — AL. BĂDESCU: Semne de ruptura sarcinei extrauterine cu hemoragie intra peritoneală. — DANIELOPOLU: Aplicarea practică a noului sistem de asigurări. — P. TOMESCU: Proectul de lege pentru îngrijirea alienaţilor, No. 22/1933.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

N. HORTOLOMEI şi TRAIAN KATZ-GALAŢI: Valoarea şi indicaţiunile radiografiei uretrei şi a glandelor anexe. — VICTOR DIMITRIU: Concepţii patogenice şi tratament patogenic al septicemiilor şi flebitelor. — LALU: Ernest Juvara (Amintire). — P. TOMESCU: In faţa unei noui guvernări sanitare. — I. APOSTOLESCU: Contribuţiuni de organizare sanitară, — cu prilejul înfiinţărei unui dispensar de higienă socială în judeţul Dâmboviţa, No. 23/1933.

N. HORTOLOMEI şi TRAIAN KATZ-Galaţi: Contribuţiuni la studiul uretrografiei în rupturile uretrei. — GH. TUDORANU: Câteva date noi asupra fiziopatologiei eritronului. (Globulul roş şi precursorii lui). — D. GHIMUŞ: Radiotherapia în afecţiunile inflamatorii acute şi subacute. — ZANNE şi ORNSTEIN-STREJA: Un caz de vezică tabetică. — TH. MOISESCU: Pneumotoraxul terapeutic bilateral. — ALEXANDRU TOCILESCU: Auroterapia în tuberculoza pulmonară, No. 24/1933.

AMZA JIANU, THEODORESCU şi C. CRIVEANU: Artropatiile hemofilice. — DUMITRU HAGIESCU: Se poate vorbi de terapeutica de recalcifiere în tuberculoza pulmonară? Necesitatea de adaptare a terapeuticei calcice la noile concepţiuni. — M. PLATAREANU şi GH. NEGRESCU: Consideraţiuni asupra turburărilor senzitivo-motorii spinale, după rachianestezie. — ACHIL DIMITRIU: Contracturi tetaniforme după rachianestezie. — I. CANTACUZINO: Schiţa unei profilaxii ştiinţifice a tuberculozei, No. 1/934.

S. NICOLAU: Rolul allergiei în patologia pielei. Consideraţiuni patogenice şi îndrumări terapeutice. — MARIUS TEODORESCU şi NEAGU: Sindrome vagale multiple datorite herniei epigastrice. — O. MILLIAN: Angina difterică pseudo-flegmonoasă. — I. MIHALOVICI şi A. MOSCOVICI: Tratamentul pielitelor colibacilare prin injecţii intravenoase cu amphotropină, No. 2/1934.

N. GHEORGHIU, VIRGIL IONESCU, G. VINTILĂ şi NATALIA AVRAM: Tratamentul unor turburări funcţionale ovariene (amenoree şi dysmenoree) prin injecţii cu urină de femee gravidă. — I. JOVIN: Impresii dela Congresul internaţional de Cancer. — M. SCHAECHTER: Despre Hepato-Spleno-Gastro-Terapia asociată în practica medicală. — L. VAIAN: Medici şi pseudo-medici pe tronul principatelor româneşti. — M. KERNBACH: Unificarea legislativă şi medicina legală politică, No. 3/1934.

In memoria Prof. D-r Cantacuzino C. IONESCU-MIHĂEŞTI: Omul şi opera. — M. CIUCĂ: Activitatea Prof. Cantacuzino în domeniul igienei şi medicinei preventive în ţară şi în cadrul organiz. internaţ. de igienă. — ALEXANDRU B. CIUCĂ: Profesorul Cantacuzino şi medicina veterinară. — D. COMBIESCU: Din opera ştiinţifică a Profesorului D-r I. Cantacuzino. — S. IRIMESCU: Un ideolog social şi un idealist politic: Profesorul I. Cantacuzino. — ZOTTA: Profesorul I. Cantacuzino ca naturalist. — M. NASTA: Profesorul şi şeful de şcoală. — CONSTANTIN SUHĂŢEANU: Profesorul Cantacuzino şi serviciul sanitar al armatei, No. 4/1934.

G. PROCA: Invăţământul şi aplicaţiile igienei. — GH. TUDORANU: Consideraţiuni asupra anemiilor nepernicioase. — CONST. C. CHIRICESCU: Institutul clinico-oftalmologic din Spitalul Colţea, No. 5/1934.

Biblioteca Centrală Universitară "Carol I" Bucureşti

C. BACALOGLU şi G. T. DINISCHIOTU: Consideraţiuni cu privire la progresele recente în terapeutica anemiilor pernicioase. — P. TOMESCU şi I. IONESCU-BUCŞANI: Efectele terapeutice ale Harminei în catatonie. — L. MAVROMATI: Hormonoterapia în insuficienţele ovariene, No. 6/1934.

I. IACOBOVICI şi I. I. GRIGORESCU: Gazul bioxid de carbon — CO_2 — în chirurgie. — ELENA PUŞCARIU: Când poate apărea oftalmia simpatică. Vindecarea ei. — E. ŢEPOSU: Evoluţia medicinei în orientările ei actuale. — MARIN ENĂCHESCU: Cum se calculează un regim, No. 7/934.

* * *

SIBIUL MEDICAL

No. 1 şi 2 | 1934

I. STOICHIŢIA: Cuvânt înainte. — GH. PREDA: Câteva date asupra imperfecţiunei creerului nostru şi a mijloacelor prin care s'ar putea înlătura. — O. FILIPESCU: Rezultatele operatorii în cancerul stomacal. — I. STOICHIŢIA şi C. MANTA: Pericardita cu exudat ca singura manifestare în cursul boalei reumatismale. — H. TĂNĂSESCU: Infecţia colibacilară şi graviditatea. — I. STOICHIŢIA: Asociaţie sau Colegiu? — I. COSMA: Observaţii asupra raportului lunar model 301. — M. MANTA: Apel către surorile de ocrotire, No. 1/1934.

O. FILIPESCU: Intervenţiile chirurgicale în Basedow. — M. CAPITANOVICI, DUMITRESCU şi ROŞCA: Tratamentul supuraţiunilor pulmonare prin injecţiuni intravenoase de alcool. — L. IONAŞIU şi C. LUNGU: Puncţia rachidiană repetată în tratamentul schizofreniei. — I. STURZA: Ghiaţa naturală cu focar de infecţie, în epidemia de febră tifoidă din Sibiu, la anul 1932. — C. MANTA şi R. MOGA: Consideraţiuni asupra pietrelor pulmonare. — H. TĂNĂSESCU: Accidente consecutive administrărei de extract hypophyzar în arturaţie. — L. IONAŞIU şi C. LUNGU: Contagiune psihică (Folie à deux). — I. GHIZDAVU: Un caz de erizipel complicat cu septicemie supraacută. — M. LUPAŞ: O instituţie sanitară rurală: „Casa de Ocrotire Regele Carol II" Săliste. — I. COSMA: Observaţii asupra raportului lunar model 301. — M. CAPITANOVICI: Publicul şi medicina. — I. COSMA: Mişcarea populaţiei în jud. Sibiu în luna Ianuarie 1934. — I. STOICHIŢIA: Importanţa şi necesitatea Instituţiei Surorilor de Ocrotire, No. 2/1934.

* * *

SPITALUL

No. 11 | 1933 şi 1, 2 | 1934

TRAIAN NASTA, AL. C. BORCESCU şi M. CORNEANU: Contribuţiuni la diagnosticul perivesceritelor consecutive afecţiunilor tubului digestiv. — TEODOR FIRICĂ: Două cazuri mortale de embolie grăsoasă postoperatorie. — THEODOR DUMITRESCU şi D-TRU DUMITRESCU: Recidivă tetanică la şease luni după tetanosul iniţial. — GALACTION NAŞCU: Două cazuri de fractură închisă complicată. — I. RADVAN: Studiul lipazelor sanguine în diagnosticul pancreatitelor, No. 11/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. ANGELESCU şi G. BUZOIANU: Conduită technică operatorie pentru hernii inghino-scrotale însoţite sau nu de hidrocel. — DEM. EM. PAULIAN şi C. I. FORTUNESCU: Contribuţiuni la studiul paraliziei difterice. — WALTER: Câteva fapte şi consideraţiuni relative la un caz de leucemie mielogenă chronică. — M. ALEXANDROV: Neosalvarsanul în tratamentul febrei tifoide. — S. CIOMAC şi TITI NICULESCU: Asupra unui caz de limfosarcom cervical primitiv. — ION I. SIMIONESCU: 1933 într'un Spital mixt, No. 1/1934.

I. IACOBOVICI şi I. I. GRIGORESCU: Contribuţiuni la studiul platyspondyliilor. — ION I. SIMIONESCU: Tratamentul curatif al tetanosului în legătură cu 17 cazuri clinice. — D. HAGIESCU, I. STOIA şi P. STĂNCIULESCU: Granulie pulmonară afebrilă-ciroză atrofică a ficatului. — FIRICA TH.: Ureter dublu unilateral cu ureter bifid opus. — V. M. PLĂTĂREANU, G. POPESCU-CRAIOVA şi GH. PANAITESCU: Consideraţiuni asupra herniilor lombare. — AT. IANAŞ şi N. HODOŞ: Consideraţiuni asupra mortalităţii în tuberculozele chirurgicale, tratate în climat maritim. — M. CORNEANU: Tubajul duodenal. (Technică: valoarea sa în chirurgie), No. 2/1934.

* * *

TRIBUNA MEDICALĂ

No. 2—3 | 1933

D-r STR.: Nevoia sindicalizării. — Aspectele crizei profesionale. — D-r P. STROESCU: Problema dentară în România. — D-r MARIUS POPESCU: Problema asistenţei şi asigurării corpului medical. — D-r V. MOISESCU: Ocrotirea medicului. — D-r G. BARDELLY: Consideraţiuni economice generale şi profesionale, No. 2—3/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Conferinţele asupra „Actualităţilor Medicale" organizate de Asociaţia Docenţilor de la Facultatea de medicină pe anul 1934

Joi 8 Februarie: Profesor D-r ESTANISLAO LLUESMA (Madrid): Facteurs psycho-végétatifs du prognostic chirurgical. — **Vineri 16 Februarie:** D-r AUREL STROE: Formele clinice ale scarlatinei din punct de vedere clinic, biologic, prognostic şi tratament. — **Joi 22 Februarie:** D-r DIMITRIE IONESCU: Turbarea la om şi animale în lumina noilor cercetări. — **Vineri 2 Martie:** D-r ŞERBAN BRATIANU: Histopatologia maladiilor de sistem văzută prin prisma fiziologiei sistemului reticulo-endotelial. — **Joi 8 Martie:** D-r OSCAR SAGER: Achiziţiuni noi în domeniul fiziologiei sistemului nervos. — **Vineri 16 Martie:** D-r FILIPOVICI (Cernăuţi): Pancreatita acută în lummina contribuţiei chirurgilor germani. — **Joi 22 Martie:** D-r JULES NITZULESCU (Iaşi): Cauzele pelagrei în lumina cercetărilor actuale. — **Vineri 30 Aprilie:** D-r C. GHIŢESCU: Chirurgia turburărilor circulatorii ale membrelor inferioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Al 2-lea Ciclu de Coloquii organizat de Asociaţia Docenţilor dela Facultatea de Medicină din Bucureşti pe anul 1934

Coloquiul I-iu Vineri 11 Mai: D-r SLOBOZEANU H.: Simptomatologia şi tratamentul hemoragiilor cerebrale la noii născuţi. — D-r BLUMENTHAL M.: Leucoplaziile bucale. — D-r DUMITRESCU DORIN: Tratamentul chirurgical al fibromului uterin. — D-r JOVIN I.: Tratamentul prin raze al fibromului uterin.

Coloquiul II-lea Vineri 18 Mai: D-r COMBIESCU: Analiza serică calitativă în febra tifoidă. — D-r MILIAN O.: Cum tratăm astăzi difteria? — D-r BAZGAN I.: Tratamentul preventiv şi curativ al boalei serului. — D-r GRIGORESCU D.: Mijloace terapeutice în scleroza în plăci.

Coloquiul III-lea Vineri 25 Mai: D-r GEORGESCU MARIUS: Chestiunea avortului. — D-r HAGI PARASCIV ARDEAL: Aplicaţiile insulinei în afară de diabet. — KAUFFMANN-COSLA O.: Date noi în tratamentul diabetului zaharat. — D-r BISTRICEANU I.: Unde scurte şi ultra scurte în practica medicală. —

Coloquiul IV-lea Joi 31 Mai: D-na D-r NICULESCU MEDEA: Diagnosticul biologic al sarcinei. — D-r FOTIADE V.: Otitele medii la sugari.

— D-r DIMITRIU C. C.: Importanţa chimismului gastric pentru diagnosticul ulcerelor gastro-duodenale.

Coloquiile vor avea loc în Amfiteatrul mare al Spitalului Colţea, ora 9 seara.

* * *

Al 3-lea curs de informaţiuni pentru medicii doritori a se specializa în controlul Educaţiei fizice şi sporturilor, 4—20 Iunie 1934

Scopul cursului este de a familiariza pe viitorul medic al societăţilor sportive, pe medicul militar şi pe medicul şcolar, cu practica exerciţiilor fizice, şi a-i da cunoştinţele privitoare la influenţa fiziopatologică a efortului asupra organismului.

Programul se compune, în afară de gimnastică, atletism, jocuri sportive, demonstraţiuni de scrimă, box, etc., din conferinţe ce vor interesa:

1) Teoria şi metodele educaţiei fizice;

2) Influenţa efortului asupra funcţiunilor organismului;

3) Indicaţiile şi contra indicaţiile exerciţiilor fizice în patologie.

Lucrări practice de antropometrie, masaj sportiv şi examenul medical al sporturilor, vor complecta programul.

Locurile sunt limitate. Taxa de înscriere este de 200 lei.

Frecvenţa regulată este obligatorie.

Medicii din provincie vor avea înlesniri de întreţinere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Orice alte informaţiuni se vor cere la O.N.E.F. Serv. Medical (D-r Adrian Ionescu) 12, str. Maior Ene, Bucureşti, IV şi la Biuroul de informaţii O.N.E.F. Bucureşti, I, Pasagiul Victoriei, 3.

Luni 4 Iunie: Deschiderea cursurilor. Ora 9—10,15 Prof. D-r NIŢESCU: Schimburile nutritive în exerciţiul fizic. — Ora 10,30—11,15 Col. D-r I. LASCAR: Activitatea medicului în domeniul educaţiei fizce şi sporturilor. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCAR: Masaj, fiziologie, indicaţii şi contraindicaţii.

Marţi 5 Iunie: Prof. PREISNER: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Atletică uşoară. — Ora 9,30—10,15 Prof. D-r C. MICHĂILESCU: Fiziologia contracţiei musculare. — Ora 10,30—11,15 Asist. V. ROŞALĂ: Sisteme şi metode de educaţie fizică. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Masaj practic, general, regional, local; higienic şi terapeutic.

Miercuri 6 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Atletică uşoară. — Ora 9,30—10,15 D-r PETRE LAZĂR C.: Organizarea raţională a concursurilor şcolare. — Ora 10,30—11,15 Asist. I. MIHĂILĂ: Gradarea efortului în programele de educaţie fizică. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Masaj practic; masaj în sport; auto-masajul.

Joi 7 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Atletică uşoară. — Ora 9,30—10,15 Doc. D-r TEITEL-BERNARD: Fiziologia oboselii musculare. — Ora 10,30—11,15 D-r ADRIAN IONESCU: Criterii de aprecieri a valorii fizice individuale. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Aplicaţiuni practice de antropometrie.

Vineri 8 Iunie: Participare la deschiderea expoziţiei educaţiei fizice şi la sărbătorirea zilei sporturilor.

Sâmbătă 9 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică. — Ora 8,30—9,15 Atletism. — Ora 9,30—10,15 Docent D-r STATE DRĂGĂNESCU: Accidente nervoase în sporturi. — Ora 10,0—11,15 D-r TELIA (Cluj): Examenul medical al sporturilor. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Aplicaţiuni practice de antropometrie.

Duminecă 10 Iunie: Ora 7,30—12,30 Excursie la Snagov.

Luni 11 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Demonstraţie de scrimă. — Ora 9,30—10,15 Prof. D-r HORIA DUMITRESCU: Tipul constituţional nî sporturi. — Ora 10,30—11,15 D-r A. STRUGURESCU: Despre atitudine. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Alcătuirea unei fişe individuale.

Marţi 12 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Demonstraţie de box. — Ora 9,30—10,15 Conferenţiar D-r E. CRĂCIUN: Alimentaţia în efort. — Ora 10,30—11,15 F. MILCU: Influenţa exerciţiilor fizice asupra glandelor endocrine. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Alcătuirea fişei individuale.

Miercuri 13 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Demonstraţie de jocuri sportive. — Ora 9,30—10,15 Conferenţiar D-r I. PAVEL: Influenţa exerciţiilor fizice asupra turburărilor de nutriţie. — Ora 10,30—11,15 Conferenţiar D-r Saragea: Ritmul cardiac şi tensiunea arterială în efort. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r I. LASCĂR: Controlul medical al sportivilor (aplicaţiuni pe teren).

Joi 14 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică; Ora 8,30—9,15 Demonstraţie de jiu-jitsu. Ora 9,30—10,15 D-r L. ALEXIU: Respiraţia în efort. — Ora 10,30—11,15 Conferenţiar D-r POPER: Patologia pulmonară şi efortul fizic. — Ora 11,30—12,15 Col. D-r LASCĂR I.: Aplicaţiuni în teren de control medical al sporturilor.

Vineri 15 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică. — Ora 8,30—9,15 Prof. D-r R. OLINESCU: Igiena exerciţiilor fizice. — Ora 10,30—11,15 Conferenţiar D-r ŢEŢU:: Afecţiunile de nas, gât şi urechi în educaţia fizică. —

Sâmbătă 16 Iunie: Ora 7,30—8,15 Gimnastică. — Ora 8,30—9,15 Agregat D-r P. TOMESCU: Influenţa exerciţiilor fizice asupra psihicului normal şi patologic. — Ora 9,30—10,15 D-r COVACIU-ULMEANU— Contra indicaţiile exerciţiilor fizice. — Ora 10,30—12,30 Inot (Basinul Lido).

Duminecă 17 Iunie până **Miercuri 20 Iunie,** participare la congresul educaţiei fizice. — Conferenţiază Prof. NIŢESCU: Date noui în fiziologia musculară. — Prof. HAŢIEGANU: Educaţia fizică femenină şi educaţia fizică în universităţi (cu proecţiuni). — Prof. KIRIŢESCU, D-r MANUILĂ, Col. D-r. LASCĂR: Subiecte rezervate

* * *

Bursa de Studii la Institutul Benito Mussolini la Roma

Uniunea Internaţională contra tuberculozei din Paris, comunică următoarele:

Reamintim guvernelor şi Soc. Naţionale, membrii ai Uniunei, că Federaţia Naţională fascistă pentru lupta contra tuberculozei pune la dispoziţia

Uniunei Internaţionale pentru lupta contra tuberculozei, 6 burse de studii la Institutul B. Mussolini la Roma.

Condiţiunile sunt următoarele:

Bursele puse la concurs, în valoare de 6000 lire fiecare, plus hrana şi locuinţa, trebue să servească Institutului B. Mussolini la Roma.

Timpul şederei se va repartiza în timpul anului universitar dela 15 Noembrie la 15 Iulie, adică 8 luni întrerupte de vacanţele obişnuite.

Bursierii sunt obligaţi să locuiască la Institut.

Bursele vor fi acordate de preferinţă tinerilor medici deja familiarizaţi cu problemele tuberculozei şi cari ar dori să se perfecţioneze în această branşă.

Publicaţiunile rezultând din aceste lucrări vor putea fi plătite parţial sau total de Institut.

Decernarea acestor burse are loc regulat în sesiunea de vară a Comitetului executiv care se va întruni acest an cu ocazia Conferinţei dela Varşovia, Luni 3 Septembrie 1934 orele 10 dim. Numele candidaţilor acompaniate de informaţiuni asupra vârstei, titlurilor, experienţei profesionale, etc. trebue să sosească la sediul Secretariatului în B-dul St. Michel No. 66, înainte de 1 August 1934.

Nici o propunere de candidaturi nu va fi luată în seamă dacă nu este transmisă Comitetului Executiv de un guvern sau de un membru al Uniunei.

* * *

Cursul de perfecţionare ce se va ţine în August 1934, în Elveţia

Asoc. Intern. a Spit. din Berna şi Lucerna ne comunică:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incă dela ultimul său congres ţinut la Knoche (Belgia), Asociaţia Internaţională a Spitalelor a decis că, cursul de perfecţionare pentru anul 1934, se va ţine în Elveţia.

Ne permitem să vă reamintim această deciziune şi vă informăm că acest curs va fi organizat de Asociaţia Naţională a Aşezămintelor Spitaliceşti din Elveţia, în înţelegere cu Comitetul executiv al Asociaţiei Internaţionale a Spitalelor. Cursul va avea loc dela 15 la 23 August 1934 şi va fi urmat de un voiaj de studii de o durată de 5 zile în Cantonul Grison.

D-l Consilier federal Mexer, şeful departamentului interior, a binevoit să primească preşedenţia de onoare a acestei manifestaţiuni.

A. **Zile preliminare:**

12 August: Şedinţa comisiunei de studii la Bâle. — **16 August:** Conferinţe: Planul de amenajament şi extensiune a Spitalului municipal din Bâle. Vizită la Nouă Maternitate. Plecare pentru Zürich. — **17 August:** Conferinţe: Planul de extensiune al Spitalului Cantonal din Zürich. Vizită la Spitalul din Neumünster şi la Clinica de pediatrie. Excursie pe lacul din Zürich. Plecarea pentru Lucerna. — **18 August:** Conferinţe: Planul de amenajare şi extensiune a spitalului cantonal din Lucerna. Vizita acestui stabiliment şi a Sanatoriului Sta-Ana şi Sonnmalt. Excursiune pe lacul celor patru cantoane. Masa. Plecarea pentru Berna.

B. **Cursul pentru perfecţionare din Berna şi Leysin:**

19 August: (Berna) Orele 10—14: Deschiderea cursului. Conferinţe. Ora 14: Banchet oficial. Ora 16: Vizita oraşului Berna şi excursie la Gurten. — **20 şi 21 August:** Orele 9—13: Conferinţe şi discuţiuni. După masă:

Vizita oraşului Berna. — **22 August:** Orele 9—13: Conferinţe. După masă: Plecare pentru Leysin. — **23 August:** Primirea la Leysin de către Profesorul D-r Rollier. Conferinţe şi vizite. Inchiderea cursurilor conferenţiarilor.

Numele conferenţiarilor vor fi comunicate ulterior. Ei vor fi din reprezentanţii calificaţi ai autorităţilor federale şi cantonate, ai universităţilor şi diverselor spitale.

In timpul cât ţine cursul la Berna va avea loc o mică expoziţie ştiinţifică şi industrială, unde se va putea vedea planuri de spitale şi modele de instalaţiuni precum şi produsele industriale cele mai recente în domeniul îngrijirei bolnavilor.

C. **Programul de voiaj de studii în Cantonul Grisons, ca urmare a cursului de perfecţionare:**

23 August: Plecarea pentru Brigue. — **24 August:** Traversarea peste Furka şi l'Oberalp; oprire la Coire; plecarea pentru Arosa. Seara reuniune familiară la Kursaal. — **25 August:** Cuvântări asupra proectului construcţiei Spitalului cantonal făcut de D-r Fonio, privat-docent. Cuvântări asupra Arosa de D-r Gähwyler. Vizite. Masă. Plecarea pentru Davos. Seara: reuniune familiară la Kursaal. — **26 August:** Vizita spitalului şi a câtorva sanatorii. Excursii la Parsenn. Masă. Plecarea pentru Schuls, asupra Fluela. — **27 August:** Cuvântarea D-rului Enderlin. Vizite la Schuls şi Tarasp. Masă. Plecarea spre St. Moritz. — **28 August:** Vizita bailor de sub direcţiunea D-rului Bernhard. După masă: excursii la Corviglia şi la Mouttas-Muraigl, şi vizita muzeelor. Inchiderea voiajului de studii.

De pe acum atragem atenţiunea D-voastră asupra faptului că cele 3 secţiuni A. B. şi C. ale programului sunt independente unul de altul. Participanţii vor avea libertatea de a se înscrie pentru secţia pe care şi-o alege. Hărţi zilnice asemenea sunt puse în vânzare.

Biblioteca Universitară "Iuliu Maniu" | Babeş-Bolyai University Library Cluj

Pentru orice informaţiune complimentară rugăm a se adresa biroului Verka, Obergrundstrake 13, Lucerna (telefon 21.193).

Ultimele informaţiuni vor apare deasemenea în revistele Nosokomeion şi Veska.

Preşedinte, D-r **G. von Deschwanden.**

Directorul Spitalului Cantonal, **Lucerna.**

Directorul Spitalului de l'Ile (Berna), D-r **Hans Frey.**

* * *

Congresul Internaţional de Medicină aplicat la Educaţia Fizică şi Sporturi

In zilele de 3, 4 şi 5 Septembrie 1934, va avea loc la **Chamonix** un Congres Internaţional de medicină aplicată la educaţia fizică şi sporturi, sub preşidenţia Prof. PAUL CARNOT. Organizat de Prof. LATARJET. Congresul va avea următoarele secţiuni: **Biologie, Medicină şi pediatrie, Chirurgie şi ortopedie, Educaţia fizică şcolară şi postşcolară şi Medicină sportivă.**

Rapoartele ce se vor discuta privesc:

1) Standardizarea fişei biometrice sportive.

2) Controlul medical al educaţiei fizice şi al sporturilor.

3) Indicaţiunile medicale ale curei de altitudine şi ale sporturilor de munte.

Taxa de înscriere la Congres este de 100 franci francezi. Costul întreţinerei (casă şi masă) 35, 40, 50 şi 60 franci pe zi de persoană. Inscrierile se fac până la 5 August a. c., la **Secretariatul Societăţii Medicale de Educaţie Fizică (D-r Fl. Covaciu-Ulmeanu)**, Bucureşti 6, strada Maior Ene Nr. 12.

* * *

A 59-a aniversare a Soc. studenţilor în med. din Bucureşti

Societatea Studenţilor în Medicină, şi-a serbat în sala de festivităţi a căminului său din B-dul Schitu-Măgureanu, cea de a 59-a aniversare.

D-l C. GAIŢULESCU, preşedintele societăţii, deschizând şedinţa, expune activitatea societăţii şi arată liniile ei de conducere.

D-l HORTENSIU GANCEVICI, citeşte raportul secretariatului general, arătând că în domeniul activităţii pur studenţeşti, societatea a avut o conduită frumoasă, căutându-se în prim rând să se înlăture studenţimea dela politica de partid.

D-sa arată apoi cum au gospodărit căminul, cantina, că au acordat burse membrilor meritoşi şi săraci şi că s'a continuat înzestrarea vastei biblioteci a societăţii.

Inchee, sfătuind pe tinerii studenţi să respecte munca înaintaşilor şi să nu plece urechia la semănători de ură ci să-i tămăduiască.

Pe cei bătrâni îi roagă să vie cât mai des în contact cu această primăvară entuziastă şi să caute s'o însoreasca, iar nu s'o întunece.

Astfel şi numai astfel, mici şi mari, într'un freamăt, vom putea să înfrânăm pornirile, vom putea să potolim furtunile şi vom putea zăgăzui valul, lăsând mâlul rodnic să rodească mai departe, evitând revolta şi lăsând drum liber, paşnic evoluţiei.

Institutul Cultural Românesc - Digitized by eGrama

D-l HARI UNGUREANU, preşedintele asistenţei medicale a societăţii, face o expunere asupra felului cum este organizată asistenţa medicală studenţească, arătând că în anul expirat numărul consultaţiunilor se ridică la peste 5000.

D-l V. BALEANU, casierul societăţii, citeşte raportul de cassă, care este aprobat.

D-l Prof. D-r G. MARINESCU a rostit următoarele:

Am fost adânc mişcat când societatea studenţilor în medicină şi-a spus cuvântul la aniversarea celor 70 ani ai mei şi privesc cu mare plăcere munca pe care aţi depus-o anul acesta. Când mă gândesc că societatea altădată lucra într'o odaie întunecoasă şi când văd măreţul palat pe care îl are astăzi, nu pot decât să preţuiesc munca depusă de înaintaşii d-voastră. Ceeace rămâne după noi să ştiţi că este tot ceea ce am făcut în viaţă. Fiţi exacţi şi muncitori, pentru ca generaţiile cari vă vor urma să fie mândre de voi şi de realizările voastre.

D-l D-r TITUS IONESCU salută societatea în numele ministerului sănătăţii, arătând că D-l Ministru Costinescu îi făgăduesţe tot sprijinul.

* * *

A IX Conferinţă a Uniunei Internaţionale în contra Tuberculozei

Varşovia 4, 5, 6 Sept. 1934.

La ordinea de zi a acestei conferinţe vor figura următoarele probleme:

1) Chestiune biologică: **Variaţiile biologice ale virusului tuberculos**

Raportor general: Prof. LEON KARWACKI (Polonia).

Coraportori: J. BENEDEN (Belgia); P. COURMONT (Franţa); F. van DEINSE (Olanda); Br. LANGE (Germania); E. LONG (Statele Unite); Y. NEDELJKOWITCH (Serbia); E. PEASECKA-ZEYLAND (Polonia); A. SAENZ (Uruguay); K. SCHLOSMANN (Estonia); J. VALTIS (Grecia).

2) Chestiune clinică: **Formele medicale şi chirurgicale ale tuberculozelor osoase şi articulare şi tratamentul lor.**

Raportor general: Prof. PUTTI (Italia).

Coraportori: F. BEZANÇON (Franţa); O. CHIEVITZ (Danemarca); PH. ERLACHER (Austria); GEBHARDT (Germania); CL. HYDE (Statele Unite); MAFFEI şi DELCHEF (Belgia); PALMEN (Finlanda); ROLLIER (Elveţia); H. WALDENSTRÖM (Suedia); WOJCIECHOVSKI Polonia).

3) Chestiunea socială: **Utilizarea dispensarelor pentru tratamentul tuberculoşilor.**

Raport general: Prof. LEON BERNARD (Franţa).

Coraportori: TH. BERGTRUP-HANSEN (Danemarca); K. BLUMEL (Germania); K. DABROWSKI & G. WROCZINSKY (Polonia); ECOFFEY (Elveţia); A. ILVENTO (Italia); L. KOGANAS (Lituania); J. A. MILLER (Statele Unite); M. NASTA (România); TCHEPULITCH (Yougoslavia); J. VEELAK (Tchecoslovacia).

Vor mai avea loc două conferinţe:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) D-r J. KINGSBURY (Statele Unite): Metode suplimentare de luptă antituberculoasă într'un district rural unde mortalitatea este slabă şi

2) D-r MILOSZ-GRODECKI (Polonia): Lupta în contra tuberculozei în Polonia.

După congres se vor organiza trei excursii.

Participanţii vor obţine reducere pe calea ferată dela frontieră la Varşovia.

Membrii titulari sau consilieri ai Uniunei se pot înscrie direct la comitetul de organizaţie a conferinţei, Str. Chocimska 24, Varşovia, sau prin Secretariatul Uniunei Paris (VI) Bd. St. Michel 66. Ei nu au de plătit nici o contribuţie.

Persoanele care nu sunt membrii ai Uniunei trebue să se înscrie prin intermediul asociaţiei lor naţionale afiliate (Societatea pentru profilaxia tuberculosei (Str. Biserica Amzei 29), care va înainta înscrierile vărsând totdeodată şi o taxă de înscriere în sumă de 50 zloţi.

Inscrierile pentru participarea la discuţii se vor face de preferinţă odată cu cererea de înscriere la conferinţă şi pe cât se poate înainte de 1 Aprilie 1934.

Programe detaliate precum şi formulare de înscriere se pot obţine dela D-r M. NASTA, Institutul de seruri şi vaccinuri, Splaiul Independenţei 103, Bucureşti.

* * *

Curs de perfecţionare organizat de către Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj

„Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj", organizează cu data de 25 Iunie la 7 Iulie 1934, un curs de perfecţionare despre: „Actualităţi în terapeutica clinică", pe seama medicilor oficiali şi particulari din ţară cu următorul program:

25 IUNIE: 10—11 h. Prof. D-r I. HAŢIEGANU: Diagnosticul şi tratamentul sindromului abdominal polivalent. — 11—12 h. Prof. D-r MICHAIL: Actualităţi terapeutice în oftalmologie. — 12—1 h. Prof. D-r C. GRIGORIU: Actualităţi terapeutice din domeniul obstetricei şi ginecologiei. — 5—6 p. m. Docent D-r I. GAVRILĂ: Tratamentul modern al diabetului zaharat. — 6—7 p. m. Docent D-r T. POPOVICI: Conduita terapeutică în apendicită şi în afecţiunile organelor învecinate la femee.

26 IUNIE: 10—11 h. Prof. D-r I. ALEMAN: Repercusiunile focarelor infecţioase buco-dentare asupra organismului şi tratamentul lor. — 11—12 h. Agregat D-r ELENA NEGRU: Autovaccinoterapia cu Jatren. — 12—1 h. Prof. D-r I. MINEA: Autofermentoterapia degenerescenţelor nervoase centrale. — 5—6 p. m. Prof. D-r E. ŢEPOSU: Tuberculoza renală şi tratamentul ei. — 6—7 p. m. Prof. D-r A. POP: Starea actuală în tratamentul chirurgical al afecţiunilor biliare.

27 IUNIE: 10—11 h. Prof. D-r C. TĂTARU: Consideraţiuni noui în tratamentul sifilisului. — 11—12 h. Prof. D-r E. ŢEPOSU: Tratamentul infecţiilor netuberculoase ale rinichilor. — 12—1 h. Prof. D-r D. NEGRU: Radioterapia în limfogranulomatoză. — 5—6 p. m. Prof. D-r C. URECHIA: Tratamentul sifilisului nervos şi al paraliziei generale. — 6—7 p. m. Docent D-r AXENTE IANCU: Norme generale în tratamentul actual al distrofiilor infantile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

28 IUNIE: 10—11 h. Prof. D-r C. TĂTARU: Consideraţiuni noui în tratamentul sifilisului. — 11—12 h. D-r A. MOGA: Medicamentele cardiovasculare. — 12—1 h. D-r C. BERARIU: Undele ultrascurte în terapie. — 5—6 p. m. Docent D-r I. DANIELLO: Auroterapia în tuberculoza pulmonară. — 6—7 p. m. Docent D-r TR. POPOVICI: Tratamentul insuficienţei ovariene.

30 IUNIE: 10—11 h. Docent D-r AXENTE IANCU: Indicaţiuni terapeutice de actualitate în diareele copiilor de prima vârstă. — 11—12 h. Prof. D-r M. STURZA: Tratamentul hidroterapeutic al bolilor infecţioase. — 12—1 h. Prof. D-r M. STURZA: Demonstraţiunile practice ale procedeelor hidroterapeutice. — 4—5 p. m. D-r A. MOGA: Tratamentul insuficienţei circulatorii. — 5—6 p. m. Prof. D-r Gh. MARTINESCU, decanul facultăţii: Subiect rezervat. — 6—7 p .m. Prof. D-r C. URECHIA: Psichonevrozele reactive şi tratamentul lor.

2 IULIE: 10—11 h. Prof. D-r I. ALEMAN: Indicaţiuni şi contraindicaţiuni în extracţiunile dentare. — 11—12 h. Docent D-r I. GAVRILĂ: Tratamentul difteriei. — 12—1 h. Docent D-r I. VOICU: Tratamentul hemoragiilor obstetrico-ginecologice. — 4—5 p. m. D-r T. DRAGOMIR: Radioterapia în afecţiunile nervoase. — 5—6 p. m. Docent D-r C. VELLUDA: Consideraţiuni anatomofiziologice asupra sistemului vegetativ în raport cu o terapeutică raţională a lui. — 6—7 p. m. Docent D-r NICHITA: Tratamentul picioarelor strâmbe.

3 IULIE: 10—11 h. Docent D-r I. GAVRILĂ: Patogenia şi tratamentul scarlatinei. — 11—12 h. Docent D-r P. VANCEA: Concepţii noui în terapeutica sifilisului ocular. — 12—1 h. Docent D-r V. CIMOCA: Dermatozele alergice şi tratamentul lor. — 5—6 p. m. D-r T. SPÂRCHEZ: Tratamentul colitelor. — 6—7 p .m. Prof. D-r A. POP: Tratamentul chirurgical al ulcerului gastro-duodenal.

4 IULIE: 10—11 h. Docent D-r NICHITA: Tratamentul tuberculozei osteo-articulare — 11—12 h. Docent D-r P. VANCEA: Cura radicală în dacriocistita cronică. — 12—1 h. D-r ROMUS: Actualităţi terapeutice în otorinolaringoloie. — 4—5 p. m. D-r I. MANGIUCA: Regimul alimentar în gestaţie. — 5—6 p. m. Docent D-r I. VOICU: Conduita operatorie în obstetrică. — 6—7 p. m. D-r PURGE: Tratamentul turburărilor menstruale.

5 IULIE: 10—11 h. Prof. D-r TITU GANE: Terapeutica tuberculozei infantile. — 11—12 h. Prof. D-r I. GOIA: Examenul funcţional al aparatului renal. — 12—1 h. Docent D-r V. CIMOCA: Tratamentul afecţiunilor neuro cutanate. — 5—6 p. m. D-r T. SPARCHEZ: Tratamentul ulcerului gastric. — 6—7 p. m. Docent D-r I. VOICU: Terapeutica operatorie în obstetrică

6 IULIE: 10—11 h. Prof. D-r I. GOIA: Tratamentul nefropatiilor medicale. — 11—12 h. Prof. D-r TITU GANE: Terapeutica tuberculozei infantile. — 12—1 h. Docent D-r AXENTE IANCU: Tratamentul tusei convulsive. — 5—6 p. m. D-r I. DANICICO: Tratamentul complicaţiunilor chirurgicale ale blenoragiei. — 6—7 p. m. Docent D-r V. CIOMOCA: Erorile diagnostico-terapeutice grave în dermatologie.

7 IULIE: 10—11 h. Docent D-r DANIELLO: Colapsoterapia în tuberculoza pulmonară. — 11—12 h. Docent D-r AXENTE IANCU: Technica alăptării la noui născuţi. — 12—1 h. Docent D-r I. GAVRILĂ: Tratamentul Basedovului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Zilnic între orele 8—10 vor avea loc demonstraţiuni practice în diferitele servicii clinice şi spitaliceşti.

Pe seama medicilor oficiali s'a obţinut aprobarea principială şi verbală a D-lui Ministru al Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentru acordarea concediilor necesare pentru timpul acestui curs.

S'au mai făcut intervenţiuni pentru procurare a condiţiunilor avantagioase de alimentaţie şi încartiruire pe seama colegilor din provincie.

Doritorii de a participa la cursul de perfecţionare, sunt rugaţi să ne anunţa din timp D-lui **Docent D-r I. Gavrilă,** secretarul general al Asociaţiei Docenţilor la Clinica Medicală, sau D-lui **Docent D-r Axente Iancu** preşedinelte Asociaţiei, Str. Gen. Grigorescu No. 33, Cluj, pentru a cunoaşte din vreme numărul participanţilor şi pentru a se putea lua dispoziţiile cuvenite.

* * *

Le III-ème Congrès de la Presse Médicale Latine

LE III-ème CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE AURA LIEU À PARIS DU 17 AU 21 OCTOBRE 1934, sous la présidence d'honneur du Pr. Leopold Mayer (de Bruxelles), rédacteur en chef de Bruxelles Médical, président du Comité permanent de la Fédération de la Presse Mé-

dicale Latine, et la présidence effective du Pr. G. Etienne (de Nancy), rédacteur en chef de la Revue Médicale de l'Est, membre du Comité permanent de la Fédération de la Presse Médicale Latine, vice-président de l'Association de la Presse Médicale Française.

Le programme provisoire est fixé comme suit:

MERCREDI 17 OCTOBRE:

à 21 heures. Réception offert aux congressistes dans les salons du Cercle de la Librairie. Une heure de musique. Buffet. Bal.

JEUDI 18 OCTOBRE:

à 10 heurs. **Séance d'ouverture** dans la Salle du Conseil des Professeurs de la Faculté de Médecine. 1º Discours du Pr. agrégé L. Mayer (de Bruxelles), président de la Fédération. 2º Allocution du Pr. Roussy (de Paris), Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. 3º Adresse des représentants des gouvernements étrangers. 4º Discours du Pr. Etienne (de Nancy), président du Congrès. 5º Rapport du D-r L. M. Pierra (de Paris), secrétaire général de la Fédération, sur l'activité de la Fédération. 6º Conférence sur „Le génie Médical Latin".

à 14 heures 30. Rapport et discussion de la **première question: „Les rapports de la Presse Médicale et de la publicité pharmaceutique".** Communications: de Mr. le Pr. Dautrebande (de Liège), „Les mesures prises dans les différents pays concernant la réglementation des produits pharmaceutiques spécialisés", de Mr. le D-r Salarich (de Barcelone), „L'influence pernicieuse pour la santé publique de l'annonce des spécialités pharmaceutiques dans la presse non médicale".

à 17 heures. Séance solennelle de la Société de Thérapeutique consacrée à la „Cholestérolémie".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

à 21 heures. Soirée théatrale.

VENDREDI 19 OCTOBRE:

à 9 heures 30. Visite de l'Institut de Cancer de la Faculté de Médecine de Paris, à Villejuif (Seine), sous la direction de Mr. le Pr. Roussy, son directeur.

à 14 heures 30. Rapport et discussion de la **deuxième question: „Rôle scientifique et responsabilité morale de la Presse Médicale dans la diffusion des grandes découvertes et dans la défense des interêts professionnels".** Communication de Mr. le Pr. Prassitele Piccinini (de Milan) „Steria della Stampa medica dei paesi latini".

à 17 heures. Seconde séance solennelle de la Société de Thérapeutique consacrée à „L'emploi des sels d'or".

à 21 heures. Conférence avec projection du Pr. Daniel (de Bucarest), sur **„La Roumanie"** organisée par l'Union Médicale Latine dans la grande salle de l'Institut Océanographique.

SAMEDI 20 OCTOBRE:

à 9 heures 30. Visite des Laboratoires du D-r Debat, à Garches (Seine et Oise). à midi. Déjeuner offert par les Laboratoires du D-r Debat.

à 14 heures 30. Rapport et discussion de la **troisième question: „Technique et présentation d'un journal médical".**

à 20 heure. Banquet de Cloture du Congrès sous la présidence de Mr.

le Ministre des Affaires Etrangeres, dans les salons de l'Hotel Continental, avec la collaboration de l'Union Médicale Latine.

DIMANCHE 21 OCTOBRE:

Excursion en auto-car dans la Champagne viticole; visite des caves de la Maison Pommery; retour par Compiègne. (Le programme détaillé de cette excursion organisée par l'Agence Exprinter sera fixé ultérieurement).

En dehors des rapports annoncés ci-dessus et à la suite de ceux-ci des communications particulières pourront être faites sur les trois questions à l'ordre du jour. Messieurs les Congressistes qui désireraient en présenter une sont priés de bien vouloir dès maintenant les adresser au secrétaire général.

La cotisation est fixée à: 100 frs. français pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical). 50 frs. français pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non journalistes personnes accompagnant les membres titulaires).

Une réduction sera accordée sur les chemins de fer français et éventuellement sur les chemins de fer des différentes nations, ainsi que sur toutes les compagnies de transport maritimé et aérien.

On est prié d'adresser les **adhésions et demandes de renseignements** au D-r PIERRA, secrétaire général de la F. P. M. L. 14 rue des Thermes, Luxeuil, Haute Sâône France, en ayant soin d'établir les mandats et chéques au nom du D-r V. Gardette, tresorier du Comité d'Organisation.

Doritorii de a participa la acest Congres sunt rugaţi a se adresa pentru informaţiuni suplimentare la D-nul D-r Pavel, B-dul Dacia 12, Bucureşti.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primul Congres naţional de Radiologie şi Electrologie Medicală

In Octombrie a. c., Societatea de „Radiologie şi Electrologie Medicală din România" împlineşte 10 ani de existenţă.

Cu ocazia sărbătoririi acestui jubileu, Biroul Societăţii, în dorinţa de a îndeplini încă unul din dezideratele anterior exprimate, a găsit nimerit să organizeze **primul congres naţional de Radiologie şi Electrologie medicală.**

Scopul congresului este manifestarea ştiinţifică şi pe această cale a specialităţii noastre precum şi mai buna cunoaştere între noi, pentru ca mai uniţi să ne susţinem şi mai mult prestigiul şi nevoile profesiunii.

Pentru aceasta, până în prezent, s'a constituit un comitet de organizare al congresului care a fixat:

Data Congresului: la 26, 27 şi 28 Oct. 1934, în localul Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

Următoarele chestiuni importante pentru prezent, designând raportorii şi coraportorii după cum urmează:

a) **Colecystografia:** Raportor pentru radiologie: Confer. D-r LAZEANU E.; Coraportori pentru chirurgie: Agregat D-r CRISTIDE E.; pentru med. int.: Confer. D-r PAVEL.

b) **Roentgendiagnosticul tuberculozei intratoracice la copil:** Raportor pentru radiologie: D-r O. MELLER; Coraportor pentru medicina internă: D-r BURILEANU.

c) **Radioterapia în cancerul sânului:** Raportori pentru Roentgenterapie: Prof. D-r NEGRU; pentru Curieterapie: Agregat D-r SEVEREANU.

d) **Actinoterapia în erizipel:** Raportor: D-r V. IONESCU; Coraportor pentru medicina internă: D-r C. POPESCU.

O expoziţie de aparate electroradiologice, de produse medicamentoase şi radiofotografice va fi ataşată congresului.

S'a fixat ca ultim termen, **irevocabil, 1 Iulie** a. c., pentru **anunţarea** comunicărilor şi **1 Septembrie** a. c., pentru **primirea** la Secretariatul congresului, în vederea pubilcărei a rapoartelor, corapoartelor şi comunicărilor.

Rapoartele şi corapoartele vor fi întocmite pentru maximum 25 pagini de tipar, iar comunicările pentru maximum 2 pagini (aproximativ 400 cuvinte).

Vor fi prezentate de preferinţă dactilografiate, în formă şi fond controlat şi numai pe o singură pagină. Corecturile vor fi făcute de secretariat.

Clişeele vor fi înaintate în copii pozitive, de preferinţă reduse la 13×18 cm., bine reuşite, având pe verso înscris No. figurei şi însoţite de legenda explicativă.

Costul executărei clişeelor priveşte pe autori.

Lucrările congresului vor fi imprimate în volum (volume), conţinând şi numele membrilor participanţi, iar o medalie comemorativă probabilă va marca această primă reuniune ştiinţifică. Exemplarele (volume, medalie) vor fi imprimate numai pentru membrii înscrişi şi la curent cu taxele.

Domnii autori, cari doresc a avea rapoartele, corapoartele sau comunicările „în extrase", vor anunţa anticipat secretariatul, precum şi numărul exemplarelor. Costul lor pivreşte pe autori.

Biroul congresului îşi rezervă dreptul de a selecţiona lucrările şi a dispune de publicarea lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu se admit lucrări imprimate (publicate) anterior.

Domnii membri cari au de făcut projecţiuni sunt rugaţi a anunţa din vreme secretariatul.

Ele se vor face prin copii pozitive de mărime maximum 13×18 cm. şi lipite pe un carton gros, fie prin clişee diapozitive de maximum 9×12 cm.

Taxa de înscriere (participare) la congres: 300 lei pentru membrii activi şi 100 lei pentru membrii asociaţi (soţie, copii majori) va fi înaintată prin mandat poştal până la 1 Septembrie casierului: D-r D-r VIRGIL CARACOTA, Strada Aurel Vlaicu No. 35 A, Bucureşti 3.

Inscrierea pentru participare la congres va fi cât mai anticipat şi urgent făcută, pentru a se da posibilitate comitetului a face la timp intervenţiile necesare şi o bună organizare bazată pe numărul exact al domnilor congresişti, în avantajul acestora.

Domnii membri ai „Societăţii de Radiologie şi Electrologie medicală din România", — fiind de drept membrii activi ai congresului — vor înainta de urgenţă Secretariatului adesiunea lor semnată, specificând numărul persoanelor însoţitoare.

Preşedinte, Agregat D-r SEVEREANU.

Secretar general, D-r **Giurea.**

* * *

Bugetele sanitare judeţene şi comunale

In două numere din „Revista de Igienă Socială" (No. 12/933 şi No. 2/934), D-l D-r G. Banu se ocupă de bugetele sanitare comunale şi judeţene.

Extragem din interesantele şi documentatele articole ale D-lui D-r Banu, conclusiile la care ajunge:

Bugetele sanitare judeţene: In general alocaţia sanitară locală este insuficientă; în majoritatea judeţelor ea nu depăşeşte 20 lei pe cap de locuitor; nu există nici un criteriu logic în stabilirea cotelor sanitare bugetare: judeţe cu o situaţie sanitară relativ mulţumitoare prezintă alocaţii ridicate, pe când altele (din Moldova) prezintă procente minimale din bugetul total, când situaţia medico-socială din cuprinsul lor este dezastruoasă. Ministerul nu-şi îndeplineşte rolul conştient de organ tutelar; nu se manifestă nici o preocupare de a deriva din bugetul central sume acolo unde necesitatea lor e mai resimţită; nu se procedează în combaterea marilor flagele sociale, după un plan prestabilit, în virtutea căruia aportul central să suplinească insuficienţa şi sărăcia bugetelor locale. Organele administrative locale dau şi ele dovadă de arbitrar, neţinând seamă, în fixarea cotei sanitare bugetare, de situaţia medico-socială a judeţului lor.

Bugetele sanitare comunale: Bugetele sanitare urbane variază în limite mult mai largi decât cele judeţene, cu un minim de 1,7 lei şi un maxim de 268,1 lei pe cap de locuitor. Cota de buget sanitar din bugetul general variază de asemenea în limite destul de largi, dela un minim de 0,6% la un maxim de 48,7%. Mai mult de 50% din centrele noastre urbane se prezintă într'o situaţie mediocră din punct de vedere bugetar sanitar, iar 13 comune înfăţişează o situaţie foarte rea. Se prezintă într'o situaţie mulţumitoare 33 comune urbane şi într'o situaţie foarte bună alte 10 comune.

In ceeace priveşte capitalele de judeţ, oraşul Tighina prezintă situaţia cea mai defavorabilă. Alte 35 oraşe se prezintă mediocru.

Situaţia este mulţumioaret în 22 capitale de judeţ. Şease oraşe capitale prezintă o situaţie foarte bună; din acestea, două sunt capitale de provincie (Craiova şi Timişoara).

E remarcabilă preocuparea conştientă locală de interesele sănătăţii publice în câteva centre mai mici: Cerna-Vodă, Tg.-Frumos, Târgovişte.

Majoritatea comunelor noastre urbane au o alocaţie sanitară variind între 10 şi 100 lei pe cap de locuitor.

* * *

Asociaţie sau colegiu

Cu acest titlu D-l D-r I. Stoichiţia publică în No. 1 al revistei „Sibiul Medical" un interesant articol asupra celor două organizaţiuni profesionale de cari dispune azi corpul medical românesc.

După ce arată că ambele au fost anihilate şi stânjenite în activitatea lor, producând în corpul medical o confusie care încă dăinueşte, D-l D-r Stoichiţia propune contopirea cât mai neîntârziată a ambelor organizaţiuni într'una singură, care să rămână reprezentantă legală a totalităţii medicilor din ţară.

Iar ca noua organizaţie să-şi poată îndeplini adevărata sa chemare, trebue să se ocupe nu numai de chestiunile profesionale, ci „să-şi însuşească un ideal sanitar, contribuind într'o largă măsură la elaborarea proectelor de organizare sanitară".

* * *

O anchetă asupra pelagrei în România

D-r W. Akroyd membru al Secţiei de Igienă a Societăţii Naţiunilor, a întreprins în Iunie 1933, o anchetă asupra pelagrei în România. Raportul înaintat este rezumat de D-r E. Răsmeriţă în No. 11/1933 al „Revistei de Igienă Socială", de unde extragem câteva date:

Pelagra este mai răspândită în România decât în multe alte ţări, constituind un pericol pentru sănătatea publică. In 1932, au fost 3922 cazuri la 100.000 locuitori, şi decese 131. Intre 1930—1932 s'au înregistrat 50.142 cazuri şi 5477 morţi prin pelagră. Maladia este foarte frequentă în Moldova şi Basarabia.

Este de 3½ ori mai frequentă la femei decât la bărbaţi.

Posturile, din cari cel al Paştelui durează 7 săptămâni, joacă probabil un rol de o importanţă considerabilă în etiologia pelagrei.

Cauza maladiei ţine de insuficienţa vitaminei P. P. (pellagra-preventive) care este în minimă cantitate în porumb.

In conclusie autorul propune înlocuirea parţială a porumbului cu făină integrală de grâu, măsură uşor de aplicat spre deosebire le cealaltă, mai grea, de a furniza ţăranilor carne, lapte, drojdie de bere.

In acest scop, crede că înfiinţarea de brutării în localităţile cu multă pelagră ar da rezultate mulţumitoare şi imediate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Patru noui reviste medicale româneşti

In cursul ultimelor luni, au apărut patru noui reviste medicale româneşti: „Revista Română de Urologie", „Revista Română de Oto-Rino-Laringologie", „Sibiul Medical" şi „Tribuna Medicală".

Apariţia regulată a unei publicaţii medicale româneşti este legată de dificultăţi, cari pentru a fi învinse, cer iniţiatorilor un nesecat isvor de entusiasm, de muncă perseverentă şi chiar de... contribuţie materială. Fără sprijinul autorităţilor, fără posibilitatea revistelor străine de a-şi apropia un număr important de abonaţi, fără organizarea unei edituri medicale care să le uşureze apariţia şi difusiunea, revistele noastre medicale, acelea cari au putut să-şi continue apariţia, se menţin totuşi într'o formă demnă de toată lauda.

Nevoia unor reviste pe specialităţi, exponente ale importantelor Asociaţii de specialişti, este de mult timp resimţită. Societăţile de urologie, de oto-rino-laringologie, de terapeutică, pentru studiul tuberculozei, de pediatrie, toate frământând un important material

de studii şi observaţiuni, s'au văzut nevoite să ceară pentru lucrările lor un spaţiu, desigur insuficient, în corpul revistelor de medicină generală sau în revistele străine de specialitate.

Acelaş lucru se petrece şi cu societăţile ştiinţifice ale centrelor medicale importante din ţară.

De aceia am primit cu deosebită satisfacţie publicarea revistelor amintite. Apariţia lor concomitentă cu acea din ultimul timp de numeroase şi importante lucrări didactice medicale româneşti, însemnează pentru noi mai mult decât împlinirea unor lipsuri de mult resimţite. Insemnează un fapt pentru care pledăm de mulţi ani în coloanele revistei noastre: *Autonomizarea medicinei româneşti.*

Fără a nega rădăcinile ei adânci şi legăturile ei cu şcolile străine franceze şi germane, medicina românească şi-a creiat o personalitate proprie din ce în ce mai puternică. Manualele didactice medicale româneşti şi tot mai multe publicaţiuni periodice dovedesc aceasta.

* * *

„Revista Română de Urologie" îşi propune să difuzeze specialitatea în ţară pe baze mai ştiinţifice şi mai întinse şi să facă cunoscut peste graniţă materialul românesc. Publicată de urologii grupaţi în „Societatea Română de Urologie", realizând un vechiu desiderat „ea nu va fi organul niciunei şcoale, niciunei persoane, ci organul tuturor acelora cari practicând această specialitate înţeleg să îmbrăţişeze dublul rol ce şi l'a propus să-l realizeze".

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Revista Română de Oto-Rino-Laringologie şi Broncho-esofagoscopie" îşi propune „să facă cunoscut publicului medical străduinţele şi noile achiziţiuni ştiinţifice ale laringologiei mondiale, lucrările întreprinse în serviciile de specialitate din ţară şi comunicările şi rapoartele prezentate în Congresele anuale şi şedinţele cercurilor de specialitate".

De asemenea îşi propune să popularizeze partea de medicină socială a specialităţii şi să ajute autorităţile superioare în organizarea ştiinţifică şi corespunzătoare timpului a asistenţei medicale şi sociale a suferinzilor de afecţiuni de nas, gât şi urechi.

* * *

„Sibiul Medical", având la dispoziţie un bogat material de studii şi observaţiuni din importantul centru medical care este Sibiul, „se adresează deopotrivă specialistului, practicianului şi medicului sanitar şi va cuprinde articole, dări de seamă, recensii şi informaţiuni privitoare la toate domeniile ştiinţei şi vieţii medicale".

Va publica articole asupra diferitelor probleme de actualitate în medicina curativă, va comunica observaţiile clinice culese dintr'un bogat material, va da o deosebită atenţie problemelor de organizare sanitară şi va lupta pentru încetăţenirea principiilor moderne de medicină preventivă.

Personalitatea ştiinţifică cunoscută în ţară şi străinătae a medicilor grupaţi în jurul revistelor de Urologie şi de Oto-Rino-Laringologie, mănunchiul de medici specialişti apreciaţi, medici sanitari

destoinici şi practicieni cu bun renume grupaţi în jurul revistei „Sibiul Medical" sunt chezăşia că nouile reviste medicale îşi vor duce la îndeplinire programul propus, şi aceasta este cea mai bună urare ce li se poate face.

* * *

Criza economică şi financiară fără precedent, prin care trece întreaga omenire, noui şi numeroase organizaţiuni medico-sociale cerute de civilizaţie şi de legile de protecţie a muncitorului, puzderia de instituţiuni şi societăţi de ajutor medical, diferitele forme de practică ilegală a medicinei şi numărul mare al medicilor pe care-i formează anual Facultăţile de Medicină, au creiat practicei medicale dificultăţi din ce în ce mai mari şi practicianului posibilităţi de viaţă din ce în ce mai grele.

Pretutindeni această criză până la somaj a practicei medicale, s'a cristalizat în multiple desiderate şi în organizaţiuni de luptă pe teren profesional.

Este firesc ca, nici noi să nu fi fost scutiţi de aceste convulsiuni şi iată dece am văzut apărând alături de organizaţia veche a „Asociaţiei Medicilor" şi de cea legală a „Colegiului Medical" un *Sindicat al medicilor din Bucureşti* cu filiale în câteva centre din ţară, şi cu un organ de luptă: *„Tribuna Medicală"*.

Nu este aci locul să discutăm utilitatea sau inutilitatea Sindicatului Medicilor, la noi şi sub forma aceasta isolată de instituţie medicală aparte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Suntem printre aceia pe cari nu-i îngrijorează multiplele organizaţii profesionale existente, fiindcă avem convingerea că fiecare din ele cuprinde un mănunchiu de pricepere, de muncă şi bune intenţii pentru corpul medical; şi mai avem convingerea că din fricţiunea între organizaţiile profesionale existente sau cari se vor mai ivi, se va naşte acel organism al corporaţiei medicale, unic şi puternic prin strângerea tuturor medicilor din ţară în jurul său cât şi prin puterile largi pe cari legea i-o va acorda.

Trebue să mai semnalăm că „Tribuna Medicală" este un viguros organ de luptă profesională. Scrisă cu talent cu mult spirit de convingere, şi cu o adâncă înţelegere a nevoilor noastre profesionale „Tribuna Medicală" ar merita să fie organul unei organizaţii unitare şi prin aceasta cu adevărat Tribuna tuturor medicilor profesionişti din Ţară.

Redacţia.

* * *

D-l Prof. C. DANIEL, şeful şcoalei ginecologice româneşti, a fost ales în şedinţa din 20 Februarie crt., membru corespondent al Academiei de medicină din Paris.

Considerând această recunoaştere a personalităţii ştiinţifice a D-lui Prof. C. Daniel, de către cel mai înalt for medical al Franţei, deopotrivă ca o cinstire a întregei medicine româneşti, vom expune în No. 7—8 al revistei, întreaga activitate de ordin ştiinţific a acestui savant român.