ANUL VIII-lea, No. 1-2 IANUARIE-FEBRUARIE 1935.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

I. Pag.

Cronica 3

LUCRARI ORIGINALE

S. NICOLAU: MEGAMONONUCLEOZA, REFLEX AL INTOXICATIILOR . . 7

Docent D-r L. DANIELLO: AMELIORAREA REZULTATELOR PNEUMOTORACELUI TERAPEUTIC PRIN REZECTIA ADERENTELOR INTRAPLEURALE. CONSIDERATIUNI IN LEGATURA CU 44 DE CAZURI PERSONALE 18

Docent D-r S. IAGNOV, AL. WEINTRAUB şi SABINA GHERMAN: IUTEALA DE SEDIMENTARE A HEMATIILOR LA HIPERTENSIVI 27

MAREŞ CAHANE: INFLUENTA GLANDEI TIROIDE ASUPRA METABOLIZMULUI CALCIULUI 35

ROBERT FLINKER: PATOGENIA PELAGREI 40

ROBERT FLINKER: SINDROMUL SPASTIC AL PELAGREI 44

ST. ODOBLEJA: PERCUTIA SI FONOSCOPIA FICATULUI 47

CAZURI CLINICE

ST. MIHAILESCU şi L. PORN: CONSIDERATIUNI ASUPRA OCLUZIEI PRIN TUMORA ILEALA INCERCUITA CU ASCARIZI INTERSTITIALI 58

TRAIAN BONA: ESOFAGOTOMIE CERVICALA PENTRU O CRUCE DE METAL INCLAVATA IN ESOFAG 61

IOSIF LEONIDA: UN CAZ DE MONSTRU DICEPHALUS DIPUS DIBRACHIUS CU CHEILOGNATO-PALATOSCHISIS 66

TERAPEUTICA

C. BIBICESCU şi GH. POLATOS: TRATAMENTUL HEMOPTIZIILOR PRIN INJECŢIUNI SUB-CUTANATE DE OXIGEN 71

C. MARTINESCU: CURA SPECIFICA UNICA PENTRU SIFILIS SI MALARIA . 76

REVISTE GENERALE

Docent D-r IULIU NITZULESCU: CAUZELE PELAGREI IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE 83

Ing. ERNEST ZIKELI: INTRETINEREA APARATELOR DE RADIOLOGIE . . 99

(Urmare pag. 2-a cop.)

38.355. SCRISUL ROMANESC, CRAIOVA

ORGANIZARE SANITARA Pag

CĂRTUȚĂ GABRIEL: SIMPTOME ALE CRIZEI DE ORGANIZARE . . . 108

MEDICINA POPULARA

HECTOR SARAFIDI: MEDICINA EMPIRICA SI MEDICAMENTE EMPIRICE . 111

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTA ANALITICA

A — CĂRȚI — MONOGRAFII — TEZE — EXTRASE

Prof. HAȚIEGANU — GOIA: TRATAT ELEMENTAR DE SEMIOLOGIE SI PATOLOGIE MEDICALA, vol. I, 725 pag., 246 fig, Cluj, 1934 121
Rec. de D-r M. Cânciulescu

Doc. D-r N. IONESCU: TURBAREA LA OM ȘI ANIMALE, 1 vol. de 400 pag., Tip. Bucovina, București, 300 Lei 126
Rec. de D-r R. Hirsch.

Prof. PREDESCU-RION: CRENOTERAPIE INHALATORIE CU APELE MINERALE ROMÂNEȘTI. Raport făcut celui de al 12-lea congres r mân de Oto-Rino-Laringologie, București, 28 30 Sept. 1934 127
Rec. de D-r Lazăr Mayersohn.

Doc. D-r PETRE VANCEA: INTRODUCERE LA NEUROLOGIA OCULARĂ, Vol. 248 pag., Edit. Transilvania, Cluj 1934 130

D-r ST. ODOBESCU: LA PHONOSCOPIE, NOUVELLE METHODE D'EXPLORATION CLINIQUE, vol. 203 pag., Edit. Doin, Paris, 1934 130

Doc. D-r S. BRĂTIANU și Drd. A. FOTIN: CONCEPȚIUNI NOI DESPRE RELATIUNILE NOI FUNCTIONALE ALE OVARULUI CU GLANDELE ENDOCRINE, Monogr. Nr. 4 a Inst. de Istologie, București, 1934 131

Doc. D-r A. HAGI-PARASCHIV: PLACA MOTRICE A FIBREI MUȘCHIULARE STUDIU HISTOLOGIC, Monogr. Nr. 6 a Inst. de Istologie București, broș. 32 pag. 4 planșe, București 1934 132
Rec. de D r I. Rosenstein

25 ANI DE ACTIVITATE A SPITALULUI DE COPII „PRINCIPELE MIRCEA" DIN ARAD, Monografie întocmită de D r CORNELIU RADU directorul spitalului Inst. de Arte Grafice „Concordia" Arad, 1935 132
Rec. de D-r Silviu Paulon

Doc. D-r E. HURMUZACHE: ECZEMA SI STĂRILE ALERGICE LA COPII SUGARI. Broș. 20 pag. Iași 1934. Extras din „Chestiuni med. de actualitate" . . . 134

D-r BANU E: GLANDA DIASTEMATICĂ INTERSTITIALĂ A TESTICULULUI. STUDIU HISTO-FIZIOLOGIC. Teză Fac. de Medicină București 1934 134

D-r F. FRANCES: L'ELIMINATION DE LA BILIRUBINE AU COURS DES DIFFÉRENTS ICTÈRES. Teza la Fac. de Medic. din Paris, 1934 135

D-r LĂZĂRESCU C. LAUGIER VICTOR: CERCETARI ASUPRA DIAGNOSTICULUI BUBOANELOR SANCROASE PRIN MIJLOACE DE LABORATOR. Teză la Fac. de Medicină din București, 1934 136

D-r ZAIRA NANU: CONSIDERATIUNI ASUPRA CONDUITEI DE URMAT IN PRESENTATIUNILE FRONTALE. Teză Fac. de Med. din Paris, 1934 136
Rec. de D-r I. Rosenstein

Prof. IACOBOVICI și ST. JIANU: CROCHETS VERTEBRAUX SIGNE D'AFFECTION PARAVERTEBRALE. Cu 5 radiografii. Extras din Revue d'ortopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Nr. 2. Mars-Avril 1934 137

D-r ȘTEFAN I. JIANU: CHOLECISTOGRAFIA SI EXAMENUL RADIOLOGIC IN FISTULELE BILIARE POST-OPERATORII. Extras dupe al V-lea Congres național de chirurgie, Noembrie 1934 București 137

Med. General Doc. D-r GH. PÂRVULESCU: LES AMPUTATIONS DANS LES GRANDS TRAUMATISMES DES MEMBRES ET LEURS COMPLICATIONS IMMEDIATES. Extras din Revue Medico-Chirurgicale Iassy, Nr. 1—2 1934 138
Rec. de D-r M. Baculescu.

Urmare pag. 3-a a cop.

ANUL AL VIII-lea. No. 1-2 1935

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

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 şi PRIM REDACTOR:
DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACŢIE:

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

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

COLABORATORI:

GH. I. ALEXIU (PREDEAL); M. BACULESCU (CRAIOVA); V. BISTRICEANU (BUC.) N. BLATT (BUC.); V. CERCHEZ (IAŞI); AL. CRĂINICEANU (BUC.); I. DANIEL (BUC.) ALEX. DANIEL (BUC.); DUMITRESCU-MANTE (BUC.); V. DUMITRIU (BUC.); I. GAVRILĂ (CLUJ); I. GLĂVAN (ORADEA-MARE); PROF. I. GOIA (CLUJ); M. GOLDSTEIN (BUC.); E. HESSELMANN (CRAIOVA); N. IONESCU-SISEŞTI (BUC.); A. IANCU CLUJ); TRIFON LICHTER (LUGOJ); PROF. I. MINEA (CLUJ); H. MAKELARIE C-LUNG); L. MAYERSOHN (BUC.); I. MARCU (BUC.); G. MARINESCU (BUC.); PROF. MRACZEK (BUC.); PROF. C. MIHAILESCU (BUC.); D. NOICA (BUC.); I. NICOLAU (BUC.); MEDEA NICULESCU (BUC.); GH. NICULESCU (BUC); G-RAL I. PÂRVULESCU (IAŞI); I. PLĂCINTEANU (IAŞI); M. POPPER (BUC.); POPESCU-BUZĂU (BUC.); A RADOVICI (BUC.); A. RUSESCU (BUC.); M. SĂCEANU (CRAIOVA); COL. SĂRDĂRESCU (TIMIŞOARA); T. SARAGEA (BUC.); H. SLOBOZIANU (BUC.); C. STANCA (CLUJ); COL. STROIAN (CERNĂUŢI); PROF. M. STURZA (CLUJ); DAN TEODORESCU (BUC.); PROF. I. TUDORANU (IAŞI); PROF. ŢEPOSU (CLUJ); PROF. C. URECHIA (CLUJ); P. VANCEA (CLUJ).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Excelent antipiretic și analgezic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Efect rapid și intens în toate afecțiunile febrile, mai ales în

GRIPĂ

In afecțiunile reumatice și nevralgice GARDAN desvoltă o acțiune sigură anticongestionantă și analgezică.

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,5 gr.
Flacon „ 25 „ „ 0,5 „

BAYER

»Bayer«
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Mostre și literatură prin reprezentanții generali pentru România:
„PHARMA"—Studerus & Co., București I, str. Brezoianu 53, Tel. 3.9285, 3.928

CRONICA

D-l D-r S. Nicolau, şef de laborator la Institutul Pasteur din Paris, în lucrarea de faţă, **Megamononucleosa, reflex al intoxicaţiilor,** socoteşte această reacţie leucocitară, care constă în mărirea numărului monocitelor, al celulelor primordiale, în apariţia celulelor Türck, Rieder şi a celulelor tinere de tip variat, ca «un răspuns al unei intoxicaţii toxice», astfel precum organismul animal răspunde la o infecţie microbienă acută cu înmulţirea numărului polinuclearelor în sânge, sau al eosinofilelor în casurile de infestaţie verminoasă, sau al limfocitelor în procesele de infecţii cronice sau procese iritative prelungite.

Conclusiile, la care a ajuns autorul, au avut un prim punct de orientare în cercetările făcute şi publicate anterior cu privire la arsurile spontane şi provocate; au fost însă determinate şi puse definitiv la punct prin numeroasele cercetări de ordin experimental executate pe epuri supuşi la diferite intoxicaţiuni, precum cu cianur de mercur, bismut, cloralosă, percaină, toxină de vibrion septic, venin de Cobra.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De asemenea acest proces de „Megamononucleosă" a fost întâlnit şi în organismul uman, care pare a fi reacţionat la fel la un convalescent de tetanos, la un intoxicat de trichocefali, precum şi la 3 diabetici.

Este de prisos a sublinia importanţa considerabilă a acestor constatări care ridică valoarea cu putere de diagnostic biologic a Megamononucleosei, în procesele toxice, la treapta polinucleosei în procesele infecţioase acute;—clinica umană va fi cea dintâi a beneficia de aceste constatări, punând însă la contribuţie acelaş proces de discernământ şi de analisă, care se cere la fiecare pas în disecarea oricărui caz clinic, unde interreacţiile se încrucişează şi simptomele se suprapun.

D-l Doc. L. Daniello dela Cluj în **Ameliorarea rezultatelor pneumotoracelui terapeutic prin rezecţia aderenţelor intrapleurale. Consideraţiuni în legătură cu 44 de cazuri personale,** expune technica şi rezultatele obţinute.

Operaţiile au fost executate cu instrumentarul lui Iacobaeus modificat de Unverricht.

Rezumând indicaţiile acestei metode autorul crede că intervenţia este justificată în acele pneumotoraxuri uni sau bilaterale, în care simfize pleurale parţiale găsite la examenul endoscopic potrivite pentru a fi resecate, se opun în mod vădit colapsului, întreţinând caverne deschise, bacili în expectoraţie, şi semne de activitate bacil ră şi ai căror purtători nu prezintă alte localizări tuberculoase cu caracter malign sau o stare generală prea mult alterată.

După ce expune rezultatele obţinute precum şi complicaţiile ce s'au ivit, autorul conchide că acest procedeu ameliorează 50—80% din colapsurile incomplecte şi fără valoare curativă, meritând deci a fi aplicat pe o scară mai întinsă.

D-nii D-ri Docent S. Iagnov, Al. Weintraub şi Sabina Gherman în lucrarea **Iuţeala de sedimentare a hematiilor la hipentensivi,** în basa cercetărilor efectuate pe 40 bolnavi şi folosindu-se de tecnica lui Linzenmayer, au ajuns la aceste constatări:

„Viteza de sedimentare a globulelor roşii este în genere mult mai rapidă la hipertensivi ca la normali. Durata acestei sedimentări este până la o oră şi jumătate, pe când la normali e 2 ore şi jumătate până la trei.

Iuţeala sedimentărei în hipertensiunea de manopauză este mult mai mare decât la celelalte varietăţi de hipertensiune. Ea variază între 25' - 60'.

Dacă în procesul de desfăşurare a unei hipertensiuni apar semne de insuficienţă cardiacă relativă, viteza de sedimentare a globulelor roşii se produce extrem de rapid, variind între 20'—40'. Ea constitue astfel un orientator precoce pentru revelarea decompensărei".

D-l D-r M. Cahane în **Influenţa glandei tiroide asupra metabolismului calciului,** din cercetările numeroşilor autori citaţi şi din cele personale, demonstrează relaţia strânsă între tiroidă şi calcemie, respectiv scăderea şi creşterea acesteia în raport cu hipo sau hipertiroidizarea animalelor de experienţă.

D-l D-r Robert Flinker, după ce descrie **Sindromul spastic al pelagrei,** cel mai frequent dintre sindromele neurologice în pelagră, conchide că acest sindrom se iveşte foarte des la pelagroşi, în formele lui uşoare.

Tot D-l Robert Flinker în **Patogenia pelagrei,** pornind dela constatarea unei similitudini între pelagră şi maladia lui Biermer, acesteia din urmă recunoscându-i o patogenie gastrogenă, cercetează chimismul gastric la pelagroşi în diferite faze ale boalei. Pe lângă constatarea că turburările gastro intestinale apar cu mult, chiar cu ani, înaintea celorlalte simptome de pelagră, autorul ajunge şi la conclusiile că o schimbare în chimismul gastric se găseşte la toţi pelagroşii. Ameliorarea funcţiunei gastrice este urmată de ameliorarea celorlalte simptome.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste constatări îl îndreptăţesc pe autor să creadă că pelagra este cauzată de turburări gastro intestinale cu etiologie variată.

D-l D-r Odobleja în **Percuţia şi Fonoscopia ficatului** crede că cu ajutorul percuţiei putem delimita numai relativ bordul superior al ficatului şi nu putem delimita bordul inferior decât în cazurile când palpaţia este posibilă.

După acelaş autor, fonoscopia ocupă prin importanţa sa semeiologică în determinarea ficatului locul al II-lea după razele X şi locul I-iu printre mijloacele clinice obişnuite. Delimitarea ficatului ar prezenta deci după diagnosticul colecţiilor pleurale cea mai reuşită aplicare a fonoscopiei.

Amintim cu această ocazie că autorul a strâns într'un volum, apărut în Editura G. Doin et C-nia dela Paris, toate studiile sale făcute asupra aplicării Fonoscopiei în clinică, studii dintre cari cea mai mare parte au fost publicate pentru prima oară în revista noastră.

Ca şi altă dată, ne permitem a recomanda punerea în practică şi controlul, fără nicio idee preconcepută, a rezultatelor obţinute de autorul român care, prin străduinţele sale îndreptate de ani de zile în această unică direcţie, merită toată laudele şi mai ales toată atenţia.

D-nii St. Mihailescu şi D-r L. Porn fac **Consideraţiuni asupra oclusiei prin tumoră ileală încercuită cu ascarizi interstiţiali.**

Cazul prezentat este interesant prin prezenţa ascarizilor în pereţii tumorei ileale, ceeace face ca mecanismul oclusiei în acest caz să fie mixt: adică deter-

minat pe deoparte de un factor mecanic reprezentat de tumora ileală şi pe dealtă parte de un factor paralitic determinat de sfacelarea pereţilor prin prezenţa ascarizilor.

D-l D-r Traian Bona: în **Esofagotomie cervicală pentru o cruce de metal inclavată în esofag** prezintă un caz interesant prin raritatea corpului înghiţit şi mai ales prin bunele urmări operatorii.

D-l D-r Iosif Leonida din Prahova, prezintă **Un caz de monstru dicephalus. Dipus Dibrachius cu cheilognato-palatoschisis,** cu care ocazie face şi clasificaţia monştrilor dupe Babeş.

D-nii D-r C. Bibicescu şi D-r Gh. Polatos în **Tratamentul hemoptiziilor prin injecţiuni subcutanate cu oxigen,** din 6 cazuri la care au aplicat acest tratament, a cărui paternitate, de dată recentă, revine lui Ravina, Berzaquem şi Bibas, conchid că acţiunea injecţiunei subcutanate cu oxigen a fost eficace şi rapidă. Hemoptisiile au încetat iar bolnavii şi-au găsit sensaţia de calm şi euforie după aceste injecţiuni.

Rezultatele injecţiunilor cu aer filtrat sunt aceleaşi ca şi ale injecţiunilor cu oxigen.

D-l D-r C. Martinescu în **Cura specifică unică pentru sifilis şi malaria,** expune din punct de vedere chimic şi terapic un nou preparat, un complex coloid obţinut în hydrosolul de thiocianat de mercur şi aluminium, numit Hydrargol.

Din datele ce publică se poate constata puternica sa acţiune şi bunele rezultate obţinute în tratamentul sifilisului şi malariei.

Autorul experimentează de mult acest preparat şi în repetatele reveniri asupra eficacităţii lui rămâne la aceleaşi conclusiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este de recomandat a se aplica acest tratament pe o scară mai întinsă, pentru a verifica acţiunea, pe care autorul o socoteşte specifică, nu numai în tratamentul sifilisului, în care compoziţia sa pare a-l indica cu precădere, dar şi în malaria.

D-l Doc. I. Nitzulescu presintă într'o revistă generală, bine pusă la punct, **Cauzele pelagrei în lumina cercetărilor actuale.**

După ce examinează pe rând diferitele ipoteze emise in explicarea cauzelor pelagrei (teoriile aplastice prin diferite carenţe, ipotezele toxice în legătură cu porumbul, ipotezele toxice-aplastice), precum şi rolul predispoziţiei individuale, autorul conchide că soluţia definitivă nu a fost încă găsită. Trecând la cercetarea normelor practice de luptă împotriva pelagrei, autorul ajunge la următoarele conclusiuni: se impune în primul rând lupta împotriva porumbului alterat; — alimentarea consumatorilor mari de porumb şi cu alte alimente considerate antipelagroase (carne, lapte, legume); — crearea de brutării, ca în Italia.

Tratamentul cel mai uşor şi eftin este însă cel prin administrarea drojdiei de bere (vitamina B_2) preconizat de Goldberger. Constă în a administra zilnic 30 gr. (6 linguriţe) de drojdie de bere.

D-l Inginer Ernest Czikeli, diplomat în Electrologie medicală, într'o conferinţă ţinută la Soc. de Radiologie şi Electrologie Medicală din România, expune modul de **„Intreţinere a aparatelor de radiologie“.**

Am socotit util pentru cetitorii revistei noastre, care nu se adresează numai specialiştilor, ci întregului corp medical, a publica textul integral al acestei Conferinţe.

Suntem în epoca când aparatul de Radiologie a căpătat valoarea practică și de întrebuințare curentă a termometrului și a aparatelor de tensiune; pentru orientarea diagnosticului, la care se cere în primul rând un proces de sinteză clinică personală, medicul practician, care-și respectă meseria, nu se mai poate lipsi de acest mijloc de investigație.

Chiar radiologii consumați, adică specializați, a căror utilitate desigur că se menține, ba chiar se impune și specializarea lor în anumite direcții, vor be neficia de sfaturile practice date benevol de D-l Ing. Czikeli, dar mai ales vor trage profit marea masă a medicilor, cari posedă aparate de radiologie, și cari ca să le mânue n'au nevoie nici de diplome de specializare și nici să facă mențiune pe firmele sau rețetele lor că posedă și „raze X"; justificarea întrebuințării aparatelor de Radiologie în scop diagnostic, o face pentru acești adevărați discipoli ai lui Aesculap propria lor conștiință.

In articolul **„Simptome ale crizei de organizare"**, D-l D-r Gabriel Cărtuță, pledează pentru introducerea unui nou concurs, cel mai conform cu realitatea practică, anume „Concursul de semispecialitate" pentru cele 3 mari împărțiri ale medicinei practice; medicală, chirurgicală și socială, fiecare înglobând și ramurile înrudite de specialitate.

S'ar confirma astfel în mod oficial, existența semispecialiștilor sau mai bine zis a omnispecialiștilor, cari practică medicina universală chiar dacă ar face parte, aproximativ, din una din cele 3 semispecialități designate de autor.

D-r Hector Sarafidi în **Medicina empirică și medicamente empirice** se ocupă de medicina empirică dealungul vremurilor și insistă în special asupra școalei Alexandrinilor și asupra medicațiunilor empirice. Asupra acestor din urmă, autorul crede că sunt medicații empirice cari s'au dovedit de real folos și cari studiate științificește confirmă eficacitatea lor. Articolul D-lui D-r Serafidi înfățișează în general vastul material pe care cercetătorul îl are în medicina empirică, pentru a stabili legătura acesteia cu medicina științifică, dar dorim cu precădere studii speciale asupra empirismului medical românesc, pentru care, ca și pentru folklorul medical românesc, am destinat o rubrică specială în această revistă.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library, Cluj-Napoca

* * *

Prezentăm cu întârziere publicului medical românesc **«Tratatul elementar de Semiologie și Patologie medicală»** Vol. I al D-lor Prof. Hațieganu și Goia, a cărui recensie o facem la pag. 121.

Intârzierea pusă, până a ceti pe îndelete cartea, este în schimb compensată prin căldura cu care o recomandăm tuturor medicilor cari doresc a-și reîmprospăta cunoștiințele căpătate în anii de studii, sau studenților, cari și le asimilează pentru prima oară.

Pe cât este de utilă celor dintâi, pe atât este de indispensabilă celor din urmă, care la baza cunoștiințelor lor medicale trebue să dureze temelie solidă.

De caracter specific românesc, determinat de asimilarea celor 2 școale, franceză și germană, cum o remarcă însă-și autorii, profesori ai fac. de medicină din Cluj, cari au folosit fiecare școală în elementele ei mai utile, de ordin sintetic sau analitic, pentru a înființa *„școala medicală clujeană"*, această carte îmbracă înainte de toate un caracter didactic, pe care îl vor remarca de îndată toți cei cari o vor ceti.

Pentru folosul de ordin științific și practic ce vor trage, socotim că studentul și medicul român au găsit cu ce să înlocuiască deaci înainte, cu cel mai deplin succes, operile similare străine.

D-r M. Cânciulescu.

MEGAMONONUCLEOZA, REFLEX AL INTOXICAŢIILOR *)

de

S. NICOLAU

Şef de laborator la Institutul Pasteur

Am arătat în publicaţii precedente [1]) că arsurile tegumentare la om sau la animal, determină apariţia în organism a unui principiu toxic [2]); în acelaşi timp, ia naştere în sângele periferic o reacţiune leucocitară specială, *megamononucleoza*. Am interpretat această reacţie — care consistă în multiplicarea monocytelor, a celulelor primordiale, Rieder şi Türck — ca o consecinţă a intoxicaţiei la care organismul e supus. Intr'o altă serie de cercetări, făcute în colaborare cu *P. Poincloux, M-me Kopciowska* şi cu *G. Balmuş* [3]), [4]) mi-am pus problema următoare: dat fiindcă celulele megamononucleare se găsesc în număr exagerat de mare în sângele oamenilor şi animalelor opărite, *ca răspuns al incitaţiei toxice*, se poate considera acest fenomen leucocytar ca urmarea unui determinism general, în felul polynucleozei ce însoţeşte infecţia microbiană acută şi al eozinofiliei care reflectează infestaţia helmintică?

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Pentru a răspunde acestei întrebări, am intoxicat 20 de epuri cu substanţe diferite, 325 de formule leucocytare, 160 de numărători de globule albe şi 45 de numărători de hematii, au arătat că modificările sanguine în aceste intoxicări experimentale sunt de aceeaşi natură cu cele observate în arsuri. Precum am arătat în lucrarea precedentă publicată în această revistă [5]), un număr de 61 de formule leucocytare făcute la 45 de epuri normali, ne-a indicat o cifră medie de 3,80% de celule megamononucleare. Pe de altă parte, am cercetat timp de 62 de zile sângele periferic la 2 epuri normali; 33 de formule leucocytare ne-au dat următorul rezultat mediu:

---

*) Lucrare primită la redacţie la 29 Noembrie 1934.

1) S. Nicolau şi P. Poincloux. Ann. Inst. Pasteur, 1934, t. 52, pp. 217—240

2) S. Nicolau. Mişcarea Med. Română No 11—12 | 1934.

3 S. Nicolau, P. Poincloux, L. Kopciowska şi G. Balmus. C. R. Acad. Sc. 1933, t. 197, p. 1753.

4) S. Nicolau, P. Poincloux, L. Kopciowska şi G. Balmus. Ann. Inst. Pasteur, 1934, t. 52, pp. 316—331.

5) S. Nicolau, loc. cit.

	Epurele 456 E		Epurele 466 E	
Polynucleare neutrofile	41,47		44,96	
Polynucleare eozinofile	0,53		1,80	
Polynucleare bazofile	4,62		2,26	
Lymfocyte	37		39,60	
Mezolymfocyte	12,30		8,17	
Mononucleare mari	2,56	*Megamononucleare:*	1,91	*Megamononucleare:*
Cel. primordiale	1,00		0,73	
Cel. Türck	0,43		0,38	
Cel. Rieder	0	3,99 %	0	3,02 %

Să vedem cum se comportă numărul celulelor megamononucleare la animalele intoxicate experimental, fiindcă, o spun de pe acum, această categorie de celule e influenţată în mod capital în decursul intoxicaţiilor.

Pentru a realiza intoxicaţia, ne-am servit de substanţele următoare: Cyanur de mercur, Iodobismutat de chinină, Chloraloză, Percaină, Toxină de vibrion septic şi Venin de Cobra.

1) *Megamononucleoza epurilor intoxicaţi cu cyanur de mercur.* Injecţii intravenoase, două pe săptămână, cu o soluţie de 0, gr. 001 pe cc., câte un cc. pe kgr. de animal. Patru animale în experienţă: 3 au murit (a 9-a zi, a 42-a şi a 44-a zi); al patrulea a rezistat şi l-am studiat timp de 67 de zile. *Figura 1* arată ritmul injecţiilor

Fig. 1. Curbă arătând megamononucleoza din sângele periferic al epurelui *183 E,* intoxicat cu *Cyanur de mercur* Săgeţile din partea superioară a figurei indică ritmul injecţiilor intravenoase şi dozele de produs injectat.

şi evoluţia megamononucleozei la acest animal. La ceilalţi 3 epuri supuşi intoxicaţiei mercuriale, megamononucleoza a evoluat astfel:

epurele 173 E, înainte de intoxicaţie, 4,5 % ; a 5-a zi, 20,5 % megamononuc'eare
» 462 E, » » 3 » a 20-a » 19.5 » »
» 463 E, » » 1 » a 3-a » 10,0 » »

2) *Megamononucleoza la epurii intoxicaţi cu bismut.* Injecţii intravenoase, de două ori pe săptămână, cu un iodobismutat de chinină în soluţie apoasă a 0, gr. 01 de bismut metal pe cc.; injecţiile introduceau în organism, de fiecare dată, câte 0, gr. 005 de bismut metal pe kgr. de animal; 3 animale în experienţă; 2 mor a 26-a şi a 43-a zi; al treilea rezistă şi e urmărit timp de 72 de zile. Iată amănuntele megamonucleozei lui în unele din formulele leucocytare ce i s'a făcut:

	2 zile	14 zile	26 zile	38 zile	52 zile
Monocyte	4	11,5	10	8	5
Cel. Rieder.	0,5	1	0	1,5	1
Cel. Türck	1	0,5	0	2	0,5
Cel. primordiale	1	4	2,5	0.5	1,5
Megamononucleare Total .	6,5	17	12,5	12	8

La ceilalţi 2 epuri supuşi intoxicaţiei bismutice, megamononucleoza a trecut dela:

la epurele **180 E** . . . înainte, 4,5 %; . . . a 10-a zi, 15,5 %
» **477 E** . . . » 2 » . . . a 26-a » 15 »

3) *Megamononucleoza la epurii intoxicaţi cu chloraloză.* In dozele necesare pentru anestezia epurelui, chloraloza provoacă o megamononucleoză netă (soluţie de 0, gr. 01 pe cc.; injecţie intravenoasă, 0, gr. 08 pe kgr. de animal). De astfel, doza utilă pentru o bună anestezie este câte odată prea toxică şi unele animale mor. Trei animale în experienţă: epurele *170 E* a fost anesteziat o singură dată; megamenonucleoza sa, de 4 unităţi % înainte de injecţie, s'a urcat la 16,5% după 7 zile şi n'a revenit la normală (2,6%) decât a 27-a zi. Ceilalţi 2 epuri au fost anesteziaţi de câte 2 ori, la un interval de 16 zile. *Figura 2* exprimă variaţiile megamononucleozei la unul din ei; al doilea a avut modificări sanguine comparabile, însă mai puţin intense.

4) *Intoxicaţie prin percaină.* Anestezia regională cu ajutorul percainei aşa cum am relatat-o anterior [6]), este urmată de modificări sanguine analoage (0, gr. 003 de percaină *Ciba* pe kgr., doza întreagă fiind dizolvată în 20 cc. de apă fiziologică şi introdusă în 40 de injecţii în muşchiulatura rachisului dorso-lombar). Megamononucleoza ce urmează este mai discretă ca în cazurile precedente, însă e tot atât de durabilă. Doi epuri au fost studiaţi în această experienţă, timp îndelungat.

5) *Intoxicaţie prin toxină de vibrion septic.* Injecţii intravenoase, de 2 ori pe săptămână, cu doze mărite progresiv dela 0, gr. 001 la 0, gr. 003, 0, gr. 004 şi chiar la 0, gr. 005 de toxină uscată de vibrion septic în soluţia făcută în momentul întrebuinţării,

6) S. Nicolau, loc. cit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

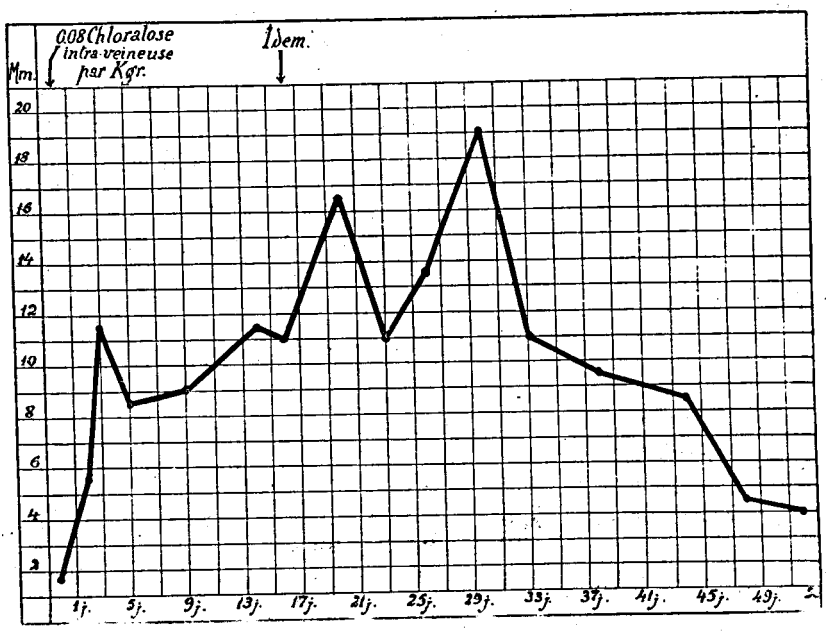
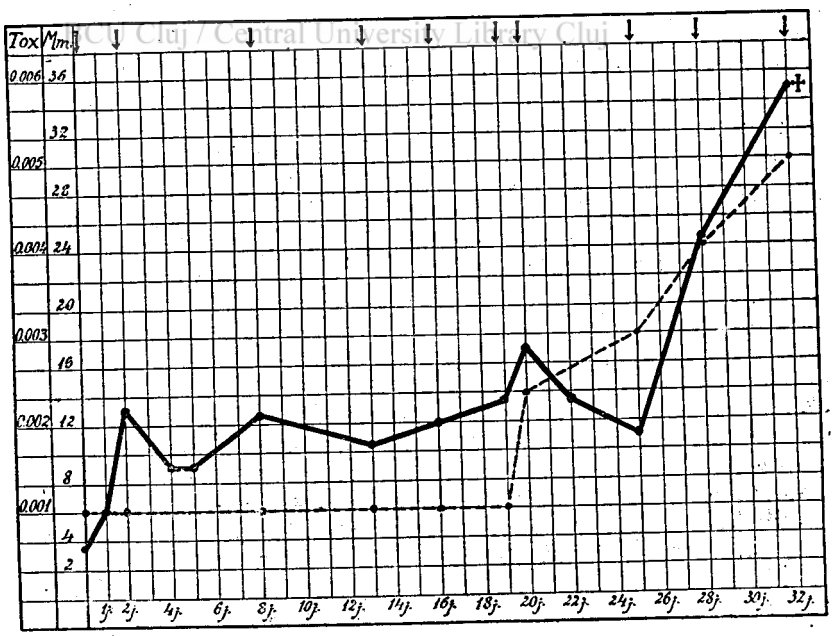


Fig. 2. Curba megamononucleozei epurelui *412 E,* intoxicat cu *chloraloză* ouă injecţii).



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3. Paralelism între curba dozelor de *toxină* (vibrion septic) inoculată şi curba reacţiei de *megamononucleoză* (linia plină), la epurele *229 E.*

de 0, gr. 001 de toxină pe cc. Trei animale au fost supuse intoxicaţiei; unul, *411 E,* a rezistat dozei totale de 0, gr. 0205 de toxină administrată în timp de 30 de zile. Megamononucleoza sa cifra 2 unităţi la începutul experienţei, 7,5% după prima injecţie, oscila dela 10 la 14% între a 12-a şi a 38-a zi; 24 zile după ultima injecţie, se găseau încă 6% megamononucleare în sângele periferic al acestui epure. Un al doilea animal, intoxicat în acelaş mod, a murit a 23-a zi, după ce avusese 13,5% megamononucleare. In sfârşit, al treilea epure, *299 E,* a fost cel mai demonstrativ. *Figura 3,* care îi corespunde, arată că *cele două curbe, a megamononucleozei şi a intoxicaţiei, sunt în acelaş sens;* mărirea excesivă a numărului megamononuclearelor la sfârşitul experienţei corespunde în mod exact mărirei dozei de toxină injectată.

6) *Megamononucleoza epurilor intoxicaţi cu venin de Cobra.* Injecţii subcutanate, de două ori pe săptămână, cu doze crescute progresiv dela 1/8 mmgr. la 6/8 mmgr. de venin de Cobra sec, în paiete, dizolvat în apă fiziologică (soluţia de 0, gr. 00025 de venin sec pe cc. a fost preparată, pusă în ampule şi conservată în frigo-

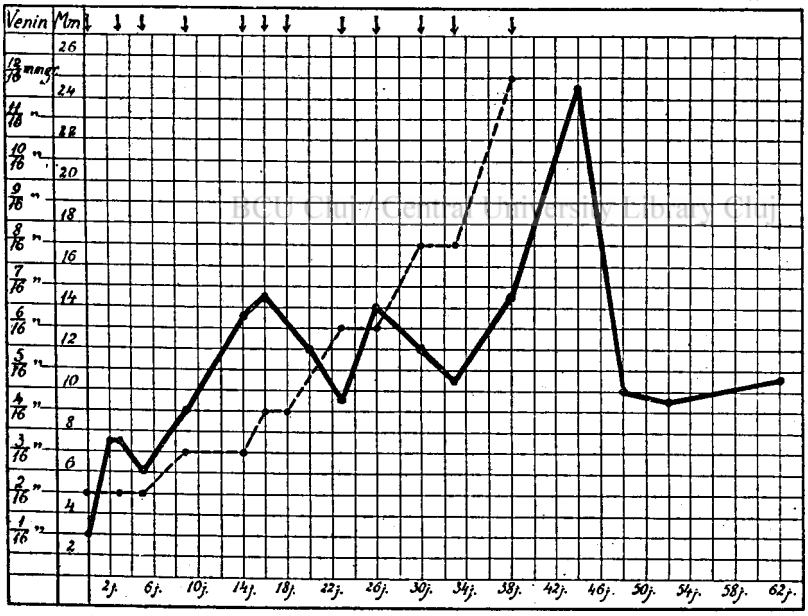


Fig. 4. Paralelism între curba dozelor de *venin de Cobra* inoculate (linia punctată) şi curba *megamononucleozei* (linia plină) la epurele *410 E.*

rifer tot timpul experienţei). Cinci epuri în experienţă; trei au murit după ce au făcut o ascensiune terminală bruscă a megamononucleozei; doi au rezistat şi au dat rezultate comparative. *Figura 4* se referă la unul dintre ei *(410 E).* In această figură, ca şi în caa relativă la intoxicaţia prin toxină de vibrion septic, se constată un

paralelism net între gradul de intoxicaţie şi intensitatea megamononucleozei.

* * *

In decursul acestor cercetări, în sângele periferic al animalelor intoxicate am remarcat în toate cazurile o creştere importantă a numărului monocytelor; unele din aceste elemente erau tipice, multe aveau protoplasma tare bazofilă şi semănată cu granulaţii fine azurofile; multe aveau, de asemenea, nucleul neregulat, foarte lobat şi cu tendinţa de tranziţie spre forma de celulă Rieder; unele, în sfârşit, aveau nucleul în formă de inel, în „colac de salvare" (fig. 5 şi 6).

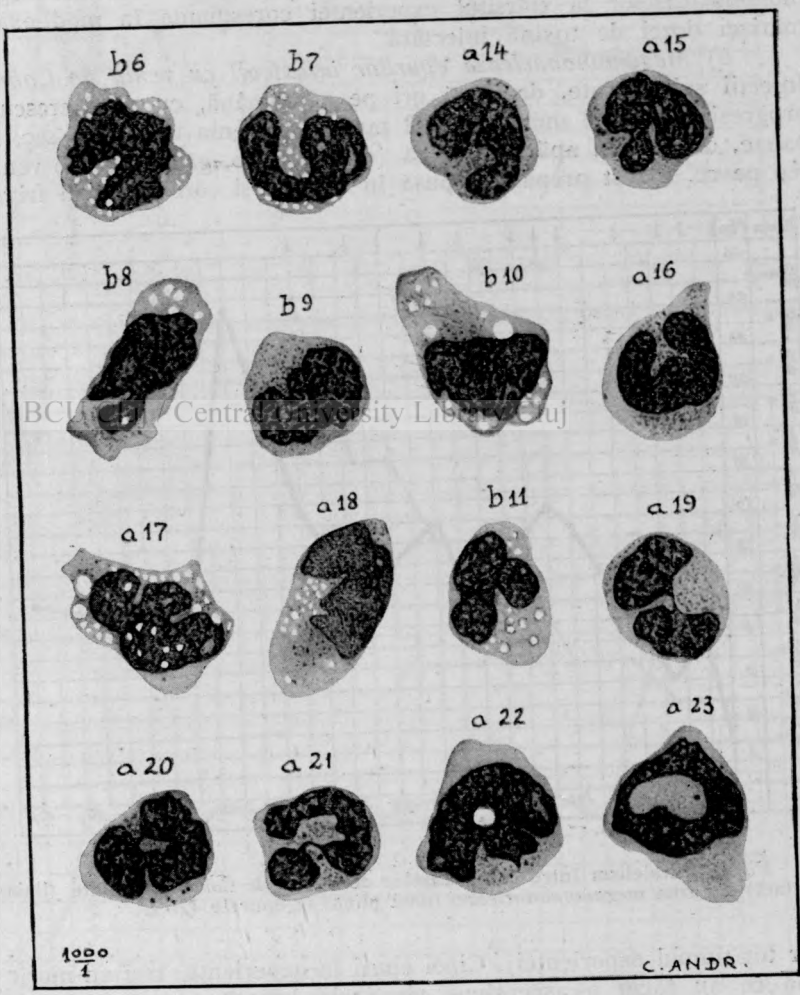
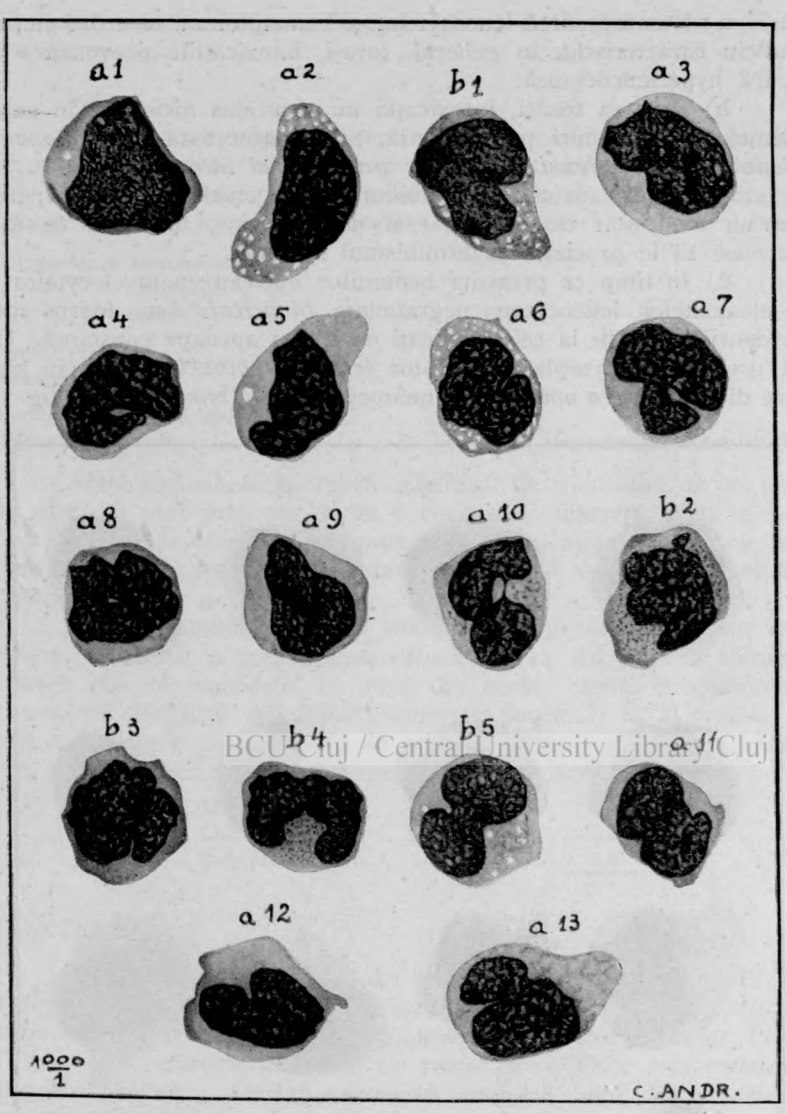


Fig. 5. Celule megamononucleare provenind: *a*, dela epurele *198 E* (sânge periferic recoltat a 5-a zi de intoxicaţie cu *venin de Cobra)*; *b*, sânge luat dela epurele *177 E* a 24-a zi de intoxicaţie cu *Cyanur de mercur*.
De remarcat polymorfismul nuclear al monocytelor şi alteraţiile cytoplasmice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 6. Elemente de megamononucleoză, desemnate după preparații de sânge provenit dela aceeași epuri ca și în figura precedentă *(a,* intoxicatte cu venin de Cobra; *b,* intoxicație cu Cyanur de mercur).

In anume stadii ale intoxicației, am remarcat prezența unor monocyte în stare de degenerescență, cu vacuole cytoplasmice sau chiar nucleare. Paralel am observat mărirea numărului celulelor primordiale și a celulelor Türck, precum și apariția celulelor Rieder.

In afara acestor modificări esențiale și strâns legate de intoxicație, am mai constatat următoarele schimbări sanguine demne de relevat:

a) Numărătoarea leucocytelor şi hematiilor nu ne-a dat nici un indiciu caracteristic; în general, totuşi, intoxicaţiile provoacă o uşoară hyperleucocytoză.

b) Prin ea însăşi, intoxicaţia nu a produs niciodată în experienţele noastre, nici polynucleoză, nici lymfocytoză; *megamononucleoza a fost reflexul leucocytar principal al intoxicaţiei.*

c) Uneori am constatat puseuri de polynucleoză bazofilă; însă într'un mod atât de neregulat şi de capricios, încât nu ne este permisă să le precizăm determinismul apariţiei.

d) In timp ce prezenţa hematiilor nucleate, a myelocytelor şi a elementelor leucocytare negranulate *binucleate* este foarte rară la epurii normali, la cei intoxicaţi ea a fost aproape constantă. Ţin să precizez că cytoplasma acestor *leucocyte binucleate* ce iau naştere din *diviziunea amitotică* a monocytelor şi a lymfocytelor (fig. 7),

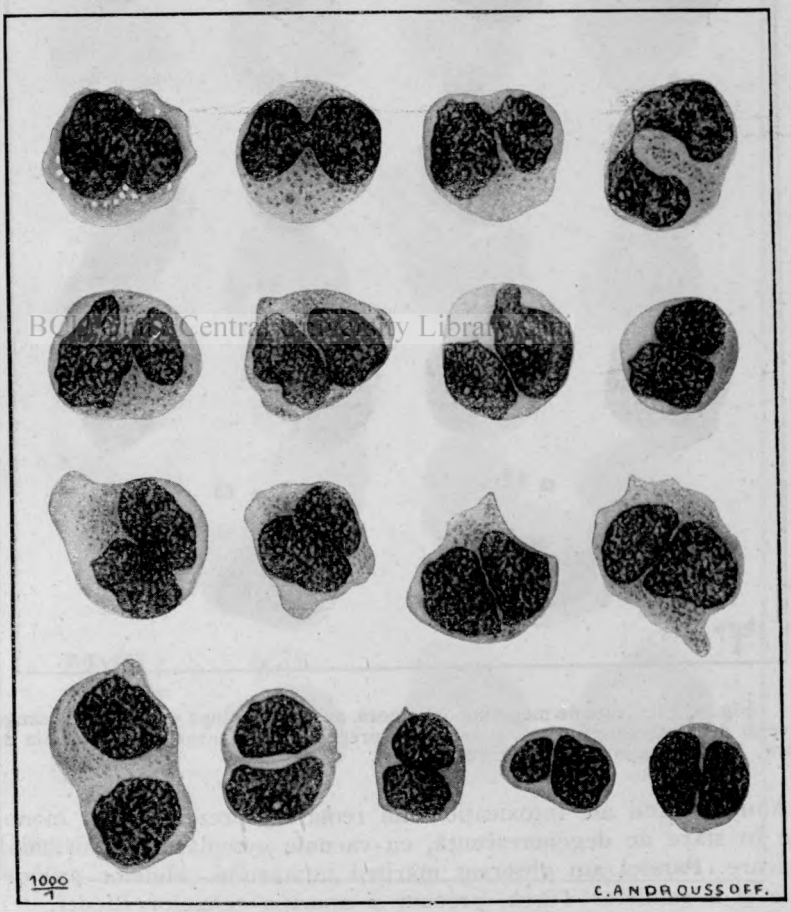


Fig. 7. Monocyte sau lymfocyte din sângele periferic al epurilor intoxicaţi experimental *(venin de Cobra, Iodobismutat de chinină, Toxină de vibrion septic,* etc.), pe cale de diviziune amitotică, sau cu nucleul deja divizat. In acest din urmă caz, celula apare *bi-nucleată,* conservând însă caracterele cytoplasmice de monocyt sau de lymfocyt.

are toate caracterele protoplasmei acestor două din urmă varietăţi leucocytare.

* * *

Am cercetat megamononucleoza la mai mulţi oameni în stare de intoxicaţie; unul, convalescent de tetanos, avea 12,5% elemente (11 monocyte, 1 cel. Türck, 0,5 cel. primordiale). Altul, intoxicat de tricocefali, avea formula leucocytară următoare:

Polynucleare neutrofile	60,5	
» eozinofile	3,5	
» bazofile	1,75	
Lymfocyte	17	
Mezolymfocyte	5	
Mononucleare mari (monocyte)	11,5	
Celule primordiale	0,75	Megamononucleare: 12,25%

Acest individ, în aparenţă debarasat de tricocefaii de cel puţin 15 zile, nu mai prezenta decât o eozinofilie discretă, cum se vede din formula leucocytară de mai sus; intoxicaţia, încă clinic evidentă, avea o expresie leucocytară persistentă sub forma unei megamononucleoze nete.

La alţi oameni, diabetici, atinşi de gangrena membrelor inferioare, am găsit o megamononucleoză de 14, 16,5 şi 12 elemente pentru 100 de leucocyte. In două din aceste cazuri, megamononucleoza era singurul symptom leucocytar anormal; la al treilea, febril, am găsit o polynucleoză de 77,6%. Megamononucleoza acestui din urmă bolnav se descompunea în modul următor:

Cluj Central University Library Cluj

Monocyte	8,4
Cel. Rieder	1,2
Cel. primordiale	2,4
	12

CONCLUZII

Ansamblul acestor cercetări arată că organismul animal, când e supus unei intoxicaţii, reacţionează din punct de vedere leucocytar prin multiplicarea numărului monocytelor, apariţia celulelor Türck, Rieder şi a celulelor tinere de tip variat, a celulelor primordiale, în sângele periferic; acestui quatruplu fenomen i-am dat numele de megamononucleoză.

Megamononucleoza, a cărei valoare normală la epure este inferioară a 4%, este în general paralelă în intensitatea ei cu însăşi intensitatea intoxicaţiei. Ea e apreciabilă chiar într'o intoxicaţie puţin intensă; valoarea i se quatruplează, de exemplu, în urma unei singure injecţii de chloraloză în doza necesară ca să producă anestezie. In timpul intoxicaţiilor mai profunde (bismut, mercur, toxină microbiană, venin de Cobra), ea atinge valori mai ridicate, sextuplând şi chiar decuplând procentul normal. Când intoxicaţia încetează, întoarcerea megamononucleozei la valoarea normală se face încet, aproximativ în 18–30 de zile.

Megamononucleoza apare astfel ca symptomul leucocytar constant și principal al intoxicațiilor, cum polynucleoza este acela al infecțiilor microbiene acute, eozinofilia acela al infestațiilor helmintice și lymfocytoza acela al anumitor infecții cronice. Aceste concluzii confirmă constatările relatate anterior asupra corelației între toxicitatea sângelui la animalele și oamenii purtători de arsuri și prezența unei megamononucleoze precoce, intensă și durabilă.

In sfârșit, după primele noastre cercetări, organismul uman pare a reacționa și el față de diversele intoxicații prin megamononucleoză, semn pe care l-am găsit de altfel la oamenii cu arsuri tegumentare studiați anterior.

S. NICOLAU: *Megamonucléose, reflexe des intoxications.*

L'ensamble de ces recherches montre que l'organisme animal, quand il est exposé à une intoxication, réactionne au point de vue leucocitaire: par la multiplication du nombre des monocytes, l'aparition des celules Türck — Rieder et des celules jeunes de type divers, des celules primordiales dans le sang periphérique; l'auteur exprime ce quadruple phénomène par le nom de «*megamononucléose*».

La mégamononucléose dont la valeur normale chez le lapin est inférieure à 4% est en général parallèle en intensité avec l'intensité de l'intoxication. Elle est apreciable même dans une intoxication d'intensité moyenne, sa valeur devient quatre fois plus grande par exemple avec une seule injection de chloralose suffisante pour produire l'anesthésie. — Pendant l'intoxication plus profonde (bismuth, mercure, toxine microbienne, venin de Cobra) elle ateint de grandes valeurs, six fois ou dix fois du procent normal.

Quant l'intoxication disparaît la mononucléose revient au normal lentement dans 18—30 jours aproximativement.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La megamononucléose survient comme symptome leucocytaire constant et principal des intoxications comme la polynucléose est l'expresion des infections microbiennes aïgues, l'eosinophilie de l'infection helmintique et la lymphocytose des certaines infections chroniques.

Ces conclusions confirment les faits constatés antérieurement sur la correlation entre la toxicité du sang des hommes et des animaux porteurs de brulures et la présence d'une mononucléose précoce, intense et durable.

Enfin après nos premières recherches il parait que l'organisme humaine reactionne dans les diverses intoxications par la mononucléose, signe que nous avons trouvé chez les hommes porteurs de brulures tégumentaires, étudié antérieurement.

S. NICOLAU: *Megamononucleose, Reflex der Vergiftung.*

Die Gesamtheit dieser Forschungen zeigt dass der thierische Organismus wenn er einer Vergiftung unterworfen ist, antwortet von den Leucocytären Standpuncte, mit der Vermehrung der Monocyten, mit der Anwensenheit der Türckischen Zellen, der Rieder-Zellen und jugendliche Zellen verschiedenen Typus, der primordialen Zellen in das peripherische Blut; dieses vierseitige Phänomen nanten wir Megamononueleose.

Die Megamononucleose dessen normalen Wert bei Hase kleiner als 4% ist, in Allgemein paralel mit der Stärcke der Vergiftung selbst ist. Sie ist scheinbar auch bei schwachen Vergiftungen, das Wert ist viermal so gross, zum Beispiel nach einer einzige Injection und einer nötige Dose um die Anestesie zu verursachen Während der tiefen Vergiftungen (Bismut, Quecksilber, Kobra Gift, Microben Toxine) auch höhere Werte erreicht, sechsmal oder zehnmal des normalen Wertes.

Insuffisance ovarienne-Aménorrhées Troubles de la ménopause-Stérilité-Vomissements incoercibles de la grossesse

GYNOESTRYL

Folliculine cristallisée

Ampoules: 1 par jour ou tous les deux jours.
Gouttes: 50—100 par jour.
Comprimés: 2—4 par jour.

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pommade aux Antivirus)

Gastrites douloureuses—Ulcérations Hyperchlorhydries

KAOLINASE

(supérieure au Bismuth 8 fois moins cher)

1 ou 2 doses le matin à jeun délayées dans 1 2 verre d'eau

Toutes les formes de la constipation-Régulateur de la biligénie-Stimulant de la sécrétion hépatique

LACTOBYL

Extrait biliaire dépigmenté-extrait total de glandes intestinales-charbon poreux hyperactivé-ferments lactiques sé ectionés-extrait cytoplasmique de laminaria flexicaulis

Comprimés: 2—6 par jour.

Arthritisme-Goutte-Gravelle-Rhumatisme-Déficience hépatique et rénale

LYSARTHROL

Uroformine-benzoate de lithine-extrait rénal

Granulés: 3—4 bouchons-mesure ou cuillerées à café par jour, avant les repas, dans un 1/2 verre d'eau froide.

Algies-Névralgies-Odontalgies-Grippe-Menstrualgies-Migraines

NÉALGYL

Chloralopyrine - phénacétine - caféine - Héxaméthylènamine

Comprimés: 2—8 par jour.

Anémies - Convalescences

PANCRINOL

(Foie-Rate Rein et Surrénale)

Flacons-Ampoules: 2 à 3 amp. par jour per os

Sirop: 2 à 3 cuillerées par jour

Amaigrissement—Inappétence

PHOSPHARSYL

(Phosphate Pinard méthylarsiné)

ELIXIR { Adultes: 3 cuillerées à potage par jour.
Enfants: 3 cuillerées à dessert par jour.

Prévient l'Infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(pus aseptique + Uroformine)
ni choc—ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intramusculaires.

Furunculose—Antrax—Phlegmons

THIOPHYL

(traitement interne)

3 à 9 pilules par jour dans l'intervalle des repas.

Syphilis sous toutes ses formes et à tous ses stades

UCLARSYL

(914 français)

Dioxydiaminoarsénobenzène - monométhylène-sulfoxylate de soude

Poudre: doses de 0,15—0,90 cgr. en solution dans l'eau distillée - stérilisée- injections intraveineuses: 1 tous les 3—6 jours.

Maladies veineuses - Hémorrhoïdes-Varices—Phlébites

VEINOTROPE

(M et F)

Parathyroïde-surrénale-hypophyse-pancréà glandes génitales-extr. d'hamamélis-noix vomique-marron d'Inde

Comprimés: 3 5 par jour.

Agent General pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Str. Toamnei — Bucarest

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aérophagie et ses conséquences

AEROPHAGYL

Calcium Bromatum
Natrium citricum-$(Ch^2)^6Az^4$

2 à 4 comprimés par jour dissous dans de l'eau au milieu des repas de midi et du soir.

Insomnies-Nervosism-Anexiété-Agitation

BEATOL

Diéthyl-malonyl-urée-Jusquiame-Valériane

Comprimés: 2—4, le soir au coucher.
Liquide: 1—4 cuillerées à café.
Ampoules: 1-2 par jour-injections sous-cutanées

Insuffisance hépatique — Toutes les stases biliaires

BILEYL

(globules kératinisés de sels biliaires)

à la fin de chaque repas 1 à 2 globules de Biléyl

Entérites-Appendicites-Intoxications

BIOLACTYL

(Formes lactiques)

COMPRIMÉS: 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.
LIQUIDE: Enfants: 1/4 flacon avant chaque repas midi et soir dans 1/4 de verre d'eau sucrée.
Adultes: 1/2 flacon avant chaque repas midi et soir dans 1/3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons: 2 à 6 cuillerées à café par jour dans de l'eau sucrée.

La syphilis sous toutes ses formes et à tous ses stades

BIVATOL

Sel bismuthique en solution huileuse

AMPOULES: 6 ctgr. bismuth métal par 2 c. c. 1 injection, intramusculaire, tous les 3 à 5 jours.

Gastro entérites—entéro-colites—auto-intoxications—Fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé—Magnésie—CO^3CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Arythmies complètes-Asystolies-Insuf. ventric.-gauche-Insuf. cardiaque

CARDITONE

Extrait de strophantus-Sulfate de spartéine-extrait de muguet

Comprimés: 3—4 par jour, avec un peu d'eau.

Sédatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

Sirop par 24 heures: Jeunes enfants: 2 à 4 cuillerées à café. Grands enfants: 2 à 4 cuillerées à dessert. Adultes: 2 à 4 cuillerées à potage.

Comprimés: Adultes: 5 à 8 par 24 heures. Enfants: 2 à 3 par 24 heures.

Affections des voies respiratoires

CREOPHOSAN

(Phosphate Pinard créosotéet gaïacolé)

Adultes: 3 cuillerées à potage par jour.
Enfants: 3 cuillerées à dessert par jour.

Asthénies par insuf. ou déséquilibre gland-Croissance trop rapide-surmenage physique ou intellectuel-convalescences

CRINOSTHENYL

Comprimés: jusqu'à 8 par jour (adultes).
Ampoules: 1 par jour-injections sous-cutanées.
Sirop: 1—2 cuillerées à café ou à dessert par jour aux repas.

Tachicardies-Extrasystoles-Anxiété-Algies cardio-thoraciques-Angine de poitrine-Insomnies nerveuses

DISONYL

Extrait pancréatique désinsuliné-phényl-éthyl-malonyl-urée-Trinitrine

Comprimés: *2—6 par jour-(sol. 1/1000) à avaler 1/4 d'heure avant les repas.*

Extraits opothérapiques totaux

ENDOCRISINES FOURNIER

(Ovaire — Thyroide — Orchitine)
Pluriglandulair. M.-Pluriglandulair F.

Posologie moyenne: 1 à 3 comprimés par jour. 1 ampoule par jour.

Agent General pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Str. Toamnei — Bucarest III

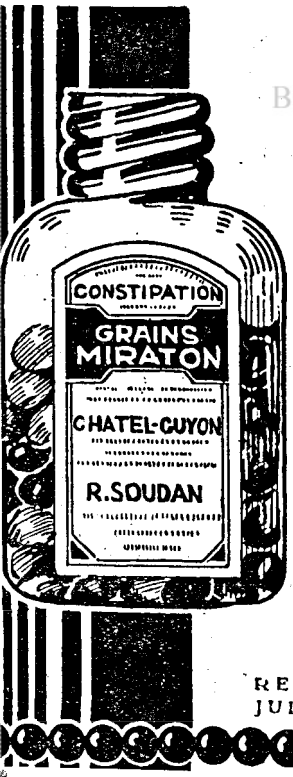
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Wenn die Vergiftung stehen bleibt, das Zurükgehen der Meganonocleose zum normalen Wert macht sich langsam, aproximativ in 20—30 Tage.

Die Megamononucleose erscheint als Leucocytären constanten Symptom der Vergiftungen wie die Polynucleose der Microbienen acuten Infektion, wie die Eosinophilie der Helmintischen Infestationen und die Lymphocytose einer chronischen Infektion ist.

Diese Schlussfolgerungen bestätigen die Ergebnisse die früher bekannt wurden, über den Zusammenhang zwischen der Vergiftung des Blutes bei den Tieren und Menschen, durch Verbrennungen, mit der Anwesenheit der frühzeitige starke und dauernde Mononucleose.

Zum Schluss, nach unsere frühere Erforschungen, der Menschliche Organismus scheint gegen die verschiedenen Vergiftungen mit die Megamononucleose zu antworten,—diesen Zeichen bei Menschen mit Hautverbrennungen haben wir früher studiert und gefunden.



CONSTIPAŢIA
TOXI-INFECŢIUNI DIGESTIVE
MIGRENE
INSUFICIENŢĂ BILIARĂ
DERMATOZE

● *Extract biliar total purificat* ● *Extract fitoterapice* ● *Extracte totale ale glandelor intestinale* ● *Săruri naturale din sursa Miraton*

Nici o obişnuinţă
Nici o contra-indicaţie
Nici o acţiune nocivă secundară
Una sau 2 grains la masa de seară sau înainte de culcare

GRAINS
MIRATON
CHATEL-GUYON

REPREZENTANT GEN. PENTRU ROMÂNIA:
JULES DILLAN STR. PITAR MOŞ 6 BUCUREŞTI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica Medicală din Cluj
Director Profesor D-r I. Haţieganu)*

AMELIORAREA REZULTATELOR PNEUMOTORACELUI TERAPEUTIC PRIN REZECŢIA ADERENŢELOR INTRAPLEURALE. CONSIDERAŢIUNI IN LEGATURA CU 44 DE CAZURI PERSONALE

de

Docent D-r L. DANIELLO
Şeful secţiei de boli pulmonare a clinicii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu ni-se pare necesar să expunem cu această ocazie în ansamblul ei metoda lui Iacobaeus, fiindcă în literatura de specialitate a ultimilor ani publicaţiile de acest gen sunt destul de numeroase. Intenţia noastră este să sintetizăm în mod obiectiv, rezultatele pe cari această operaţie adjuvantă a pneumotoracelui terapeutic ni le-a dat în cursul ultimilor 4 ani de când ne servim de ea şi confruntându-le cu experienţa altora să desprindem apoi anumite concluzii practice în ce priveşte valoarea metodei.

Bineînţeles nu ne putem sustrage obligaţiei de-a da câteva date sumare asupra technicei utilizate şi mai ales a indicaţiilor în baza cărora am executat această intervenţie.

Astăzi este desigur preferabil să reseci majoritatea aderenţelor intrapleurale cu instrumentarul lui Maurer şi după technica preconizată de acest autor, căci diatermocoagularea ţesuturilor, înainte de a le secţiona, oferă garanţii superioare faţă de anumite riscuri, permiţând în acelaşi timp abordarea unor aderenţe întinse sau conţinând ţesut pulmonar, în faţa cărora technica originală a lui Iacobaeus este silită să renunţe. Procurându-ne instrumentarul ce posedăm în anul 1929, dată la care aparatura introdusă de Maurer nu era încă bine pusă la punct şi lipsindu-ne mijloacele materiale pentru a complecta ulterior, toate operaţiile noastre au fost însă executate cu instrumentarul lui Iacobaeus, modificat de Unverricht. Această imperfecţiune a utilajului de care ne-am servit

*) Lucrare primită la redacţie la 26 Noembrie 1934.

va trebui neapărat avută în vedere cu ocazia comparaţiei rezultatelor noastre cu ale altor autori, technicește mai bine înzestraţi.

Din aceleaşi motive de ordin technic şi indicaţiile în baza cărora am intervenit au trebuit să fie, în mod fatal, mai restrânse faţă de cum se fixează ele în genere astăzi, căci prin galvanocaustică nu se pot secţiona decât aderenţe destul de lungi pentru ca în timpul cauterizării instrumentul să nu vină în contact prea apropiat nici cu inserţia viscerală a bridei, adică cu parenchimul pulmonar şi nici cu peretele toracic, ale cărui vase (îndeosebi intercostala) ar putea da naştere la grave emoragii. Numeroase aderenţe, cari prin technica perfecţionată ar fi putut fi enucleate din peretele toracic fără nici un risc, obţinându-se în consecinţă o colabare a bontului pulmonar, au trebuit să fie declarate de noi neresecabile.

Chiar cu restricţiunile de mai sus am putut totuşi constata, că proporţia cazurilor în cari un pneumotorace incomplect şi lipsit de efect curativ poate fi transformat într'unul eficace prin resecţia aderenţelor este destul de însemnată, căci din totalul de 340 pneumotorace instituite între anii 1930—1934 am putut pune indicaţia operatorie în 23 cazuri, ceiace corespunde la 7%. In această cifră nu intră şi acei bolnavi cari deşi erau potriviţi pentru intervenţie, au refuzat să i-se supună. Alţi autori dau proporţii până la 15%.

Valoarea cifrelor noastre este foarte relativă căci, ele sunt desigur inferioare proporţiei reale, dat fiindcă la început, în perioda în care ne formam dexteritatea technică (toţi învăţăceii lui Iacobaeus ştiu că nu-i tocmai uşor să ţi-o însuşeşti) eram mult mai rezervaţi în stabilirea indicaţiilor decum suntem astăzi. Dacă ţinem seama de împrejurarea, că azi pneumotoracele terapeutic se practică aproape în toate oraşele României şi în numeroase sanatorii, numărul celor cari urmează acest tratament cifrându-se desigur la câteva mii, ne putem da seama că bolnavii capabili să beneficieze de intervenţia lui Iacobaeus reprezintă o cifră respectabilă. De altfel, 21 de cazuri ne-au şi fost trimise spre operaţie din diverse centre medicale.

Indicaţiile metodei. Noi considerăm că indicaţia absolută pen-

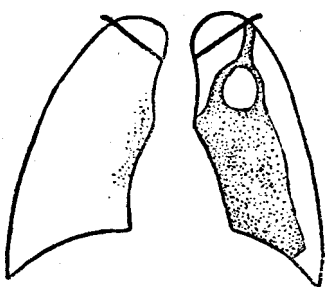


Fig. 1.
Cavernă suspendată a lobului superior stg.

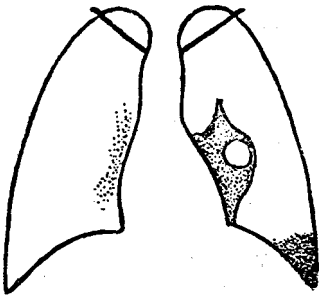


Fig. 2.
Acelaşi caz imediat după rezecţie

tru toracocaustică este dată prin aşa numita cavernă suspendată (termenul îi aparţine lui Pomplun) printr'o aderenţă unică. Schema de mai jos, copiată după una din radiografiile noastre, exemplifică în mod lămurit această indicaţie.

In cazurile de acest gen este vorba de pneumotorace aproape total dar totuşi incomplect, fiindcă o cavitate voluminoasă este menţinută larg deschisă printr'o singură bridă lungă, filamentoasă sau membraniformă, care se inseră la nivelul ei şi o fixează de domul pleural, ori de peretele lateral al toracelui.

Inafară de acest focar de ramolisment şi infiltratul din jur, bolnavul n'are alte leziuni tuberculoase şi starea sa generală este satisfăcătoare. Şansele de vindecare printr'un asemenea pneumotorace sunt totuşi reduse la minimum, caverna rămânând îndefinit deschisă şi mai curând sau mai târziu material infecţios plecat din ea pe cale bronşică va determina noi focare pulmonare. Este astăzi binecunoscută frecvenţa şi precocitatea cu care asemenea bolnavi îşi bilateralizează leziunile.

Dimpotrivă, dacă într'un asemenea caz se practică rezecţia aderenţei — şi din punct de vedere technic intervenţia reuşeşte aproape totdeauna — colapsul plămânului devine complect, cavitatea se închide, bacilii dispar, şi pneumotoracele întreţinut în bune condiţiuni produce o vindecare clinică.

Faţă cu aceste cazuri, în cari a nu pune indicaţia rezecţiei socotim că înseamnă a comite o greşală ce azi nu se mai poate justifica, fiindcă viaţa ameninţată a bolnavului poate fi salvată aproape cu certitudine printr'o intervenţie uşoară, lipsită de orice risc, există altele, şi mai numeroase, în cari colapsul şi închiderea cavernelor este împiedecată nu printr'o singură aderenţă lungă şi cu siguranţă resecabilă, ci prin simfize multiple, foarte diferite ca formă, structură, localizare şi suprafaţă de inserţie. Din punct de vedere technic operatorul în aceste cazuri întâmpină numeroase dificultăţi, intervenţia trebuind făcută adeseori în mai mulţi timpi, alteori rămânând incomplectă. Totuşi şi în această categorie de cazuri reuşim, într'o proporţie destul de însemnată a lor, să deslipim în întregime plămânul încătuşat, obţinând un colaps eficace.

In grupul întâi de bolnavi indicaţia intervenţiei şi reuşita aceleia pot fi aproape totdeauna dinainte stabilite, cu ajutorul examenului radiologic, mai ales dacă ne servim de mai multe radiografii în diferite poziţii.

In cazurile grupului al doilea explorarea radiologică nu ne mai permite să precizăm indicaţia operatorie, căci dintr'un sistem întreg de aderenţe de regulă, numai unele apar înfăţişate pe clişeu, membrane şi filamente subţiri, ba chiar şi bande mai groase dar străbătute transversal de fascicolul razelor X, nelăsând adeseori nici o urmă pe radiografie. Prin examenul radiologic nu vom fi lămuriţi de astă dată nici în ce priveşte forma exactă a aderenţelor, structura şi inserţiile lor, factori de cari depinde în primul rând resecabilitatea acelora. Pentru a stabili indicaţia operatorie în asemenea cazuri va trebui să recurgem neapărat la *endoscopia pleu-*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rală, care constitue de altcum primul timp al intervenţiei lui Iacobaeus. Incongruenţa dintre indicaţia radiologică şi endoscopică în asemenea cazuri este destul de mare. Ţinând seamă numai de experienţa noastră găsim o proporţie de 7 la 44, ceiace înseamnă că din 44 aderenţe cari radiologic păreau resecabile, la endoscopie 7 s'au dovedit a fi nepotrivite pentru galvanocaustică. Cele mai multe dintre ele ar fi putut fi însă abordate prin technica perfecţionată a lui Maurer.

Pentru evitarea ori-cărui accident grav ne-am făcut o regulă de-a nu aborda cu cauterul decât acele aderenţe pe cari le putem explora vizual în întregime cu unul din sistemele optice, convingându-ne astfel că posedă o porţiune destul de întinsă lipsită de ţesut pulmonar. Am respectat întotdeauna şi pe acele aderenţe a căror inserţie parietală era localizată în vecinătatea imediată a vaselor mari mediastinale sau subclaviculare.

Dar în stabilirea indicaţiei operatorii a intervenţiei lui Iacobaeus trebue să avem în vedere, în afară de situaţia locală, dată prin colapsul pulmonar şi conformaţia aderenţei, şi anumite alte momente de ordin mai general.

In primul rând trebue să ţinem seamă de alte localizări tuberculoase pe cari le poate avea bolnavul. Dacă ele sunt de atare, încât prin natura lor constitue afecţiuni grave, cari evoluiază independent de leziunea pulmonară, cum ar fi bunăoară o tuberculoză intestinală ulceroasă, o tuberculoză faringo-laringeană destructivă întinsă, operaţia devine inutilă fiindcă, chiar reuşind, ea n'ar putea opri în mersul lor leziunile amintite. Laringitele mai puţin serioase, fie şi ulceroase, se ştie că se ameliorează de cele mai multe ori paralel cu plămânul, ele nu constitue deci o contraindicaţie.

O altă localizare frecventă şi de mare însemnătate practică este aceea a bilateralizării leziunii pulmonare, înainte de intervenţie. Atitudinea care trebue adoptată între asemenea împrejurări nu se poate fixa dinainte şi în mod schematic pentru toate cazurile. Numai un examen clinic amănunţit ne va putea indica dacă intervenţia mai poate fi utilă bolnavului sau dacă, dimpotrivă, e mai prudent să ne abţinem. Putem totuşi avansa afirmaţia, că ori de câte ori întinderea şi localizarea leziunilor părţii controlaterale colapsului sunt de atare, încât se poate încerca instituirea unui pneumotorace bilateral, sau în cari se poate escompta efectul unei auroterapii, ameliorarea colapsului părţii tratate deja prin metoda lui Forlanini este avantajoasă pentru bolnav şi indicaţiile resecţiei trebuesc discutate cu toată temeinicia. Noi am operat de mai multe ori între asemenea împrejurări, fără să fi avut a regreta ulterior această conduită.

Vechimea pneumotoraxului joacă şi ea un rol, semnalat de toţi autorii, în stabilirea indicaţiei. Avem impresia că noţiunea sensibilităţii excesive a plevrei în pneumotoracele recente s'a exagerat, şi dacă împrejurările o cer, noi nu ezităm să intervenim chiar în cazuri cu pneumotoraxuri de curând instituite. In regulă generală aşteptăm însă ca pneumotoracele să aibă cel puţin 3 luni, fiindcă

de multe ori în acest interval anumite aderenţe se întind în aşa măsură încât fac intervenţia de prisos. Adevărat că unele dintre ele se pot şi rupe (chiar pe lângă presiuni intrapleurale constant negative), eventualitate ce poate avea consecinţe destul de neplăcute.

In nici un caz nu ni-se pare însă recomandabil să temporizăm, mai mult de 3 luni, fiindcă dacă executăm intervenţia prea târziu, bontul pulmonar şi pereţii cavitari sunt de regulă transformaţi fibros şi atât de rigizi, încât chiar eliberând plămânul, el nu mai colabează total, silindu-ne să recurgem la presiuni intrapleurale ridicate sau la oleotorace compresive.

Starea seroasei pleurale, constatate cu ocazia endoscopiei, are deasemenea o oareşicare însemnătate. Reacţiuni lichidiene discrete, sau chiar mai abundente, dacă în prealabil au putut fi evacuate, nu contraindică operaţia. In cazuri de inflamaţiuni pleurale cu caracter acut, cu plevră foarte injectată, sau în cazuri de tuberculoze pleurale caseoase întinse, se impune cea mai mare prudenţă, fiindcă reacţiuni violente post-operatorii sunt probabile.

Rezumând într'o singură frază indicaţiile metodei lui Iacobaeus, aşa cum le înţelegem noi, putem spune, că *intervenţia este justificată în acele pneumotorace uni- sau bi-laterale, în cari simfize pleurale parţiale găsite la examenul endoscopic potrivite pentru a fi resecate, se opun în mod vădit colapsului, întreţinând caverne deschise, bacili în expectoraţie şi semne de activitate bacilară şi ai căror purtători nu prezintă alte localizări tuberculoase cu caracter malign sau o stare generală prea mult alterată.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Regretăm că în cadrul acestui articol nu ne putem permite să dăm rezumatele observaţiilor noastre, însoţite de seriile lor de radiografii, a căror cunoaştere ar fi mult mai profitabilă cititorului decât cifrele ce vor urma. Istoricul bolnavilor operaţi de noi împreună cu iconografia lor vor fi însă expuse într'o teză de doctorat a' Facultăţii de medicină din Cluj. In următoarele dăm rezultatele noastre în cifre globale şi concluziile ce se desprind din ele:

NORMALIZAREA, FORMA ŞI NUMĂRUL ADERENŢELOR

In 10 dintre cazurile operate inserţia parietală a bridelor se găsea în regiunea apicală internă, în 7 cazuri în cea apicală externă, iar în rest în regiunea subapicală, mai ales axilar şi posterior. Afară de 4 cazuri, în cari leziunea cavitară era localizată în lobul mijlociu sau în cei inferiori, în toate celelalte inserţia viscerală a aderenţelor era situată la nivelul lobului superior, în care se afla şi caverna.

Absoluta majoritate a bridelor resecate de noi aveau o conformaţie membranoasă sau cilindrică. In 10 cazuri am constatat o aderenţă unică, în restul cazurilor aderenţele erau multiple şi nu arareori am fost în situaţiunea să resecăm 5—15 aderenţe la acelaşi bolnav.

In două dintre cazuri intervenţia a fost executată în 2 şedinţe, neputând aborda din acelaşi loc toate aderenţele.

REZULTATELE TECHNICE

După cum am arătat deja, am pus indicaţia radiologică pentru intervenţie în 44 cazuri. In 8 dintre ele n'am executat decât o simplă pleuroscopie, fiindcă de 7 ori am constatat că aderenţele nu se pretează a fi resecate prin galvanocaustică, iar într'un caz n'am putut opera fiindcă am ales greşit locul de introducere al cauterului şi bolnavul n'a acceptat să-i practicăm o nouă incizie.

Am intervenit deci în 36 cazuri. Dintre acestea am înregistrat *succese technice desăvârşite,* eliberând complect plămânul de sub dependenţa aderenţelor în 21 cazuri, 58,3%; iar *succese technice* incomplecte (resecţii parţiale) în 15 cazuri 41,7%.

REZULTATELE TARDIVE

Din punct de vedere al efectelor intervenţiei asupra evoluţiei tuberculozei putem clasifica cazurile noastre în următoarele categorii:

1) Reuşită technică perfectă, urmată de vindecarea clinică a leziunii pulmonare, cu dispariţia radiologică a cavernei şi a bacililor din spută, 8 cazuri. Dela toţi aceşti bolnavi avem informaţiuni recente, din cari reiese, că starea lor actuală este escelentă. Vechimea acestor cazuri variază între 6 luni şi 4 ani.

2) Reuşită technică perfectă urmată de dispariţia radiologică a cavernei, cu rezultat tardiv necunoscut sau operate mai recent de 6 luni 8 cazuri.

3) Reuşită technică perfectă, urmată de dispariţia radiologică a cavernei, odată şi a bacililor din spută, dar în cari s'a produs totuşi o agravare tardivă a tuberculozei, 3 cazuri. In toate este vorba de bilateralizarea tardivă a leziunilor.

4) Reuşită technică perfectă, fără influenţă asupra colapsului, adică cu persistenţa cavernei şi evoluţie tardivă defavorabilă sau necunoscută, 4 cazuri.

5) Reuşită technică parţială, urmată de vindecare tardivă aparenţă, 1 caz. Această bolnavă după 2 ani şi jumătate dela intervenţie ne scrie, că este sănătoasă, n'am avut însă posibilitatea să o reexaminăm.

6) Reuşită technică parţială, ameliorare relativă, 5 cazuri. Bolnavii acestei categorii trăesc, starea subiectivă şi obiectivă prezintă o îndreptare, leziunile lor pulmonare însă nu sunt încă vindecate.

7) Reuşită technică parţială, fără nici o influenţă asupra colapsului sau evoluţiei leziunilor (cazuri staţionare) 2 cazuri.

8) Reuşită technică parţială, rezultat tardiv defavorabil sau necunoscut, 5 cazuri.

In rezumat avem din 36 cazuri operate, 25 rezultate favorabile adică 69%. Dintre ele 9 sunt echivalente cu vindecări clinice, în 8 se înregistrează dispariţia cavernei fără să se cunoască rezultatul tardiv, iar în 8 cazuri se obţin ameliorări mai puţin importante dintre care unele numai de scurtă durată.

In 2 cazuri intervenţia nu modifică întru nimic evoluţia leziu-

nilor care rămâne staţionară, iar în 9 cazuri tuberculoza evoluiază defavorabil, fără să se poată însă afirma că intervenţia ar fi agravat mersul bolii.

COMPLICAŢII

Accidente operatorii mortale n'am avut.

Emoragii mai mici arteriale din vase aflătoare în bontul rezecat al aderenţei am înregistrat în 2 cazuri, dar ele au putut fi oprite prin termocoagulare şi sângele colectat în pleură s'a resorbit spontan.

Un bolnav a făcut după intervenţie o sincopă cardiacă, dar s'a recules în urma cardiotonicelor administrate.

Emfizemul subcutan este observat aproape în toate cazurile, el însă nu constitue o complicaţie propriu zisă decât numai atunci când bolnavul, evacuându-şi în primele ore după operaţie tot aerul în ţesutul subcutanat, face o reexpansiune a plămânului colabat, care poate fi urmată de o simfiză pleurală întinsă şi rapidă. Fiind avertizaţi, am luat totdeauna precauţiunea de-a reinsufla bolnavii la scurtă vreme după intervenţie, evitând astfel inconvenientul menţionat mai sus.

Ca toţi ceilalţi autori, am înregistrat şi noi destul de des complicaţii pleurale. Micile revărsări de lichid ce se observă după operaţie aproape în fiecare caz, fără să se însoţească de temperatură sau alte simptome şi cari se resorb spontan în câteva zile nu merită vre-o atenţiune deosebită. Pleurezii exudative febrile, dar cu evoluţie benignă am înregistrat în 11 cazuri, iar doi dintre bolnavii noştrii au făcut tardiv (după 6 şi 4 luni dela intervenţie) pleurezii purulente, dintre cari una cu floră mixtă, iar a doua sterilă. Cea dintâi a fost tratată cu toracoplastie extrapleurală totală şi este actualmente clinicește vindecată, a doua nu este câtuşi de puţin incomodată prin exudatul care nu-i produce nici febră nici alte simptome şi are tendinţă să se inchisteze. Ambele cazuri sunt trecute în statistica noastră în categoria 1, deoarece leziunile lor pulmonare sunt vindecate.

Perforaţii pleurale mari, operatorii sau postoperatorii n'am avut.

In legătură cu rezultatele de mai sus ne permitem următoarele consideraţii:

Inainte de toate dorim să atragem atenţiunea asupra dificultăţii reale pe care o întâmpină ori cine vrea să exprime statisticeşte rezultatele unei intervenţii cum este cea de care ne ocupăm. Cazurile clasate în aceiaşi categorie în realitate nu sunt întru toate identice, căci fiecare dintre ele prezintă o serie de particularităţi clinice mărunte, de cari statistica nu poate să ţină seama, dar cari pot avea o influenţă asupra mersului boalei şi reuşita intervenţiei. Adevărata valoare a metodei lui Iacobaeus se poate aprecia numai în baza unei analize individuale a cazurilor operate.

Comparând, atât pe cât se poate, statistica noastră cu altele publicate în streinătate avem satisfacţia să constatăm, că rezultatele

noastre nu sunt cu mult inferioare cu ale altor autori. Aşa spre exemplu Coulaud din 39 de cazuri are 26 de rezultate favorabile şi 13 insuccese, Brissaud la 56 de cazuri 24 de rezultate favorabile, Castiglione la 25 cazuri 19 rezultate favorabile, iar Pomplun din 65 cazuri are 75% vindecări, şi 18% ameliorări.

Intre reuşita technică a intervenţiei şi rezultatul tardiv există, după experienţa noastră un paralelism destul de riguros, nu însă absolut, căci vindecări clinice sunt posibile în mod excepţional şi după resecţii incomplecte, iar pe de altă parte există un anumit procent de cazuri cari nu se ameliorează cu toate că resecţia a fost techniceşte satisfăcătoare. Cauzele acestor insuccese sunt în parte rigiditatea bontului pulmonar şi a pereţilor cavitari (întâlnită de noi în 4 cazuri), observată mai ales la acei bolnavi la cari intervenţia se execută tardiv, sau la cari cavităţile se găsesc localizate mai aproape de baze decât de vârf; dar ele se datoresc mai ales bilateralizării leziunilor pulmonare. Despre acestea unii autori afirmă, că apariţia lor ar putea fi favorizată, într'o anumită măsură, prin colapsul brusc al plămânului survenit după intervenţie, şi le socotesc printre complicaţiile metodei. Nu vrem să discutăm aci această patogenie, menţionăm însă că n'am văzut nici un caz autentic de bilateralizare datorită intervenţiei. Bilateralizările noastre în număr de 8 pot fi împărţite în două categorii:

Intr'un grup de cazuri am putut constata mici lesiuni ale părţii controlaterale şi înainte de intervenţie, dar nu în toate aceste leziuni au evoluat defavorabil după operaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Influenţa acesteia este deci discutabilă. In alt grup figurează bolnavii la cari bilateralizarea apare tardiv, la câteva luni după operaţie, chiar după ce pentru un timp au dispărut bacilii din spută. Evident că un nex cauzal între operaţie şi bilateralizare nu poate fi stabilit. Noi credem că aceste bilateralizări tardive se pot atribui în multe cazuri de pneumotorace întreţinute la noi, conduitei puţin riguroase a curei, atât de des observate şi explicabile în primul rând prin motive de ordin material.

In concluzii ne credem îndreptăţiţi a afirma, confirmând prin aceasta, în baza unei experienţe personale destul de întinse, părerea identică emisă de autori streini că metoda lui Iacobaeus posedă o valoare practică însemnată, fiind capabilă să amelioreze în măsură apreciabilă rezultatele pneumotoracelui terapeutic. Graţie ei 50—80% a colapsurilor incomplecte şi fără valoare curativă devin eficace. Există deci un real interes ca ea să fie introdusă şi la noi în practica ftiziologică. Având în vedere că executarea ei necesită un instrumentar destul de costisitor şi cunoştinţe technice speciale, practica ei rămâne rezervată, caşi alte metode de colapsoterapie chirurgicală, anumitor clinici sau instituţii de specialitate, ceiace nu înseamnă însă că numărul bolnavilor cari vor beneficia de avantagiile ei va trebui să rămână redus, căci practicienii noştri,

prin faţa cărora defilează grosul tuberculoşilor, au început deja să înţeleagă, că pentru a putea obţine rezultate satisfăcătoare sunt nevoiţi să colaboreze cu asemenea centre special utilate în vederea tratamentului modern al tuberculozei. Cunoscând valoarea operaţiei lui Iacobaeus, desigur că nu vor ezita să-i pună la timp indicaţia, îndrumând bolnavii spre serviciile de specialitate.

Doc. L. DANNIELLO: *L amélioration des resultats du pneumotorax thérapeutique par la résection des adhérences intra pleurales. Des considerations en rapport avec 44 cas personnels.*

Les operations furent executées avec l'instrumentation de Iacobaeus modifiée par Unverzicht. En résumant les indications de cette méthode, l'auteur croit que l'intervention est justifiée dans les pneumotorax uni ou bilateral où on trouve des symphyses pléurales partielles à l'examen endoscopique, qui doivent être résequées et s'opposent d'une manière certaine au collapsus entretenant des cavernes ouvertes, des baciles dans l'expectoration et des signes d'activité bacilaire dont le porteurs ne présentent pas d'autres localisations tuberculeuses à caractère malin ou un état général trop altéré.

Après avoir exposé les resultats obtenus et les complications qui sont survenues l'auteur conclut, que ce procédé améliore 50—80 % des collaps incomplets et sans valeur curative et mérite d'être appliqué dans une mesure plus étendue.

Doz. DANIELLO: *Die Verbesserung der Ergebnisse der therapeutischen Pneumothorax durch die Resektion der Intra pleuralen Verwachsungen. Betrachtungen in Zusammenhang mit 44 persönlichen Fälle.*

Die Operationen wurden mit den Iacobaeus Instrumentarium von Unverzicht modifiziert gemacht.

Central University Library Cluj

Indem der Verfasser die Indicationen dieser Methode zusammenfasst, glaubt er dass die Intervention gerechtfertig ist in diesen Pneumotorax ein oder zweiseitig in welche die pleuralen partialen Symphisen bei den endoscopischen Prüfung gefunden sich den Kolaps offenkundig entgegensetzen, in dem sie offene Höhlungen unterhalten, Bazillen in den Ausswurf und welche Kranke nicht andere tuberkulosen Localisationnen mit schlechten Karacter oder ein alteriertes allgemeines Befinden zeigen.

Nach dem er die erhaltenen Erfolge und die vorgekommenen Komplikationnen zeigt, schliesst der Verfasser dass dieses Mittel 50—80% aus den unvolkommenen Kolaps verbessert und wo es ohne Kurativen Wert sich gezeigt hat sollte auf einer grössere Stuffe empfolen werden.

Spitalul „Caritas“ şi „Noua Maternitate“
din Bucureşti
Serviciul Consultaţiilor de Medicină Internă
Medic Primar Docent D-r Iagnov

IUŢEALA DE SEDIMENTARE A HEMATIILOR LA HIPERTENSIVI *)

de

S. IAGNOV, AL. WEINTRAUB şi SABINA GHERMAN

Iuţeala de sedimentare a globulelor roşii, reacţiune care exprimă turburările de echilibru coloidal sanguin, a fost folosită ca mijloc de diagnostic şi de stabilire a prognozei într'o serie de afecţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modificările patologice petrecute într'un ţesut micşorând echilibrul stabil al constantelor sanguine, este firesc să producă şi o accelerare sau micşorare în sedimentarea hematiilor. Fenomenul este foarte frecvent în procesele patologice sau fiziologice în care componenta humorală are un rol de căpetenie.

Deaceia viteza de sedimentare a hematiilor este un mijloc de diagnostic în sarcină, un criteriu pentru stabilirea prognozei în maladiile contagioase, un mijloc de orientare clinică în tuberculoza pulmonară, în anumite boale nervoase, etc., etc.

Era firesc să se încerce reacţiunea şi în sindromul hipertensiunei arteriale, unde justificarea ei logică se bizue pe două serii de fapte, în finalitatea lor suprapuse: modificările humorale ale sângelui hipertensivilor, şi deci existenţa factorilor fizico-chimici, cari condiţionează însuşi fenomenul sedimentărei.

*

Intr'adevăr concepţia patogenică neuro-humorală —, cea mai actuală pentru explicaţia mecanismului hipertensiunei arteriale — se prijină pe două componente esenţiale: unul nervos, nevraxial şi organovegetativ; altul humoral, hormonal şi electrolitic. Desechi-

*) Lucrare primită la redacţie la 11 Ianuarie 1935.

librul neoro-vegetativ pare a fi produs printr'o modificare humorală de natură endocrină sau metabolică. Iar dintre turburările glandelor endocrine, în direcţia cărora au fost pe rând susţinute: tiroida, hipofiza, testiculii, ovarul, pancreasul, pare că secreţiunea suprarenalei este unealtă de regulaţiune principală a tensiunei arteriale. Chiar şi sinusul carotidian ar fi un centru reflex adrenalinosecretor, (Heymans, Tournade şi Chabrol, Danielopolu). O cauză a acestui desechilibru neoro-vegetativ, sau un factor de apariţie concomitent, sunt turburările fizico-chimice petrecute în sângele hipertensivilor. Nenumăraţi cercetători au ajuns la concluziuni interesante studiind modificările colesterinei, glucozei, ale calciului, potasiului, clorurei de sodiu, acizilor aminaţi, guanidinei, colinei, ale rezervei alcaline. Dintre toate aceste constante sanguine, conţinutul în proteine al sângelui hipertensivilor pare să fie elementul cel mai interesant. Variabilitatea conţinutului proteinic condiţionează în principal iuţeala de sedimentare a sângelui şi explică o serie de fapte clinice din capitolul aşa de frecvent al hipertensiunei arteriale.

Intr'adevăr, Govaerts a arătat, că sângele hipertensivilor puri, cari nu au leziuni renale, este foarte bogat în proteine. Din această pricină presiunea osmotică a sângelui lor este foarte ridicată. Gevaerts ridică acest fapt până la un element cauzal de bază pentru însuşi geneza hipertensiunei arteriale. Fără a intra în discutarea justeţei acestei concepţii patogenice, ea contribue însă aproape peremptoriu la explicarea lipsei oedemului chiar în insuficienţa cardiacă a unor hipertensivi; suprapresiunea osmotică a plasmei protejează organismul împotriva oedemului. Când însă apare insuficienţa renală, presiunea osmotică se micşorează, fiindcă apa neeliminată prin urină diluiază sângele, iar oedemele apar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar trecând peste cercetările de amănunt ale lui Govaerts, de aşa largă perspectivă pentru înţelegerea decompensărilor cardio-reno-vasculare, un fapt rămâne central pentru cercetarea iuţelei de sedimentare a hematiilor la hipertensivi: modificarea conţinutului proteic al sângelui lor. Pentru înţelegerea acestui fenomen la hipertensivi, trebuie să mai ţinem seama şi de cercetările lui Policard, care a arătat că rapiditatea sedimentărei e influenţată de vâscozitatea plasmei şi de corpii lipoidici fixaţi pe globulul roşu. Dar Salomon, de Pottes, Cordier şi alţii au dovedit, că deşi la hipertensivi curba colesterinei e urcată, înrăurirea ei asupra iuţelei de sedimentare a hematiei este mică sau nulă. Rămâne dar stabilit, că pletora proteinică şi suprapresiunea osmotică rezultată, constitue factorii biochimici determinanţi ai fenomenului sedimentărei la hipertensivi. Ambele aceste caracteristice sanguine constituind un atribut frecvent al hipertensivilor, cercetarea iuţelei de sedimentare a globulelor sanguine, pot duce la concluziuni clinice deosebit de interesante.

*

Inainte de a înfăţişa rezultatul cercetărilor noastre, este necesar să arătăm că în însuşi factorii fizico-chimici determinanţi

ai sedimentărei găsim o serie de elemente, cari intră ca factori constitutivi în procesul de pletoră proteinică şi suprapresiune osmotică al hipertensivilor. Ba, ceva mai mult: de predominenţa unora din aceşti factori atârnă variaţia, iuţelei de sedimentare a hematiilor în diversele varietăţi de hipertensiune arterială.

Factorii principali ai sedimentărei sunt: gradul de dispersitate a albuminelor plasmei, tensiunea superficială, viscositatea optimă, punctul isoelectric al hematiei. Factorii auxiliari sunt: numărul şi mărimea hematiilor, bogăţia în CO_2 sau O, coagulabilitatea sângelui, etc. Fiecare din aceşti factori au fost studiaţi în ceeace priveşte aportul lor de sine stătător în procedeul sedimentărei, stabilindu-se în acelaş timp prioritatea de contribuţie a fiecăruia. Astfel Kopaczewsky, Starlinger, Herzfeld, Klinger, etc., iar la noi Popper, Kreindler, Mironescu, etc., au arătat că sedimentarea este mai înceată atunci când albuminele din plasmă sunt într'o stare dispersoidică mai mare, când tensiunea superficială va fi mai mică, viscozitatea mare şi încărcătura electrică crescută.

Sedimentarea va fi accelerată, când toţi aceşti factori vor avea o acţiune inversă.

Dar variaţiunea factorilor determinanţi ai sedimentărei atârnă sau se confundă cu variaţiunea stărei coloidale a organului bolnav. Tensiunea superficială, presiunea osmotică, gradul de dispensiune al proteinelor, etc., sunt atribute ale stărei coloidale. Modificarea proprietăţilor lor sunt în raport cu întregul proces fizio-patologic, care schimbă natura coloidală a ţesutului bolnav. Este prin urmare firesc că în sindromul hipertensiunei arteriale, a cărui etiologie este aşa de variabilă, modificările stărei coloidale a sângelui să corespunză acestor variaţiuni etiologice. Constantele sanguine — în ordinea proteinelor, a mineralelor ca şi a corpilor graşi — vor varia în raport cu dispoziţia etiologică a hipertensiunei. Aşa se explică dece concluziile autorilor asupra dozajului ureii, altor corpi azotaţi, clorurilor, colesterinei, etc., variază nu numai dela o varietate etiologică a hipertensiunei la o alta, dar şi în cuprinsul aceleaşi varietăţi. Dar mai ales în direcţiunea proteinelor, a căror pletoră e aproape constantă în hipertensiunile fără oedem, echilibrul coloidat al sângelui variază cu atât mai mult, şi factorii determinanţi ai sedimentărei sunt de o potenţialitate variată. Proteinele sunt combinaţiuni complexe, cu mari pierderi moleculare, constituite îndeosebi de acizi aminaţi de multiple varietăţi izomerice (Abderhalden). Gradul lor de stabilitate coloidală este în raport cu încărcătura electrică a particulelor. Aceasta atârnă de proprietăţile hidrofile sau nu ale unor anumite grupe de proteină. Deasemenea presiunea osmotică ca şi tensiunea superficială a proteinelor este în funcţiune de starea de aciditate sau de alcalinitate a mediului sanguin. O serie de împrejurări prin urmare fizico-chimice particulare, pentru determinismul humoral al hipertensiunei. Dacă la toate acestea mai adăogăm şi factorii adjuvanţi din mecanismul iuţelei de sedimentare, înţelegem mai bine valoarea acestei probe pentru diagnosticul etiologic, dar mai ales pentru prognoza hipertensiunei arteriale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr, toţi aceşti factori secundari — numărul hematiilor, cantitatea de hemoglobină, bogăţia în CO_2 sau O, — constitue substratul biochimic sanguin, bine cunoscut al stărilor de decompensare cardio-vasculare. Contribuţia lor cantitativă e de mare preţ în determinarea vitezei de sedimentare a globulelor roşii la hipertensivii porniţi spre insuficienţă cardiacă sau ajunşi în această stare. De aceea proba sedimentărei are importanţă în studiul hipertensiunei arteriale, nu numai pentru a identifica o reacţiune determinantă cu factorii constanţi a unei stări coloidale. Prin ajutorul ei încercăm a citi în variaţiunea vitezei de sedimentare a hematiilor hipertensivilor un grad al insuficienţei cardiace.

*

Acest element clinic a scăpat cercetătorilor, cari s'au ocupat de reacţia sedimentărei la hipertensivi. Dosserra a arătat, că viteza de sedimentare a globuleor variază după modificările conţinutului proteic al sângelui. El nu trage concluziunile clinice ale acestei variaţiuni. Salomon, De Pottes, şi Valtis studiază iuţeala de sedimentare a globulelor roşii, ale hipertensivilor în raport cu colesterinemia, constatând o sedimentare rapidă neinfluenţată de cantitatea colesterinemiei, dar fără o precizare a variaţiunilor întâlnite. Pornind dela concepţiunea pletorei proteinice a lui Gevaerts, Pellissier, studiază în câteva observaţiuni sedimentarea hematiilor, constatând o accelerare considerabilă a vitezei de sedimentare. Cercetările lui Pellissier au drept scop să stabilească viteza de sedimentare a hematiilor la hipertensivi în raport cu a normalilor. El nu deduce fapte în raport cu varietatea hipertensiunei.

Colecţia Universităţii Babeş-Bolyai Cluj

Pornind dela toate aceste cercetări, după ce am găsit în mecanismul fizico-chimic de producere a sedimentărei un îndemn logic pentru studierea ei la hipertensivi, am încercat să găsim în reacţiunea sedimentărei nu numai o dovadă de nestabilitate coloidală a substratului humoral al hipertensivilor, ci şi un semn premonitor al insuficienţei cardiace. Observaţiunile noastre le-am făcut pe un şir de 40 bolnavi, aflaţi în îngrijirea noastră în serviciul consultaţiunilor de medicină-internă al Spitalului „Caritas" şi „Noua Maternitate".

Technica folosită de noi a fost acea a lui Linzenmeier. Cu o seringă de 1 cm^3, conţinând 0,02 cm^3 dintr'o soluţie de citrat de sodiu 5% sterilă, am luat din vena bolnavului 0,08 cm^3 de sânge. In total un centimetru cub de lichid. Se amestecă citratul şi sângele prin înclinări succesive. Conţinutul se varsă într'un tub de sticlă special de 4 mm., diametru interior şi de 6,5 cm. înălţime. Sângele citratat vine până la indicaţia O. Dedesubtul acestei indicaţiuni figurează alte trei linii, fiecare depărtată de cealaltă cu o distanţă de 6 mm. Timpul sedimentărei se traduce în minute, socotite până ce sângele citratat a coborât la linia cea mai inferioară, adică la 18 mm. sub nivelul iniţial.

Am stabilit dela început ca şi Pellissier, dar pe un număr mai mare de observaţiuni, că iuţeala de sedimentare a hematiilor la hipertensivi e mult mai mare ca la normali. Salomon şi Valtis

fixează pentru normali viteza sedimentărei la 3 ore. Pellissier la 2—2,20 minute. Timpul acesta este unanim recunoscut. La hipertensivi iuţeala sedimentărei nu trece după Pellissier, de 160 minute. Cifrele obţinute de noi sunt însă cuprinse între 25—163 minute, dar cu multe variaţiuni între ele.

Iată un tablou, cu rezultate variate.

TABLOUL No. 1

Observ. No.	Tensiunea arterială W. L.	Iuţeala sedimentărei	Observ. No.	Tensiunea arterială W. L.	Iuţeala sedimentărei
1	20 —10	76'	17	20—14	105'
2	18 —10	168'	18	26—14	51'
3	22 —12	63'	19	17—10	47'
4	26 —14	43'	20	18—10	78'
5	23 —14	60'	21	19—10	57'
6	17 — 9	163'	22	25—12	60'
7	18 —10	249'	23	19—11	88'
8	21 —11	25'	24	18—10	70'
9	23½—14	135'	25	28—13	95'
10	18 — 8	80'	26	22—13	55'
11	17 —10	44'	27	21—12	50'
12	21 —11	65'	28	25—14	104'
13	18 —10	60'	29	21—15	116'
14	20 —12	40'	30	21—11	22'
15	25 —15	39'	31	19—13½	67'
16	19 —10	110'	32	20—10	80'

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă analizăm tabloul No. 1 observăm că viteza sedimentărei este mare, indicând o rapiditate, care se îndepărtează mult de cea normală. Aceasta înseamnă, că factorii determinanţi ai sedimentărei prin instabilitatea coloidală a ţesutului sanguin îşi găsesc la hipertensivi un larg prilej de acţiune. Aglutinarea hematiilor ca şi sedimentarea lor rapidă se face fiindcă sângele hipertensivilor este în măsură să ofere toate condiţiunile din clasicele experienţe a lui Fahreus, Linzenmeier, şi Starlinger. Schimbarea moleculară chimică a componenţilor sângelui, cu posibilitatea predominenţei fibriogenului—factorii importanţi ai autoaglutinărei, cu globulinele sângelui aflate într'o anumită fază de dispensiune, cu potenţialitatea electrică a hematiei scăzute, deci cu posibilitatea lor de a se conglomera şi a cădea la fund. Aceste formule oricât de abstracte ar părea, — fiindcă nu-i necesar de repetat aci în totul explicaţiile lui Fahreus, Linzenmeier, etc., precum nici amănunţirea biochimică clasică a fiecărui fenomen în parte, corespund realităţilor humorale cunoscute în clinica hipertensiunei.

Se ştie, am amintit şi noi mai sus, că mai toate constantele sanguine îşi modifică cantitativ şi calitativ constituţia. De gradul acestor modificări, dar mai ales de calitatea lor, atârnă în parte şi varietatea hipertensiunei. Govaerts susţine, precum am arătat drept o caracteristică a hipertensiunilor fără oedem, necesitatea pletorii proteinice humorale. In ceeace priveşte hipertensiunea de

menopauză, Pellissier a arătat deasemenea, variaţiunea cantitativă a colesterinei, Labbé pe a glicemiei, Major pe a guanidinei, şi atâţia alţi cercetători au atras atenţiunea asupra modificărilor cantitative ale ureii, azotului rezidual, polypeptidemiei, etc. De aceea în faţa unei asemenea linii de desfăşurare a variabilităţilor constantelor sanguine este firească modificarea coloidală sanguină a hipertensivilor, deci şi reacţiunea sedimentărei cu mult mai rapidă ca la normali.

Dar cercetările humorale amintite ne-au arătat că această variabilitate a constantelor humorale, nu se produce în bloc şi nu e aceiaşi la fiecare varietate etiologică de hipertensiune. Fără a se putea preciza motivul, fapt este, că variaţia constantelor sanguine pare a fi parţial electivă pentru fiecare categorie de hipertensiune. Din însuşi tabloul înfăţişat mai sus, se poate vedea o serie de hipertensive la care iuţeala de sedimentare a sângelui este extrem de rapidă, variind între 25'—60'. Iată, concentrate într'un tablou aparte toate aceste cazuri.

TABLOUL No. 2.

Observ. No.	Tensiunea arterială W. L.	Iuţeala sedimentărei
1	26—12	43'
2	21—11	23'
3	17—10	44'
4	18—10	60'
5	20—12	40'
6	25—12	35'
7	26—14	51'
8	17—10	47'
9	19—10	57'
10	22—13	55'
11	21—12	50'

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate bolnavele care au dat o asemenea reacţie de sedimentare rapidă au o hipertensiune de menopauză. Identificarea etiologică a diagnosticului s'a făcut clinicește după anamneză, predominenţa fenomenelor vasomotorii şi absenţa oricăror indicii clinice de leziune cardio-renală. Ori, în special la această varietate de hipertensiune a arătat Pellissier o modificare în bloc a tuturor constantelor sanguino-humorale; motiv pentru care, el denumeşte hipertensiunea de menopauză, „solitară". Deci, justificare a unei sedimentări extrem de rapide, fiindcă toate condiţiunile biochimice ale reacţiunei sunt în plin date: stare dispersoidă mică a albuminelor sanguine, raportul acid-bază modificat în direcţia variabilă a unei acideze şi alcaloze relative (Labbé) etc. etc.

Dar iuţeala de sedimentare a globulelor roşii a fost extrem de rapidă, 20'—40', la o categorie a bolnavilor noştri la cari în repetate rânduri sedimentarea s'a produs totuşi într'un timp maxim de o oră şi 15'—20'. Bolnavii din această categorie erau cardio-

PECTOFEDRIN

Conţine principii activi extraşi din plantele: **Marrubium vulgare, Inula Helenii, Thymus vulgaris şi Equisetum arvense,** în asociaţie cu sulfoguaiacolat de potasiu, benzoat de sodiu, bromură de potasiu şi efedrină.

Posedă o triplă acţiune: fluidifiant, expectorant şi aseptisant asupra produşilor de expectoraţie.

Uşurează expectoraţia, calmează tusea, fiind în acelaş timp şi un remineralizant.

Indicaţie: Răceli, bronşite, catarul bronchiilor, gripă, astmă, tuberculoză, laringita, tusea convulsivă.

MARRUBIUM lucrează asupra căilor respiratorii în mod asemănător cu terpina provocând secreţia mucoasă şi exercitând o acţiune antiseptică. Acţiunea sa e lipsită de pericolul de congestie şi inflamaţie.

Prin acţiunea sa de tonic amar justifică întrebuinţarea în tuberculoză, chiar dacă n'are acţiune asupra bacilului Koch, însă se opune la înmulţirea germenilor.

EQUISETUM, întrebuinţat cu folos în afecţiunile pulmonare, este considerat de Renon ca un agent preţios de remineralizare în tuberculoză, favorizând reacţia de apărare a organizmului prin provocarea unei proliferări fibroase active.

INULA HELENII este un bun medicament al căilor respiratorii, exercitând o acţiune locală topică cicatrizantă. Calmează iperexcitabilitatea laringelui, calmând tusea şi favorizând expectoraţia.

Dă rezultate în catarele laringelui, pulmonare şi ale bronchiilor. O eficacitate miraculoasă prezintă în cura tusei convulsive.

THYMUS VULGARIS, antispasmodic şi antiseptic sub forma de infuzie sau de sirop, se întrebuinţează în tratamentul tusei în general şi în special al tusei convulsive.

EFEDRINA este indicată în astma esenţială sau de origine alergică, unde efectul efedrinei se manifestă chiar după $^1/_4$ — $^1/_2$ oră de la ingestiune. In bronşitele cronice, specie de emfizem, ca şi în dispnea permanentă efedrina poate folosi prin faptul că uşurează expectoraţia.

1 linguriţă (5 c. c.) Pectofedrin conţine:
Benzoat de sodiu 0,10; Bromură de Potasiu 0,15;
Sulfoguaiacolat de K 0,20; Clorhidrat de efedrină 0,01.

Medicament cu efect sigur
p. combaterea Anemiei, Clorozei, Cachexiei, Debilităţei, Lipsei poftei de mâncare

Hemofer

Compoziţia: Hemoglobină, Oxyhemoglobină, cu toţi componenţii sângelui sănătos, sub forma coloidală.
Lichid cu gust plăcut.

Doza zilnică: Pentru adulţi: 2-4 linguri
„ copii 2-4 linguriţe

Preţul pt. public flacon original 250 gr. **Lei 98**

VALOBROM
ITEANU

Lichid cu gust plăcut. Conţine: Extracţiunea totală a rădăcinei de Valeriana officinalis şi compuşi organici ai bromului şi acidului dietilbarbituric. **Sedativ, calmant al sist. nervos, indicat în tratamentul Isteriei, Neurasteniei, Insomniei, Migrenei, Meninginismului, Ticurilor nervoase, etc.**

Doza zilnică: pt. adulţi 2-4 linguriţe simplu sau cu puţină apă.

Preţul pentru public **Lei 100.**

CARDIVAL (DRAGELE)

Principii activi: Sparteină, Chinină br., Adonis, Valeriană, Acid feniletilbarbituric.

„CARDIVAL" are o acţiune sedativă, în special asupra sistemului nervos vegetativ. Fenomenele spasmodice şi reflexe sub dependinţa acestui sistem sunt în special influenţate prin întrebuinţarea acestui preparat. Cităm în special acţiunea binefăcătoare în afecţiuni ca spasme bronchice, spasme stomacale şi intestinale, palpitaţiuni nervoase şi reflexele ocazionate de syndromul solar. In domeniul acestui syndrom, o acţiune sedativă imediată se manifestă la câteva minute după îngerarea şi în special dispariţiunea tulburărilor şi aerofagia ce însoţesc acest syndrom.

Doza obişnuită este 1-3 dragele pe zi, luate câte una cu câteva minute înaintea fiecărei mese. | **Flacon original cu 24 dragele**

Preţul pentru public Lei 95.

Laboratorul «D-r AL. ITEANU», Bucureşti I, Str. V. Lascar, 5 şi 7

Gouttes **NICAN**

Tuse

Spasmodice, Convulsivă, Gripa, Tuberculosa

Tratamentul Insomniei prin

SOMNOTHYRIL

(1 — 3 pilule pe zi)

Laboratoires CANTIN a Palaiseau (France)

CEREOSSINE

(os proaspăt total)

Simple, Iradiate, Decalcificare, Creştere, Convalescenţă, Tuberculosă, Fracturi

ENTEROBYL

Drenaj Biliar

Antiseptie Biliară şi Intestinală

Desensibilisator

Laboratoires DEHAUSSY a Lille (France)

RHESAL

(Ether M. Salicilic a glicerinei)

Anti REUMATISMAL

Anti NEVRALGIC

LUMBAGOSCIATICA-TORTICOLIS

NOPIRINE

(Tablete)

Anti reumatismal

ANALGESIC / ANTIPIRETIC

DIMETOL

(Granule)

ARTRITISM, GUTA, REUMATISM

SPECIFIC AL DIATHESEI ARTRITICE

Laboratoires VICARIO Paris

Reprezentanţi şi depozitari pentru România:

„AGENCE ROUMAINE FRANCAISE"

Bucureşti, 37 Sft. Apostoli.

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

renali compensaţi, fără vre-un indiciu de laborator sau semiologic, că s'ar afla la începutul unei insuficienţe cardio-renale. Tensiunea lor arterială dovedia un nivel de echilibru între cordul central şi cel periferic.

Iată tabloul acestor bolnavi, cu iuţeala de sedimentare extrem de mare, apărută în clipa unui început de insuficienţă cardiacă.

TABLOUL No. 3.

Observ. No.	Tensiunea arterială W. L.	Iuţeala sedimentărei
1	28—16	25'
2	21—11	22'
3	20—13	35'
4	22—16	30'
5	25—14	28'
6	26—14	40'
7	20—14	35'
8	19—13	28'

Observaţiunile cuprinse în acest tablou provin de la bolnavi cardio-renali, urmăriţi, multă vreme în serviciu, hipertensivi, cu o iuţeală de sedimentare mică în raport cu cele normale, notate în parte în tabloul No. 1. Dar în timp ce frecventau serviciul consultaţiilor, clasaţi printre bolnavii cronici au prezentat fenomene de relativă insuficienţă cardiacă. Bolnavele dela No. 2 şi 5 de o pildă au făcut, prima bronchectasie, a doua o congestie pulmonară activă. Consecutiv dispnee şi un suflu de mitralizare. Deci, semne mici de insuficienţă cardiacă. Iuţeala de sedimetare creşte dela 90' în trecut, la 22' şi 35' în prezent.

Bolnava No. 1 este o veche diabetică. In vârstă de 64 ani, are glicemia şi glicozuria crescută brusc, raluri difuze de bronchită, ficat mărit şi senzibil, suflu de mitralizare, tensiune diastolică urcată. Pe lângă simptomele diabetice accentuate, vădite semne de insuficienţă relativă cardiacă. Iuţeala sedimentărei creşte dela 85' la 25'. Ceilalţi 5 bolnavi, cuprinşi în tablou, nu prezintă semne clinice de decompensare cardiacă, dar o vădită decapitare a tensiunei diferenţiale, prin creşterea tensiunei diastolice. Apariţia acestei deapitări coincide cu o mare iuţeală în sedimentarea hematiilor lor, viteză mult mai mare decât aceia avută de bolnavi înainte de apariţia fenomenelor tensionale notate.

Acest proces extrem de rapid al sedimentărei apărut la bolnavii hipertensivi însoţind primele semne ale unei decompensări cardio-vasculare constituesc, credem, o indicaţie practică extrem de interesantă de aplicabilitate a reacţiunei sedimentărei. Mai ales în problema, aşa de necesară clinicește, a cunoaşterei limitei funcţionale a „cordului" periferic, ea constitue un amănunt în plus sugestiv, şi uşor de mănuit. In deosebi la bătrânii arterio-scleroşi,

unde simptomul hipertensiunei este singurul proeminet din tot procesul de desfăşurare al sclerozei cardio-renale, latentă şi de lungă durată din punct de vedere clinic, proba sedimentărei este un indicatoriu nu numai pentru măsurarea resistenţei vaselor, dar şi pentru citirea în bloc a desiquilibrului humoralo-coloidal, rezultat din modificarea constantelor sanguine.

Rezumând cele expuse până aci, le putem formula în următoarele concluziuni:

Viteza de sedimentare a globulelor roşii este în genere mult mai rapidă la hipertensivi ca la normali. Durata acestei sedimentări este până la o oră şi jumătate, pe când la normali e 2 ore şi jumătate până la trei.

Iuţeala sedimentărei în hipertensiunea de menopauză este mult mai mare decât la celelalte varietăţi de hipertensiune. Ea variază între 25'—60'.

Dacă în procesul de desfăşurare a unei hipertensiuni apar semne de insuficienţă cardiacă relativă, viteza de sedimentare a globulelor roşii se produce extrem de rapid, variind între 20'—40'. Ea constitue astfel un orientator precoce pentru revelarea decompensărei.

S. IAGNOV, AL. WEINTRAUB et S. GHERMAN: *La vitesse de sédimentation des hematies chez les hypertensifs.*

La vitesse de sédimentation des globules rouges est généralement plus rapide chez les hypertensifs que chez les gens normaux. La durée de cette sédimentation atteint une heure et demie, tandis chez les gens normaux, elle est de deux heures et demie jusqu'à trois heures.

La vitesse de sédimentation dans l'hypertension due à la ménopause est de beaucoup plus grande que dans les autres variétés d'hypertension. Elle varie de 25' à 60'.

Si dans le processus de développement d'une hypertension apparaissent des signes d'insuffissance cardiaque relative, la vitesse de sédimentation des globules rouges se produit de façon extrémement rapide en variant de 20' à 40'. Elle constitue de cette façon une orientation précoce pour la révélation de la décompensation.

S. IAGNOV, AL. WEINTRAUB und S. GHERMAN: *Die Sedimentationsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei den Hypertonickern.*

Die Sedimentationsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ist im allgemeinem bei den Hypertonickern beschleunigt, im Vergleich mit jener bei Leuten mit normalem Blutdrucke. Die Dauer der Sedimentation ist $1^1/_2$ Stunden, während sie bei Leuten mit normalem Blutdruck $2^1/_2$ bis 3 Stunden beträgt.

Bei dem Bluthochdruck der durch die Menopause verursacht wird, ist die Sedimentationsgeschwindigkeit viel grösser als beim Bluthochdruck aus anderen Ursachen. Sie schwankt zwischen 25' und 60'.

Falls während des Fortschreitens des Hochblutdruckprozesses die Symptome einer relativen Herzinsuffizienz erscheinen, wird die Sedimentationsgeschwindigkeit viel schneller schwankend zwischen 20' und 40'.

Auf diese Art gibt sie uns eine frühzeitige Orientierung zur Hervorhebung der Decompensation.

Serviciul neuro-psihiatric al Spitalului Diciosânmartin

INFLUENŢA GLANDEI TIROIDE ASUPRA METABOLIZMULUI CALCIULUI *)

de

D-r MAREŞ CAHANE

Se ştie rolul capital ce-l joacă glanda tiroidă în organism. După Parhon, apariţia ţesutului osos sau mai bine zis osteohistogeneza ar fi determinată de glanda tiroidă. Acelaş autor a atras atenţia că la animalele fără ţesut osos nu s'a observat ţesut tiroidian. Totodată din cercetările embriologice s'a putut constata că tiroida precede apariţia ţesutului osos.

Hofmeister, Vermehren, Jeandelise, Ariel şi Herman, Parhon şi D-na Parhon, Moussu, Biedl, Flug, etc. au dovedit legătura strânsă între tiroidă şi desvoltarea sistemului osos.

Sindromul athyroid sau hypotiroidian (experimental şi clinic).

Mai toţi autorii au găsit la animalele tinere etiroidate o întârziere în osificarea cartilajelor de conjugaţie şi o micşorare a creşterii în lungime a diafizelor lungi.

D-ra Ştefănescu a găsit şi ea o oprire în desvoltarea sistemului osos la animalele etiroidate.

Hanau a putut nota la animalele cu extirparea aparatului tiroidian o întârziere în consolidarea fracturilor.

In privinţa schimburilor minerale, Falta, Tedesco şi Bolaffio nu găsesc deosebiri prea mari la animalele etiroidate.

După Biedl la aceste animale se poate constata o scădere a eliminării prin urină a calciului, fosforului şi magneziului.

Schultz, Haushalter şi Guerin susţin că după tiroidectomie ar avea loc o mărire a calciului eliminat. Acest fapt a fost constatat de ultimii autori într'un caz de mixoedem. De curând Aub, Bauer, Heath şi Ropes găsesc că în mixoedem eliminarea calciului este scăzută. Maria Parhon dozând calciul din sângele total la berbecii etiroidaţi a găsit că era scăzut. Media la animalele etiroidate era de 0,053%, pe când la cele martore era de 0,070%.

Nishimura constată deasemenea în aceste cazuri o scădere a calcemiei.

Parhon şi D-na Derevici la câine, D-ra Verner la berbeci etiroidaţi găsesc mai curând o creştere a calciului seric.

*) Lucrare primită la redacţie la 29 Noembrie 1934.

E. Flug la 3 viţei tireoprivi găseşte că cifra calcemiei nu este mult deosebită de cea a martorilor.

Leicher notează în mixoedem o tendinţă la ipercalcemie.

Sig. Kohn găseşte după etiroidare o creştere a sodiului în sânge cu 25%, Kaliemia pare neinfluenţată.

După extirpările parţiale de glandă tiroidă la om, Rabinevitsch a găsit în 6 cazuri o scădere a calciului sanguin, autorul pune în legătură această modificare cu un traumatism al paratiroidelor.

Castex şi Schteingart în 7 cazuri cu metabolismul bazal scăzut găsesc de 2 ori calciul scăzut, iar de 5 ori a fost normal.

Parhon a găsit într'un caz de idioţie mixoedematoasă calciul seric scăzut.

Recent, Parhon şi Ornstein studiind serocalcemia în 10 cazuri de insuficienţă tiroidiană şi mixoedem au găsit că în genere variaţiunile au fost în limitele normale şi frequent sub aceste limite.

Studiul metabolismului calciului din ţesături după tiroidectomie sau în mixoedem ne-ar putea da rezultate interesante.

Levy şi Rotschild (1907), au presupus că apatia mixoedematosilor s'ar datori creşterei calciului din centrii nervoşi.

Parhon şi Gh. Dumitrescu (1910), n'au găsit o deosebire netă din acest punct de vedere în creerul animalelor etiroidate faţă de cele martore.

Parhon şi Cahane, la 2 pisici cu extirparea aparatului tiroidian în timpul suptului şi care n'au făcut accese de tetanie, dar prezentau mai târziu cu câteva luni semne de insuficienţă tiroidiană netă, au găsit în muşchi cantitatea de calciu mai mare faţă de martori. Magneziul a fost găsit scăzut, iar potasiul dozat numai la o pereche a fost găsit crescut la animalul operat.

Sindromul ipertiroidian (experimental şi clinic).

Administrând doze mici de tiroidă se provoacă creşterea rapidă a animalelor de experienţă, dozele mari de tiroidă întârzie creşterea. Acest din urmă fapt, s'ar explica prin osificarea cartilajelor de conjugaţie. Oasele au tendinţa să devie mai lungi şi mai înguste sau mai scurte şi mai înguste, după cum s'a administrat doze mici sau mari. (Moussu, Cerletti, Bircher, Parhon şi D-na Parhon, Maranon şi Urdiales, Cameron şi Carmichael, Cameron şi Sedzialc, Marie Ştefănescu, Trifon, Lavrenenco, etc.).

Parhon şi D-na Parhon au găsit substanţa compactă mai groasă.

Marie Ştefănescu şi M. Cahane administrând la un cobai dela vârsta de 2 zile (0,02 până la 0,25 gr. glandă tiroidă proaspătă), până la 5 luni când animalul a murit au putut nota o oprire în desvoltare a oaselor după cum arată cifrele:

	Martor	Ipertiroidizat
Femur	1,3404 gr.	1,0506 gr.
Tibia	0,9468	0,7114
Humerus	0,8412	0,6878
Cubitus şi Radius	0,5259	0,4107

Mouriquand şi Michel constată la cobai ipertiroidizaţi, modificări în oase de tip scorbutic, Claude şi Rouillard la câinii tineri după acelaş tratament au văzut alteraţiuni comparabile cu ale rachitismului.

După Peter Frantz şi D. Alize tratamentul tiroidian favorizează apariţia dinţilor.

După Maria Parhon dozele mici de tiroidă determină reţinerea şi mărirea calciului din organism, pe când dozele mari de tiroidă determină scăderea lui.

Schiff, Sinhuber, Nisipescu, Maria Parhon găsesc că tiroida măreşte eliminarea calciului. De curând am găsit la 2 cobaiţe ipertiroidizate că eliminarea calciului prin urină este de 2 şi 3 ori mai mare ca la animalele martore.

Silvestri şi Tosarti observă la omul normal o retenţie a calciului sub acţiunea dozelor mici de tiroidă.

Moraczewski la un aeromegal a notat aceleaş fenomene sub influenţa tratamentului tiroidian.

In sindromul basedowian deasemenea Scordo şi Franchini au găsit că eliminarea calciului este mai mare ca la oamenii normali.

Aub, Bauer, Heath, Ropes ajung la aceleaşi concluziuni Foules găseşte că eliminarea calciului la basedowieni creşte paralel cu eliminarea azotului.

Din studiul eliminării calciului deducem că ar exista şi modificări ale calciului din sânge. Intr'adevăr Sarvonat şi Roubière au găsit calcemia mărită la câinii ipertiroidizaţi. Acelaş rezultat îl obţine Aub la om. Leicher din contră tot la om, obţine (de 5 ori pe 6) scăderea calciului din sânge după tratamentul tiroidian.

Nishimura determină creşterea calcemiei la om şi animale cu ajutorul tratamentului tiroidian.

Deasemenea creşterea calcemiei la animalele ipertiroidizate a fost obţinută de Uchida, Parhon şi D-na Derevici, Trifon, Blinow. D-ra Lavrenenco găseşte din contră cifra calciului scăzută după acelaş tratament.

Parhon şi Cahane găsesc o scădere a calciului ionic la câinii injectaţi cu tiroxină.

Modificări asemănătoare s'au găsit în clinică studiind cazurile de basedow.

Aşa Billigheimer (1922), găseşte calcemia mărită într'un asemenea caz.

Herzfeld şi H. Lubowsky (1923), au găsit o uşoară creştere. Kylin din contră notează o uşoară scădere.

Revenind asupra acestei chestiuni Herzfeld şi Neuberger (1925), studiază calcemia în 15 cazuri de basedow, ei au găsit calcemia variind în 37% în limitele normale, 31,5% cu valori superioare şi 31,5% cu valori inferioare.

Castex şi Steingart în 17 cazuri cu metabolismul bazal crescut n'au găsit schimbări însemnate în cifra calcemiei.

Waldorp şi Trelles găsesc o ipercalcemie în 26 cazuri cu metabolismul bazal crescut. Montanori în 30% din cazurile de ipertiroidie găseşte creşterea calcemiei şi scăderea Kaliemiei.

Intr'un caz de basedow cu sclerodermie publicat de Parhon şi D-na Caraman am găsit calciul normal, potasiul era deasemenea normal, magneziul uşor crescut.

Leicher în maladia lui Basedow şi la om după administrarea de preparate tiroidiene a găsit calcemia de 3 ori normală, de 3 ori scăzută şi de 3 ori crescută.

Intr'un caz de Basedow cu vitilige, Parhon şi M. Derevici au găsit calcemia uşor mărită (0,124%).

De curând Csepai şi Pellathy găsesc calcemia în limitele normale în sindromul lui Basedow.

Aceiaşi autori găsesc însă că în aceste cazuri calcemia creşte mai mult ca la normali după injecţiile de parathormone.

Parhon într'un caz de Basedow clasic care prezenta şi semnul lui Chwostek a găsit calciul din sânge 0,092%, deasemenea calcemia a fost normală într'un caz de adenom tiroidian cu fenomene ipertiroidiene.

Intr'un caz de sindrom basedowian infantil Scherechewski a găsit calcemia normală.

De curând revenind asupra chestiunei Parhon împreună cu Ornstein studiind 30 cazuri de basedow au găsit în 18 cazuri calcemia variind între 0,100 şi 0,120, în alte cazuri a fost sub cifra de 0.100. Intr'un caz cifra era de 0,025, iar în alt caz era de 0,130%.

Din aceste date vedem că variaţiile calcemiei sunt mai mult în limitele normale.

Totuşi faptul că într'un număr însemnat de cazuri s'a găsit creşterea şi scăderea calcemiei, ne arată că nu s'a ţinut seamă de stadiul boalei, căci foarte probabil că cifra calcemiei este deosebită la începutul sau sfârşitul sindromului basedowian.

Romanian Central University Library Iași

Trecem la cercetările calciului din ţesuturi.

Acestea sunt mai recente, odată cu progresul biochimiei.

Amintim că Sarvonat şi Rubière dozând calciul din oase şi părţile moi la cobaii ipertiroidizaţi găseşte o diminuare în primele şi creşterea calciului în ultimele.

Deasemenea Uchida, Nishimura găsesc scăderea calciului din oase.

C. I. Parhon şi M. Cahane (1928), au găsit creerul animalelor ipertiroidizate mai sărac în calciu, în 8 cazuri calciul era mai puţin abundent, în 5 cazuri mijlocia a fost de 0,204% în ţesutul proaspăt la animalele ipertiroidizate, pentru 0,245% la martori. Magneziul a fost găsit şi el scăzut fără însă ca să existe un paralelism între calciu şi magneziu.

Conţinutul în mijlociu a fost de 0,143% la ipertiroidizaţi, pentru 0,157% la martori.

Uchida găseşte şi el o scădere a calciului din creer, deasemenea rinichiul este mai puţin bogat în calciu la animalul ipertiroidizat.

M. Cahane (1928), a găsit conţinutul în calciu a muşchilor de 7 ori pe 10 cazuri diminuat după tratamentul tiroidian. Magneziul dozat la aceleaşi animale a fost găsit de 6 ori crescut şi de 5 ori scăzut.

Acelaş autor studiind ţesutul hepatic la animalele ipertiroidizate a găsit că bogăţia lui era în mijlociu de 0,166$^0/_{00}$, pe când la animalele martore era 0,149$^0/_{00}$ de ţesut proaspăt. In 5 pe 7 cazuri conţinutul în calciu era mai mare la animalele tratate.

Magneziul a fost găsit crescut în ficatul animalelor ipertiroidizate.

Recent Parhon şi Cahane studiind calciul din cord la animalele ipertiroidizate sau injectate cu tiroxină au găsit că acest element tinde să crească în ţesutul miocardic.

BIBLIOGRAFIE

1) *Cahane M.:* Cercetări asupra variaţiilor electrolitelor în sânge şi ţesutului muscular din punct de vedere ilikibiologic, Edit. Viaţa Românească, 1928. — 2) *Cahane M.:* Le contenu du tissu musculaire en calcium et magnesium chez les animaux hyperthyroidisés. C. R. S. Biol. Avril TCXCIX p. 245. — 3) *Cahane M.:* Augmentation du magnezium et du calcium dans le foie des animaux hypertyroidises. C. R. S. Bi T. C. p. 924—1929. — 4) *Castex et Steigart:* Calcémie et thyroide. C. R. Soc. de Biol. Nov. 1925. — 5) *Lucien, Parisot et Richard:* Traite d'Endotrionologie. La thyroide Edit. Doin—1925. — 6) *Leicher, Deutsch:* Arch. Klin. Med. 141—1912. — 7) *Parhon C. I. et Goldstein:* Traite d'Endocrinologie. T. I-er—1923. — 8) *Parhon C. I. et Goldstein:* Traite d'Endocrinologie. II-e Fasc. 1930. Ed. Viaţa Rom. — 9) *Parhon C. I. et Dumitrescu Gh.:* C. R. du XX-e Cong. d. Med. Aout—1910. — 10) *Parhon C. I. et Dumitrescu et Nisipescu:* C. R. Soc. Biol. Avril—1909. — 11) *Parhon C. I. et H. Derevici:* C R. Soc. Biol. Juin—1926. — 12) *Parhon C. I. et Cahane M.:* Sur la teneur en calcium et en eau du muscle cardiaque des animaux hyperthyroidises. C. R. Soc. Biol. T. C. VI p. 58—1931.— 13) *Parhon C. et Cahane M.:* Action du traitement thyroidien et de la thyroxine sur la R. A. le et le calcium ienise du sang. Soc. R. de Neur. P. Ps. et End. 27—VI—1930. — *Parhon Marie:* The calcium content et the blood et thyroidetomized animals Endocrinology Vol. VII Nr. 2.—1923. — 15) *Waldorf et Trelles:* Calcemie et glycemie dans les maladies de la thyroide avec augmentation du M. B. O. R. Soc. Biel. Dec.—1926.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. CAHANE: *Influence de la glande thyroide sur le metabelisme du calcium.*

L'auteur montre le rôle capital que joue le corps thyroïde dans l'organisme.

D'après Parhon l'osteohystogénèse est determinée par l'hormonne thyroidienne.

Dans le syndrome athyroid éxperimental ou clinique on trouve des modifications du systhème osseux qui ne se dévellope pas dans des bonnes conditions.

L'élimination du calcium est diminuée. Dans le sang dans la plupart des cas on trouve une hypocalcémie.

Dans les tissus ce même élément tend à augmenter.

Dans le syndrome hyperthyroien expérimental ou clinique, le systhème osseux se devellope en longueur mais devient plus fragile.

L'élimination du calcium augmente. Dans le sang les chiffres du calcium sont audessus de la normale. Dans les tissus ce même élément tend à diminuer.

La diminution du calcium du cerveau, trouvée par Parhon et Cahane explique l'état hyperéxcitable des animaux hyperthyroidisés.

M. CAHANE: *Die Beeinflussung der Schilddrüse auf den Calcium Stoffwächsel.*

Nach den experimentellen Forschungen der verschiedenen Verfasser und den persönlichen Forschungen, zeigt der Verfasser die Verbindung zwichen die Schilddrüse und die Calcemie; in der selben Zeit die Verminderung und das Wachsen derselben in Zusammenhang mit der hypo oder der hyperthyrodïsation der experimentelen Tiere.

Spitalul pentru boli mintale şi nervoase
din Cernăuţi

PATOGENIA PELAGREI *)

de

D-r ROBERT FLINKER

Patogenia pelagrei nu este până acuma de loc clarificată. Fără să am intenţia de a arăta lipsurile teoriilor vechi, vreau să atrag atenţia numai asupra unei lucrări apărute în „Wiener medizinische Wochenschrift"[1]), în care atât pe baza literaturii mondiale, cât şi a studiilor mele personale, am putut dovedi, că nici una din teoriile asupra genezei pelagrei nu corespunde cu observaţiunile. Am arătat şi defectele studiilor de până acuma, care se bazează de obiceiu pe experimente la animal; dar este foarte probabil că multe animale, trăind în condiţiunile nefavorabile ale unui laborator, capătă boli de piele şi boli intestinale, asemănătoare cu pelagra. Asta este fără îndoială şi cauza, că diferiţi autori pretind, că au izbutit să producă pelagra la animale cu mijloace aşa de diferite.

Cred deci, că este nevoe, să căutăm un alt drum pentru a studia patogenia pelagrei. Un astfel de drum este comparaţia cu alte boli oricum asemănătoare. De fapt, există o boală care în multe privinţe seamănă cu pelagra şi este curios că până acuma nu s'a atras atenţia asupra acestui fapt: Anemia pernicioasă. Decursul cu remisiuni de lungă durată şi cu mai multe recidive este caracteristic pentru ambele boli. Glosita, achilia gastrică, flora microbiană de bacili, coli în stomac, diareea, simptomele spinale, edeme la boala avansată, predominarea bolii la femei, efectul terapeutic al arsenicului, toate acestea sunt simptome caracteristice pentru ambele boli. Se înţelege, că nu se pot trece cu vederea şi diferenţele, care există între aceste boli. Formula leucocitară, aşa caracteristică pentru boala lui Biermer, nu se găseşte niciodată la pelagră. (In literatura mondială se găsesc lucrări, din care se pretinde, că formula leucocitară la pelagră poate fi asemănătoare celei la anemia pernicioasă. Am putut arăta însă la un material destul de mare, că dacă se găseşte

*) Primită la redacţie în Februarie 1935.

1) *Flinker*: Die Aetiologie und Pathogenese der Pellagra, Wiener med. Wochenschrift, 1934, Nr. 34, 35, 36.

odată o anemie la un pelagros, aceasta are totdeauna un caracter secundar [2], [3], [4]. Schimbările pielei, cât şi survenirea endemică, atât de caracteristice pentru pelagră, nu corespunde cu anemia pernicioasă. Totuşi asemănările în aceste două boli sunt destul de mari, încât suntem îndreptăţiţi, a presupune cel puţin posibilitatea unei geneze analoage pentru ambele boli.

Dintre teoriile patogenezei boalei lui *Biermer*, cea gastrogenă mi s'a părut cea mai aplicabilă la pelagră. De fapt, *Hatiegan* şi *Döri* [5], *Babeş* [6], *Lavinder* [7] şi alţii au arătat însemnătatea schimbărilor sucului gastric pentru diagnosticul pelagrei, *Babeş* [6] a văzut adeseori ulceraţiuni în intestinele pelagroşilor, iar *Ceelen* [8] merge încă mai departe, declarând, că diagnoza anatomică a pelagrei trebue să se bazeze pe existenţa unei colite cistice.

Făcând studii privitor la anamneza pelagroşilor, am găsit că turburările gastro-intestinale nu sunt un simptom al bolii, ca şi oricare alt simptom, ci am fost surprins, că simptomele gastro-intestinale fie uşoare, fie grave, apar totdeauna cel dintâiu, adeseori chiar cu câţiva ani înaintea celorlalte simptome pelagroase.

Am început atunci să studiez chemismul gastric la pelagroşi, făcând examenul sucului gastric după diferite metode la un număr mare de bolnavi, dar mai ales, examinând sucul gastric la unul şi acelaş bolnav de mai multe ori în diferite stadii ale bolii, într'un timp mai îndelungat. (Cazuistica exactă va apare în curând în „Archiv für Verdauungskrankheiten"). Astfel, un număr de bolnavi a fost observat în privinţa sucului gastric un timp mai îndelungat. Pe baza acestor studii, cât şi pe baza unei anamneze exacte, care s'a făcut la fiecare bolnav, am ajuns la următoarele concluziuni: 1) O schimbare a chemismului gastric se găseşte în fiecare caz de pelagră fără excepţii. 2) Fiecare simptom la pelagră se poate ameliora independent de celelalte simptome; singura excepţie o face funcţiunea gastrică: Nu există o ameliorare a acestei funcţiuni la un pelagros, care n'ar fi urmată de o ameliorare a celorlalte simptome. 3) Este foarte probabil că turburarea funcţiunei gastrice la pelagră apare în fiecare caz ca primul simptom.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe baza acestor rezultate suntem îndreptăţiţi a presupune, că turburarea funcţională a stomacului, (probabil şi a intestinelor), nu este un simptom de aceeaş valoare ca celelalte simptome pelagroase, ci este cauza pentru celelalte simptome.

Este cunoscut, că *Ralph* şi *O. Leary* au întrudus în literatură termenul „Pelagra secundară" [9], înţelegând sub acest termen o pelagră care se iveşte după îmbolnăviri grave ale traiectului gastro-

---

2) *Meyer*: Klin. Wochenschrift 1932, Nr. 11.
3) *Stepp*: und voit, Neue Deutsche klinik 1933, Erg. Bd. 1.
4) *Flinker*: Folia haematologica 1933, Bd. 49.
5) *Haţiegan*: und Döri, Wiener klin. Wochenschrift, 1914, Nr. 16.
6) *Babeş V. A. Babeş şi A. A. Babeş*: Travaux sur la Pellagre. Cultura Bucureşti 1923.
7) *Lavinder:* in avitaminosen und verwandte Krankheitszustände de Stepp und György, Berlin 1927.
8) *Ceelen*: Beiträge zur path. Anatomie, 1931, Bd. 87.
9) Literatura asupra Pelagrei secundare vezi în lucrarea mea suscitată.

intestinal de diferite feluri. Nu cred, că este folositor să mai întrebuinţăm acest termen, de oarece am văzut mai sus, că în fiecare caz de pelagră, o turburare funcţională a organelor digestive se iveşte cel dintâiu. N'are deci nici un rost să distingem diferite grupuri de pelagră pe baza aceasta.

Trebue să ne întrebăm mai departe, care sunt cauzele pentru această turburare funcţională. Cred că nu este nici o îndoială că acestea sunt de natură diferită. Una din cauzele cele mai însemnate este o hrănire inadecvată cu mâncări greu de mistuit. Fără a fi un partizan al teoriei vechi că porumbul este cauza pelagrei, totuşi sunt de părere, că în cazuri de pelagră endemică, porumbul joacă un rol însemnat, nu în sensul, că conţine un toxin specific; dar porumbul, mai ales porumbul stricat, este o mâncare grea. Să nu uităm însă, că în cele mai multe regiuni cu pelagra endemică, hrănirea populaţiei este rea şi în altă privinţă: Hrana constă şi afară de porumb aproape numai din mâncări grele, ca varză, castravete, fasole, ş. a.

Şi abuzul de băuturi alcoolice joacă un rol important, atât la pelagra endemică, cât şi la cea sporadică. Se înţelege că abuzul acestor băuturi nu poate fi singura cauză, dar rolul lui ca cauză secundară este foarte uşor de explicat, căci un număr foarte mare de alcoolici au turburări în chimismul gastric.

Dar şi alte boli pot cauza pelagra, întrucât provoacă turburări ale funcţiunei gastro-intestinale. Aşa sunt descrise cazuri de „pelagra secundară" după colită, după tuberculoză intestinală, tumori abdominali, apendicită ş. a. (Despre literatura acestor cazuri vezi mai sus).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este cunoscut, că pelagra se iveşte adeseori la bolnavi atinşi de mai înainte de diferite boli psihice. Asta se poate explica uşor prin faptul că bolnavii aceştia mănâncă adeseori lucruri nemistuibile, ca hârtie, iarbă, ş. a.

Se înţelege că aceasta poate să aibă ca urmare turburări gastro-intestinale.

De mai multe ori s'a ivit deodată numeroase cazuri de pelagră la un loc (d. p. în lagăre de prinşi în timpul războiului, în Spitale de boli mintale [10]) ş. a.).

Aceste şi alte observaţiuni au decis pe câţiva autori, mai ales din şcoala anglo-americană, a presupune, că pelagra este o boală contagioasă. După părerea noastră, se poate întâmpla în cazuri rare, că o boală infecţioasă (şi nu trebue să fie totdeauna aceeaş boală), care provoacă turburări gastro-intestinale, poate provoca şi prin acestea şi mai multe cazuri de pelagră la un loc. Nu se poate admite însă în niciun caz, că pelagra ca atare ar fi o boală contagioasă. Cauzele care dovedesc asta, le-am expus în lucrarea suscitată.

In rezumat se poate zice că pelagra este cauzată prin anumite turburări gastro-intestinale. Toate schimbările patologice, care pot provoca acestea, pot avea şi ca urmare o îmbolnăvire de pelagră.

---

10) Inainte de războiu, *Kleiminger* a descris o «Endemie» de Pellagră într'un spital de alienaţi (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. vol. 16, 1913.

ROBERT FLINKER: *La pathogénie de la pellagre.*

Partant de la constatation d'une réssemblance entre la pellagre et le syndrome de Biermer attribuant à celle-ci une pathogénie gastrogène, l'auteur étudie le chimisme gastrique dans la pellagre en le suivant dans ses différentes étapes de la maladie.

Outre la constatation que les troubles gastro-intestinales surviennent beaucoup plutôt, l'auteur arrive à la conclusion qu'une modification du chimisme gastrique se trouve chez tous les pellagreux.

L'amélioration de la fonction gastrique est suivie de l'amélioration des autres symptomes.

Ces constatations font croire à l'auteur que la pellagre est la conséquence des troubles gastro-intestinales avec une étiologie variée.

ROBERT FLINKER: *Die Pathogenie der Pelagra.*

Aussgehend von der Gleichartigkeit zwischen der Pelagra und die Biermerische Krankheit, indem er der letzteren eine gastrogene Pathogenie anerkennt, untersucht der Verfasser den Gastrischen Chimismus bei der Pelagra in den verschiedenen Phasen der Krankheit.

Neben der Feststellung, dass die Magendarm—Störungen viel früher sogar Iahrelang vor den anderen Symptomen in der Pelagra vorkommen, schliesst der Verfasser dass eine Änderung in dem Gastrichen Chimismus bei allen Pelagrösen vorkommt.

Der Besserung der Magenfunktion folgt auch die Besserung der anderen Symptomen.

Diese Egebnisse berechtigen den Verfasser zu glauben, dass die Pelagra durch gastro-intestinale Störungen mit vielfälligen Ethiologie verursacht wird.

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

Spitalul pentru boli mintale şi nervoase
din Cernăuţi

SINDROMUL SPASTIC AL PELAGREI *)

de

D-r ROBERT FLINKER

Chestiunea etiologiei Pelagrei a preocupat totdeauna pe toţi cercetătorii, aşa încât până în ultimul timp clinica Pelagrei n'a fost studiată în mod suficient. Abia în ultimii ani autorii au început să se ocupe de chestiuni clinice şi au dat la iveală o mulţime de observaţiuni şi din domeniul Neurologiei. Anul trecut am încercat să aduc o oarecare orânduială în chestiunea aceasta, descriind pe baza literaturii, cât şi a observaţiunilor mele personale „Sindroamele neurologice la Pelagră". 1)

Dintre sindroamele acestea, cel mai frecvent şi deci cel mai important este sindromul spastic. Evoluţia acestui sindrom este următoarea: Mai întâiu apare o exagerare a tuturor sau a anumitor reflexe tendinoase şi periostale. Adeseori această exagerare a reflexelor priveşte toate extremităţile, uneori însă ea priveşte mai întâi numai extremităţile inferioare, cu mult mai rar numai cele superioare. Această exagerare a reflexelor este însoţită de mărire a zonelor reflexogene, ceeace se vede mai cu seamă la reflexul aductorilor. Acesta se poate provoca chiar din partea internă a tălpii. Şi reflexul contralateral al aductorilor se găseşte de destul de des. Dar şi zonele reflexogene pentru celelalte reflexe sunt adeseori mărite. Şi reflexul lui Jacobson-Lask se poate găsi în stadiul acesta.

Dacă boala progresează se ajunge la o mărire netă a tonusului şi la apariţia de clonus care la început este epuizabil, dar mai târziu nu mai este epuizabil. Se ivesc şi reflexe patologice; şi aici sunt de notat câteva particularităţi: Reflexul care se iveşte cel dintâi este de multe ori acela a lui Gordon. Trebue menţionate

*) Primită la redacţie în Februarie 1935.

1) *Flinker:* Die neurologischen Symptomenkomplexe bei Pellagra, Z. Neur., Bd. 151, H. 4 | 5, 1934. Aici şi literatura!

aici cercetările lui Tschlenoff care a observat că la epileptici în intervalul acceselor se găseşte semnul lui Gordon cu mult mai des decât semnul lui Babinski. Tschlenoff este de părere că în cazurile acestea semnul lui Gordon este o variantă prodromală a semnului lui Babinski şi crede că e vorbă de alteraţiuni iniţiale şi reparabile ale fascicolului piramidal. De fapt, am putut observa şi la pelagroşi cu simptome spastice uşoare la extremităţile inferioare şi cu Gordon pozitiv că cu dispariţia celorlalte fenomene pelagroase au dispărut şi fenomenele spastice, fără să se fi ivit semnul lui Babinski, iar pe de altă parte, dacă boala a progresat, s'a ivit semnul lui Babinski după acela al lui Gordon. Cred deci că este destul de important ca în fiecare caz cu sindromul spastic, care este suspect de pelagră, să căutăm semnul lui Gordon. Când facem diagnosticul diferenţial, prezenţa semnului lui Gordon cu absenţa altor reflexe patologice va vorbi mai mult pentru pelagră.

Ce priveşte celelalte reflexe patologice, semnul lui Babinski. Oppenheim şi Rossolimo se găseşte în general cu aceeaşi frecvenţă, dar este de remarcat că semnul lui Rossolimo este adeseori mai pronunţat decât celelalte. Dar de fapt nu există nici un semn piramidal care nu s'ar găsi ocazional şi la Pelagră.

O pareză mai gravă survine destul de târziu şi, după experienţa noastră, ea nu poate privi decât extremităţile inferioare. In momentul ce a apărut această pareză nu se mai poate spera la o vindecare. Noi am observat două cazuri cu o astfel de pareză un timp mai îndelungat. Cu toate că la amândouă cazuri au dispărut toate celelalte fenomene pelagroase, pareza a persistat. O progresiune a parezei până la paralizie complectă este ceva excepţional. In materialul meu destul de mare, am avut numai odată în anii din urmă un caz cu paralizie spastică, la care, pe baza celorlalte simptome cât şi a evoluţiei a trebuit să căutăm în pelagră şi cauza pentru paralizia spestică. In literatura ştiinţifică nu se găseşte un caz similar.

Simptomele spastice se manifestă de obiceiu bilateral, dar adeseori găsim o prevalenţă netă de una sau de cealaltă parte.

In sindromul spastic intră şi convulziunile tonice şi clonice, cât priveşte convulsiunile tonice, ele se manifestă de obiceiu la toate extremităţile, dar privesc adeseori şi capul şi trunchiul. Capul se ţine flectat, mai rar în extensie sau în rotaţiune laterală; trunchiul este îndoit, muşchii abdominali sunt vârtoşi; mai rar se găseşte un trismus. Extremităţile superioare sunt în aducţiune, articulaţia cubitală şi a mânii în flexiune, adeseori mâna formează un pumn. Extremităţile inferioare se ţin de obiceiu flectale în toate segmentele. In opoziţie cu literatura veche trebue zis că convulsiunile tonice nu indică un pronostic rău.

Cu mult mai rar decât convulsiunile tonice sunt cele clonice. Acestea sunt de obiceiu localizate, privesc sau regiunea fa-

cială sau o extremitate; mai rar accesele de convulsiuni clonice apar în diferite regiuni ale corpului.

Accesele descrise de *Bonhoeffer, Chotzen, Seelert* şi alţii, nu sunt convulsiuni pur clonice şi deci nu trebue discutate aici.

In rezumat, putem zice că, sindromul spastic este un sindrom, care în formele lui uşoare se iveşte foarte des la Pelagroşi. Dar şi formele lui mai grave nu lipsesc la această boală atât de variabilă.

ROBERT FLINKER: *Le syndrome spastique de la pellagre.*

Après avoir décrit le syndrome spastique le plus fréquent des syndromes neurologiques de la pellagre, l'auteur conclut que ce syndrome apparaît frequemment chez les pellagreux.

R. FLINKER: *Der spastiche Syndrom der Pelagra.*

Nachdem er den spastichen Syndrom am häufigsten in der Pelagra von den neurologischen Syndromen beschreibt, schliesst der Verfasser dass dieser Syndrom in der Pelagra sehr oft vorkommt.

Laboratoires MARONNEAU-MOREL
156, rue des Fouvelles
Courbevoie-FRANCE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ATOLYSAN

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIŢIE.

Acest complex cuprinde DIFERIŢI URICOLITICI asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăgirea de THEOBROMINA ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antisepsia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

PREVENTIV ŞI CURATIV.

INDICAŢIUNI.

Gută — Reumatism — Artritism.

DOZE.

Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură Drogueria „Standard" S.A.R. Str. Sft. Ionică 8, Bucureşti, I

PERCUŢIA ŞI FONOSCOPIA FICATULUI*)

de

D-r ST. ODOBLEJA

I.

Delimitarea ficatului prin percuţie a fost considerată de către unii grea, de către alţii imposibilă.

Villaret şi *Besançon* (în Roger-Widal), consideră percuţia utilă la nivelul bordului superior al ficatului: „Ea dă acolo rezultate nete şi forma acestei matităţi, concavă în jos, împiedică de a fi confundată cu aceea care s'ar datora unei colecţii pleurale; la nivelul bordului inferior, din contră, e absolut indispensabil s'o complectăm prin palpaţie, mijloc mult mai superior în ceeace priveşte explorarea acestui bord".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Th. Brugsch (în tratatul german Kraus-Brugsch) scrie: „Aprecierea clinică a mărimii, formei şi situaţiei ficatului întâmpină cele mai mari greutăţi. Nici-un procedeu nu poate să ne procure noţiuni satisfăcătoare, şi diagnosticul nostru din acest punct de vedere, stabilit de cele mai multe ori prin metoda radiologică după insuflaţie de aer, — nu este lipsit de pericole, precum am arătat mai sus, — este techniceşte greu, iar pentru bolnav cel puţin incomod".

Şi acest autor preconizează palpaţia bordului inferior al ficatului ca metodă de predilecţie: „Având în vedere marile variaţii în cantitatea de gaz care umple intestinele, — precum ne-o arată metodele radiologice — nesiguranţa aprecierii percutorii a volumului ficatului apare şi mai netă, şi e evidentă certitudinea mai mare a palpaţiei, care în caz de pereţi abdominali moi şi relaxaţi, poate arăta chiar măririle uşoare ale ficatului, — oferindu-ne totdeodată marele avantaj de a face posibilă aprecierea consistenţei şi stărei suprafeţei".

Percuţia este, deci, discreditată la ficat, spre deosebire de supraestimarea ce i s'a acordat la cord de către unii autori moderni. In schimb se preconizează cu mult entuziasm palpaţia, care este mult lăudată, — găsesc chiar că prea mult, fiindcă sunt foarte

---

*) Lucrare primită la redacţie la 25 Septembrie 1934.

rare condiţiunile favorabile pentru o palpaţie utilă a ficatului. Căci logica ne poate demonstra (şi experienţa confirmă) că e destul de improbabil să poţi simţi ceva net, precis (cum e nevoe pentru un diagnostic) prin nişte mânuşi de box. Ori, peretele abdominal la 50% din oameni are o grosime mai mare decât a mânuşilor de box. Şi la aceasta se mai adaogă conformaţia musculară a abdomenului, contracţia musculară, consistenţa relativ moale a ficatului normal,—etc. Chiar *Th. Brugsch* găseşte necesar să facă multe rezerve: „Din nefericire, palpaţia e adeseori împiedicată de către stratul de grăsime, ori de către ascită, sau de către tensiunea mărită a pereţilor abdominali".

Deaceea, deşi ficatul coboară totdeauna (chiar în stare normală) sub rebordul costal, — totuşi el nu poate fi palpat decât în rare cazuri:

1) La casectici;

2) La femei multipare al căror abdomen a devenit de o remarcabilă supleţe („ca o cârpă") prin o quasi-dispariţie a musculaturei abdominale.

Percuţia şi acustica. In trecut se încercase a se da fenomenelor percutorii explicaţiuni ştiinţifice: ele erau, desigur, insuficiente, erau, poate, unele greşite, dar, era, incontestabil o tendinţă bună, erau încercări lăudabile cari ar fi trebuit continuate, utilizând nouile progrese ale ştiinţei acustice, şi, la rigoare, provocându-le. Deaceea atitudinea lui Sergent care scrie: „puţin ne pasă de legile fizice după cari se produc aceste fenomene" — această atitudine nu este justificată nici chiar pentru practicieni, necum pentru cercetătorii în domeniul special al acusticei semeiologice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Erori vechi. Consider drept eroare teoria conurilor de rezonanţă, după care rezonanţa ar fi locală, parţială şi conică. In realitate vibrează toată coasta, toată cavitatea, etc.

E eronată, după noi, şi părerea lui J. Plesch şi alţii că percutând intercostal cu degetul în cârlig (sau chiar pe creion) s'ar produce un sunet strict local, — căci, de fapt, muşchii intercostali solidarizează, acustic, coastele între ele.

De asemenea socotim greşită părerea că matitatea relativă ar reprezinta o apreciere directă a părţii de organ convexă şi profundă, îndepărtată de perete. In realitate ea este o simplă difuzare a matităţii, care este unică, dar estompată progresiv.

Este o exagerare teoria auscultaţiei focale (O. Peyret), căci în cutia toracică fenomenele de refracţie sunt neglijabile faţă de cele de reflecţie.

Este o eroare, iarăşi, părerea general admisă că prin percuţie slabă se explorează organele superficial şi că, prin percuţie tare se explorează profund.

Toate acestea sunt erori datorite, dupe părerea noastră, unor încercări de a rezolva empiric, simplist şi unilateral fenomenele atât de complexe ale acusticei percutorii.

Rolul coastelor în producerea şi propagarea sunetelor. Coastele fiind un fel de plessimetre enorme (J. Plesch) ele au un mare rol

UNION BIO WERKE

Cryno Calcium

GRANULE TABLETE

Doză:	Indicaţiuni
: 2–4 lin- iriţe pe zi 1.2–4 pe zi	Anemie Asthenie Limfatism Dentiţie Creştere Alăptare

Preţ p. public Lei 115

Kalmogen

Doză:	Indicaţiuni
XXX pic. de 3—4 ori pe zi. Copii începând dela V pic.—XV pic. de 3 ori pe zi în raport cu vârsta	Tuse oricât de rebelă: spasmodică, convulsivă, seacă

Preţ p. public Lei 100

Prodolor

Doză:	Indicaţiuni
2—4 ori pe zi frecţiuni	Reumatism, Dureri intercostale, Ischias, Lumbago etc.

Preţ p. public Lei 58

Vitocalcin

sociaţie de Ca Cl² cu Vitamina D.

Doză:	Indicaţiuni
5 linguriţe zi în apă zaharisită	Recalcifiant, Hemostatic, Diuretic. Declorurant

inguriţă conţine un gr. Cl² Ca.

Preţ p. public Lei 110

Passospasmol

Doză:	Indicaţiuni
3 linguriţe pe zi. Seara în caz de insomnie 2 linguriţe, jum. ceas înainte de culcare.	Neurastenie, Stări de iritabilitate, Insomnie. Nervositate. etc.

Preţ p. public Lei 100

Crynoton

W. (VIN) S. (SIROP)

Doză:	Indicaţiuni
Adulţi: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese. Copii jumătate din doza adulţilor	Anemie, Convalescenţă, Tuberculoză, Astenie Limfatism, Lipsa-apetitului, Surmenaj, etc.

Preţ p. public Lei 110

Cabimag

Doză:	Indicaţiuni
te o lingu- ă după fie- are masă principal	Hiperclorhidrie, Ulcer gastric, Gastrită acidă Diaree prin fermentaţie acidă, Constipaţia hiperclorhididricilor.

Preţ p. public Lei 85

Hyposyr

Doză:	Indicaţiuni
3—4 linguriţe pe zi	Hypertensiune, Anghină de piept, Scleroza coronarelor.

Preţ p. public Lei 100

Lythjod

Combinaţiune coloidală a iodului cu Peptonă şi Lythium

Doză:	ndicaţiuni
Doza variază între 5—20 pic. de 3 ori pe zi. XX pic. corespund la 0,08 cent. iodmetaloid şi la 1 gr. iodură de Pot.	Arterioscleroză Gută, Reumatism, Astmă, Bronşită, Obezitate, Syphilis în per între injecţii

Preţ p. public Lei 115

Expector

Doză:	Indicaţiuni
-5 linguriţe pe zi	Bronşite Bronşectazii Astmă Tuberculoză

Preţ p. public Lei 100

Theorazin

Doza:	Indicaţiuni
Forme cronice: de 2 ori pe zi câte o linguriţă. Forme acute: De 4 ori pe zi câte o linguriţă	Gută, Gravelă, Artritism, Arterioscleroză, Obesitate.

Preţ p. public Lei 115

Laxamenth

Ol. Vaselini puriss medicinalis cu ol. menthae.
Constipaţie-Colită muco-membranoasă
Apendicită.
Dimineaţa şi seara o lingură

Preţ p. public, fl. mare Lei 58

Reprezentant General pentru România F A R M. PETRE J. ILIE
Bucureşti, 1 — Str. Mircea Vodă, 48 telefon 3.41.65

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EXPECTORANT

Remediu specific contra afecţiunilor

Bronchiale şi Pulmonare

pe bază de

Sulfoguajacolat de Potas

Fosfat şi Acid Lactic

SIROCALCIN

CU ŞI FĂRĂ EFEDRINĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate indicaţiunile terapiei cu Calciu

Injecţii intravenoase şi intramusculare indolore

Puritate absolută

SAPIC SOC. ANON. PENTRU INDUSTRIA CHIMIC

în producerea sunetelor, chiar dacă percutăm strict intercostal, ceeace nu e posibil decât percutând pe un băţ subţire, — degetul e totdeauna prea gros, oricum l'am aşeza.

Coastele au rol şi în propagarea sunetelor, cari se propagă în lungul coastei, ce îndeplineşte astfel rol de conductă sonoră.

O coastă situată complect în zonă sonoră (ex.: c. II) produce sunet puternic, grav.

O coastă situată complect în zonă mată (ex.: în pleurezii), produce un sunet slab ca intensitate şi ascuţit ca înălţime, — sunet mat.

O coastă situată jumătate în zonă sonoră şi jumătate în zonă mată produce:

In zona sonoră: o sonoritate atenuată;

In zona mată: o matitate atenuată;

Intre cele două zone: o tranziţie treptată.

Pe un schelet ne putem convinge că sunetele diferă cu lungimea coastelor. Dealtfel pe acest principiu se bazează toate instrumentele muzicale cu coarde, precum şi acelea de tipul xilofonului.

Contribue la rezultatele obţinute şi direcţia coastelor: o coastă paralelă cu bordul organului mat uşurează delimitarea (cazul e, întrucâtva, realizat la bordul superior al ficatului); o coastă care cade perpendicular sau oblic pe organul mat îngreuiază delimitarea (cazul e realizat la cord).

In ordinea condiţiilor favorabile de delimitare avem:

1) Bordul superior al ficatului;

2) Bordul stâng al cordului;

3) Bordul drept al cordului (defavorizat de prezenţa carapacei sternale);

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) Bordul inferior al ficatului (defavorizat prin rezonanţa gazelor intestinale).

Un paradox semnificativ. Dacă percuţia ar fi aşa de valabilă precum o consideră unii autori, şi dacă teoriile justificării ei ar fi adevărate, atunci bordul inferior al ficatului ar întruni cele mai desăvârşite condiţiuni pentru a fi delimitat percutoriu:

1) Fiind situat sub rebordul costal, coastele nu mai pot fi acuzate aci de intervertirea rezultatelor, şi nici n'ar mai fi nevoie de procedee speciale, cu degetul frânt, etc.;

2) Fiind tăiat drept, n'ar trebui să mai avem aci matitate relativă, căci nu există părţi convexe profunde fără contact cu peretele abdominal;

3) Fiind şi superficial şi profund, — forţa de percuţie ar trebui să fie perfect indiferentă şi oricum am percuta (încet, mijlociu sau tare) ar trebui să obţinem aceiaşi limită, liniară şi precisă.

Ori, realitatea e contrarie. Căci dacă există entuziaşti ai percuţiei cordului, — asupra bordului inferior al ficatului, toţi autorii, fără nici-o excepţie, sunt de acord că este imposibil a se delimita percutoriu.

Experienţă. Se ia o băşică mare de bou şi se umple pe jumătate cu apă şi restul cu aer. Se leagă bine, apoi se încearcă a se delimita prin percuţie

limita de lichid. Pereţii pungii fiind foarte subţiri (1/10 mm.) ei nu pot interveni să influenţeze rezultatele aşa cum s'ar putea zice că intervine peretele abdominal. Se realizează astfel în această experienţă condiţiile schematice şi ideale de delimitare, — foarte analoage cu cele dela bordul inferior al ficatului.

Punga e transparentă (deci rezultatele controlabile), dar pentru a se evita sugestia, e recomandabil să acoperim punga cu un şervet. Incercăm să delimităm prin percuţie, mai tare sau mai uşoară, cu punga în diferite poziţii.

Vom constata că delimitarea prin percuţie este foarte grea şi totdeauna cu erori mari de apreciere, cu nesiguranţă de limite, cu variaţiuni de rezultate dela un examen la altul şi dela un examinator la alt examinator. Pe de altă parte, — deşi suprafaţa lichidului e orizontală, limita lui lineară, precisă, şi peretele pungii foarte subţire, — totuş are loc o difuzare a sonorităţii cu tranziţie progresivă dela sonor la mat: aşa dar există o matitate relativă.

Această experienţă constitue cea mai bună dovadă contra teoriei matităţii relative şi cea mai convingătoare probă de inferioritatea percuţiei la delimitări.

CONSIDERAŢIUNI CLINICE

Percuţia bordului superior al ficatului. Prin percuţie e posibilă o delimitare a bordului superior al ficatului. Această delimitare se face însă cu foarte multă aproximaţie: există o regiune mată, sub care, evident, e ficat; apoi deasupra acestei regiuni sunetul de percuţie se estompează: este aşa zisa matitate relativă a ficatului.

Cui se datorează această matitate relativă? După explicaţiile autorilor clasici ea s'ar datora convexităţii ficatului şi ar reprezinta, astfel, aprecierea percutorie directă a părţii de ficat profund, îndepărtat şi fără contact cu peretele. După teoria acestora, cu cât percutăm mai tare, cu atât mai adânc explorăm, percuţia fiind analogată cu o suliţă de sondaj terestru sau cu o puncţie exploratoare făcută cu un ac lung de 10—15 cm. care ar pătrunde mai mult sau mai puţin, dar totdeauna perpendicular pe suprafaţa locului de percuţie. După această teorie ar trebui să admitem la adresa percuţiei:

1) O mare penetrabilitate, la 10—15 cm. profunzime;

2) O direcţie de explorare absolut fixă, liniară şi unică, perpendiculară pe suprafaţa percutată (sunetul se duce ca printr'un ac, loveşte ficatul la 12 cm. şi se'ntoarce pe-acelaş ac ipotetic, întocmai ca un bumerang).

Se consideră deci factor fundamental o reflecţie extraordinară şi miraculoasă, contrară legilor acustice cari precizează şi condiţionează direcţia de reflecţie;

3) O mare precizie şi claritate, dacă, în aceste condiţiuni şi la atâta distanţă percuţia poate percepe limita superioară profundă a ficatului.

In realitate, matitatea relativă nu e un stigmat de fineţe şi subtilitate, ci, din contră, unul de inferioritate. Complect lipsită de orice semnificaţie semeiologică, ea n'are decât o semnificaţie acustică, fiind un indiciu de eroare de evitat.

Percuţia bordului superior al ficatului nu e deci atât de sa-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tisfăcătoare precum pare, — deşi ea dă, comparativ, cele mai satisfăcătoare rezultate dintre toate celelalte delimitări percutorii.

Percuţia bordului inferior al ficatului. In mod normal, — în poziţiune verticală — ficatul trece sub falsele coaste. Această porţiune subcostală a ficatului este de cele mai multe ori, complect ineexplorabilă, prin percuţie chiar şi atunci când ea se explorează foarte bine prin fonoscopie. Alteori putem obţine în această regiune o matitate destul de nesigură — cu totul diferită de matitatea hepatică din zona toracică — un fel de matitate relativă, posedând ea însăşi, o „submatitate relativă" care o prelungeşte, diluându-se progresiv în sonoritatea intestinală a abdomenului.

IN CONCLUZIE:

1) Cu ajutorul percuţiei noi putem delimita bordul superior al ficatului, — dar neprecis, cu aproximaţie de 1—3 cm, eroare egală cu matitatea relativă;

2) Nu putem delimita bordul inferior, afară de cazuri excepţionale când, deobiceiu, palpaţia fiind ea însăşi posibilă, percuţia devine aproape inutilă.

In asemenea condiţiuni, percuţia rămâne prea puţin valabilă. Ea poate, desigur, să ne spue dacă ficatul există şi este la locul lui în dreapta, eliminând astfel suspiciunea vre-unei inversiuni viscerale. Incolo, percuţia nu ne poate furniza decât slabe indicii asupra volumului *ficatului, întrucât dela o singură dimensiune nu putem conchide asupra volumului. Nu mai vorbesc de modificările de* formă, *al căror diagnostic cere multă precizie şi subtilitate în conturarea limitelor de organ. Percuţia este, deasemenea, improprie pentru a urmări* evoluţia *unei modificări de volum sau situaţie a ficatului, — dat fiind că indiciile sale sunt prea de „en gros".*

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

II.

Pentru generalităţi şi teorie, rog pe D-nii cititori ai articolului de faţă a se referi la articolele mele anterioare, publicate tot în „Mişcarea Medicală Română" din anul trecut: „Fonoscopia" şi „Semnul banului".

Technică. Aplicăm urechea stângă în regiunea lombară stângă, sub coasta XII. Cu medius-ul stâng frecăm pielea paralel cu ficatul, coborând dinspre mamelonul drept în jos. Câtă vreme suntem cu degetul în regiunea pulmonară, n'auzim nimic. In momentul în care am atins bordul superior al ficatului, s'aude frecătura: ne oprim şi însemnăm cu creionul. Reluăm examinarea mai în spre stern, apoi mai spre axilă. Obţinem mai multe puncte, pe cari le unim printr'o linie: *am delimitat astfel bordul superior* al ficatului, la dreapta liniei mediane.

Trecem acum la delimitarea bordului inferior: ascultăm tot cu urechea stângă, situată tot în regiunea lombară stângă. Frecăm însă, de data aceasta, pielea abdomenului, de jos în sus. *Atâta timp cât suntem în zonă intestinală, n'auzim nimic.* Din moment

ce se aude ceva — şi acel ceva nu poate fi decât un sunet de frecare — însemnează că degetul explorator a trecut în regiune hepatică: notăm primul punct. După care, căutăm încă un punct, cel puţin, sau încă trei-patru, cel mult. Le unim printr'o linie. Această linie reprezintă bordul inferior (fonoscopic) al ficatului, la dreapta liniei mediane.

De obiceiu, această delimitare de partea dreaptă este suficientă ea singură pentru a ne furniza relaţiunile ce le căutăm asupra volumului şi formei ficatului. Dar pentru o examinare complectă se cere şi explorarea porţiunei stângi a ficatului. In acest scop, mai întâiu *schimbăm postul de ausculaţiune*, mutând urechea, — din regiunea lombară dreaptă. — După aceea, explorăm cu medius-ul stâng frecând pielea abdomenului şi toracelui de partea stângă. Dar nu vom putea examina aci decât bordul inferior al ficatului, pentrucă bordul superior se confundă cu aria cardiacă, fără delimitare. Bordul inferior el însuşi, se contopeşte adeseori cu aria splenică şi cu aria gastrică (atunci când ea e perceptibilă). Deaceea, rezultatele delimitării de partea stângă lasă mult de dorit şi sunt departe de claritatea răspunsurilor pe cari fonoscopia ni le procură pentru partea dreaptă.

Repet însă, că această delimitare este, în majoritatea cazurilor, superfluă, şi numai excepţional necesară.

Condiţiuni optime de examinare.

Ficatul se examinează pe bolnavul în picioare (în poziţie verticală). Uneori poate fi utilă atitudinea cu corpul uşor înclinat înainte. E foarte util ca subiectul să aibă intestinele evacuate şi e preferabil ca el să fie pe nemâncate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TOPOGRAFIA NORMALĂ

Situaţie: Normal, şi în poziţiune verticală, bordul superior al ficatului trece:

Median: la nivelul bazei ap. xifoid.

Pe linia mamelonară dr.: la 3—7 cm. sub mamelonul dr.

Axilar: în prelungirea liniei ce-ar uni punctele precedente.

Bordul inferior trece totdeauna sub rebordul costal, şi orice excepţie dela această regulă trebue suspectată drept patologică.

Suprafaţa nu ne interesează decât ca o indirectă orientare asupra formei şi volumului. Ori, asupra volumului, cele două diametre ne dau informaţiuni mai preţioase şi mai prompt decât un calcul de suprafaţă.

Volumul ficatului se poate aprecia în mod indirect, măsurând înălţimea ariei hepatice pe linia mediană şi pe linia mamelonară dreaptă. Iată dimensiunile lor normale la adulţi:

Diametrul mamelonar drept . . . . 9—12 cm.
Diametrul median . . . . . 5—12 cm.

Măririle de volum sunt date sigure şi indiscutabile. Excepţiile sunt rare când, din cauza obezităţii, concluziile noastre necesită oarecare rezervă.

Micşorările de volum, în schimb, trebuesc totdeauna acceptate cu rezervă, şi nu se va putea conchide ferm decât în urma unei reexaminări, eventual, după o clismă sau o evacuare intestinală.

Forma. Aria hepatică fonoscopică este triunghiulară, iar laturile triunghiulare sunt de obiceiu drepte şi rareori curbe. In cazurile de existenţă a curburii, aceasta este totdeauna moderată (cu rază mare), iar convexitatea sa e totdeauna îndreptată în sus, atât la bordul superior cât şi la cel inferior. O curbură cu convexitatea în jos e net patologică, atunci când ea se percepe. Orice curbură pronunţată, — indiferent de sensul convexităţii, — exprimă o modificare patologică a formei ficatului.

VARIAŢIUNI IN STARE NORMALĂ ŞI PATOLOGICĂ

1) *Cu respiraţia.* Ficatul se urcă în expiraţie şi coboară în inspiraţie. Cu respiraţia obişnuită, de repaos, aceste variaţiuni nu trec de 1 cm.— rar 2 cm. Cu respiraţia forţată, cele două faze respiratorii determină diferenţe de 6—7 cm. între limitele inspiratorii şi cele expiratorii. Va trebui deci să luăm măsuri contra erorilor la cari ne-ar expune această variabilitate cu respiraţia, şi lucrul e foarte simplu, întrucât, la rigoare putem impune bolnavului chiar reţinerea respiraţiei, — 10"—15" fiind suficiente pentru delimitarea unuia din borduri.

2) *Cu gazele abdominale.* Fără a fi prea frecvent, acest inconvenient nu e totuşi rar, iar ca importanţă el este un motiv destul de serios ca să ne determine să fim prudenţi în afirmarea atrofiei hepatice. Dealtfel, există mai multe mijloace de a rezolva problema ocolind dificultăţile: putem lua măsuri anticipate ca bolnavul să fie pe nemâncate; putem amâna diagnosticul pentru o a doua examinare; putem recurge la un masaj abdominal; dar cel mai bun lucru este să i se administreze bolnavului o clismă, — aceasta evacuiază intestinul gros, — marele camufleur — şi desleagă enigma existenţei sau inexistenţei atrofiei.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Desigur că aceasta complică puţin technica, pierde timp şi răpeşte din calităţile practice ale metodei. Totuşi, o clismă este, indiscutabil, mai comodă decât o insuflaţie intra-peritoneală cu aer, care, precum am văzut mai sus, serveşte ca subterfugiu analog şi indispensabil de technică în radiologie.

3) *Cu starea de vacuitate sau plenitudine a stomacului.* Intrucât stomacul plin poate uneori să transmită sunetele fonoscopice, — e recomandabil ca ficatul să fie examinat à jeun. In caz contrariu, vom ţine seama de acest fapt şi vom opri acţiunea noastră de demarcare puţin mai la dreapta liniei mediane.

4) *Efortul* provocând mai adeseori o congestie hepatică, determină, în consecinţă, o modificare de volum perceptibilă fonoscopic.

5) *Obezitatea pronunţată* îngreuiază simţitor explorarea fonoscopică. Pe de altă parte, nici-un corectiv de technică nu poate ameliora rezultatele. Deaceea, la persoanele prea grase, — cari, dealtfel, au deja ficatul mult mărit — grăsimea contribue a face să

apară şi mai mare decât este aria hepatică. Ceeace necesită o punere în gardă pentru a aplica acestor cazuri un corectiv de calcul.

6) *Emfizemul pulmonar*, îndepărtând ficatul de perete îl face imperceptibil în porţiunea sa toracică. Fonoscopia îl va percepe numai sub rebordul costal, în cazurile foarte accentuate de emfizem. Ficatul în aceste cazuri este şi realmente coborât, întrucât, chiar pe linia mediană bordul său superior se proectează mai jos decât normal. Ţin să atrag atenţiunea că reperul median este mai puţin expus erorilor prin emfizem.

7) In *colecţiile pleurale drepte* bordul superior al ficatului nu se mai poate distinge, căci aria hepatică se continuă, confundându-se fără demarcaţiune cu aria fonoscopică a colecţiei. El se poate considera, arbitrar, pe *linia ce trece la 3 cm. sub mamelonul drept* şi tae baza apendicelui xifoid. Ficatul mărit nu se manifestă prin mărire în sus decât în cazuri rare şi mai mult în tumori, chist hidatic şi abces. Ficatul refulat în sus, poate fi perceput până cel mult pe linia mamelonară. In mod obişnuit şi în marea majoritate a cazurilor, orice trecere deasupra liniei arbitrare mai sus fixată reprezintă simptomul unei colecţiuni pleurale. Problema unui diagnostic diferenţial nu se pune astfel decât foarte rar. Printre elementele diagnosticului diferenţial contează în primul rând tot datele fonoscopice, — obţinute prin explorarea părţilor laterale şi posterioare.

8) In *hipertrofiile splinei* (splenomegalii paludice, mal. lui Banti, etc.), aria hepatică se uneşte cu cea splenică fără demarcaţiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INDICAŢIUNI IN BOALELE FICATULUI

Fonoscopia ne poate da indicaţiuni semeiologice în următoarele cazuri:

1) In toate boalele de ficat în cari există o *mărire de volum:* congestie, hepatite, ciroze hipertrofice, tumoră, abces, chist hidatic, maladia lui Banti, etc.;

2) In boalele de ficat caracterizate printr'o *scădere de volum:* atrofii, ciroze atrofice;

3) In *ptozele* hepatice, cari sunt, de obiceiu, asociate altor ptoze.

4) In *inversiuni viscerale;*

5) In afecţiunile ce determină *modificări de formă,* — când deformările posedă dimensiuni de oarecare importanţă şi se află în contact cu peretele abdominal — fonoscopia ne dă indicaţiuni cu totul speciale şi foarte utile pentru diagnosticul chistelor, tumorilor, abceselor, precum şi asupra *veziculei biliare* dilatată şi plină cu bilă.

DATE ŞI REPERE

Trebue, în general, considerat ca mărit sau micşorat (atrofiat) orice ficat care prezintă:

Diametrul mamelonar *mai mare* decât 18 cm. sau *mai mic* de 8 cm.

Diametrul median *mai mare* decât 12 cm. sau *mai mic* de 5 cm.

Trebue considerat ca *refulat* în sus orice ficat al cărui bord superior trece deasupra bazei xifoidului şi se apropie cu mai mult decât 3 cm. de mamelonul drept, — dar numai după ce se va fi înlăturat în prealabil diagnosticul de colecţie pleurală.

Trebue considerat ca *ptozat* orice ficat al cărui bord superior trece pe sub mamelonul drept la o distanţă mai mare de 7 cm, — dar numai după ce se va fi îndepărtat în prealabil diagnosticul de emfizem pulmonar, prin fonoscopia cordului şi a bazelor pulmonare.

Trebuie considerat ca *atrofiat sau refulat* orice ficat al cărui bord inferior se proectează complect toracic, deasupra rebordului costal, — cu alte cuvinte, orice ficat a cărui arie fonoscopică n'are porţiune abdominală.

Graficul şi măsurătoarea. Aria fonoscopică a ficatului poate fi înregistrată cu multă uşurinţă, iar dimensiunile sale pot fi măsurate cu multă preciziune. In modul acesta noi putem urmări evoluţia în timp a volumului ficatului. S'ar putea pretinde că acelaş lucru se poate face şi cu palpaţia sau percuţia. Insă ceeace dă superioritatea graficului fonoscopic este însăşi superioritatea calitativă a fonoscopiei în raport cu percuţia şi palpaţia, preciziunea sa mai mare şi posibilitatea de a fi aplicabilă în toate cazurile. Graficul fonoscopic este un grafic într'adevăr util şi care merită osteneala de a fi înregistrat cât mai des şi nu numai în cazurile patologice, dar chiar şi în cele normale. Din comparaţiile graficelor succesive noi vom trage concluzii foarte utile asupra stării ficatului şi vom putea să diagnosticăm mai des maladii de ficat în prima lor fază, — mai înainte de stadiul de caşexie cu abdomen relaxat şi palpabil.

Aci e locul de a insista asupra sensibilităţii fonoscopiei la ficat, evidenţiată tocmai cu ajutorul metodei înregistrărilor.

Astfel, după ce am delimitat şi înregistrat pe piele aria fonoscopică, repetăm a 2-a oară şi a 3-a oară examinarea, sub cele mai severe condiţiuni de obiectivitate, oferite, dealtfel, de însăş technica metodei. Ne vom convinge că limitele obţinute sunt exact aceleaşi găsite de prima dată. Această probă este tot atât de convingătoare, — sau poate şi mai convingătoare — pentru cei cari asistă, pur şi simplu, la control. Intr'adevăr, asistenţii au ca **mijloc de control**, delimitarea primă, înregistrată pe piele; ei au **proba obiectivităţii**, faptul că examinatorul nu vede, — rezultă deci că el doar aude, fără să fie sugestionat de liniile primei delimitări ca în cazul că ar vedea-o.

Iată şi altă probă: delimităm, — la bordul superior sau inferior al ficatului — două puncte, pe cari le unim printr'o linie. Dacă prelungim această linie spre dreapta şi spre stânga, obţinem delimitat **deductiv** bordul respectiv şi cu atâta preciziune că, ori de câte ori vom relua să fixăm o delimitare originală a bordului, ne vom opri exact pe linia aterior (deductiv) delimitată. Excepţiile sunt rare.

Consider aceste dovezi imposibile de realizat cu percuţia, — bine înţeles,

dacă luăm măsuri ca sugestia să fie împiedicată (percuţie cu ochii închişi şi, eventual, cu doi examinatori, unul care percută şi altul care ascultă).

In numeroasele cazuri în cari percuţia e incapabilă să delimiteze bordul inferior al ficatului, fonoscopia o face şi cu multă claritate în rezultate.

FONOSCOPIA ŞI PALPAŢIA

Fonoscopiei i s'ar putea, desigur, opune ca superioară, palpaţia. Dar această metodă:

1) *Nu e aplicabilă decât într'o minimă proporţie de cazuri:* grosimea peretelui abdominal, conformaţia musculaturei peretelui, tonicitatea şi contractura musculară, obezitatea frecventă şi cu debut abdominal, sensibilităţile dureroase ale ficatului şi abdomenului, consistenţa relativ moale a ficatului ne explică pentru ce;

2) *Palpaţia nu percepe decât bordul inferior,* aşa încât ea — singură — este incapabilă să ne ofere indicaţiuni asupra volumului. Prin urmare, ceeace putem spune despre palpaţie este că o evaluare palpatorie a volumului ficatului este o imposibilitate absolută, în acest scop ea trebuind să-şi asocieze percuţia;

3) *Palpaţia e departe de a avea, — pentru delimitări şi aprecieri de volum, — precizia care i se atribue:* pielea alunecă la palpaţie cu 3—7 cm. şi muşchii se mai deplasează şi ei, peretele abdominal este deci complect deformat în timpul manevrelor palpatorii şi reperajul localizator e foarte aproximativ; ficatul, deasemenea, pentru a fi simţit şi până să fie simţit, trebue apăsat, presat, împins şi deci deplasat. Trebue apăsat cu atât mai tare cu cât peretele mai păstrează încă destulă rezistenţă; cu cât vin să se interpună între ficat şi perete mai multe intestine cu gaze; cu cât ficatul e mai profund; cu cât ficatul e mai moale. Las de-o parte diferenţele de sensibilitate digitală între examinatori şi arta lor, — cari diferă, adesea, mult;

4) *Certitudinea simptomelor palpatorii* e absolută în rarele cazuri de pereţi abdominali subţiri şi relaxaţi (caşexii, multipare emaciate, etc.), dar ea e mult inferioară certitudinei fonoscopice în restul cazurilor, pentrucă s'a văzut prea adeseori luându-se drept bord inferior al ficatului lamele aponevrotice ale marelui drept abdominal;

5) *Palpaţia ficatului este o metodă relativ brutală,* care poate uşor deveni periculoasă pentru un organ bolnav şi sensibil, un organ eventual inflamat sau conţinând un chist sau un abces fragil. Ea este întotdeauna neplăcută şi adeseori dureroasă pentru bolnav.

Fonoscopia este în schimb o metodă universal aplicabilă la toate cazurile, prezintând marele avantaj asupra combinaţiei palpaţie-percuţie (sau chiar palpaţie-fonoscopie) de a oferi dimensiuni şi grafice comparabile:

Intre ele, — şi bordul inf. şi cel sup. fiind determinate fonoscopic.

In timp, la acelaş individ, — sensibilitatea metodei făcând posibilă urmărirea evoluţiei.

La indivizi diferiţi, la un moment dat, — etalonul de măsură fiind acelaş.

BCU Cluj / Central University Library Cluj-Napoca

Astfel, putem compara ficatul dinainte şi de după declararea nei contracturi abdominale. După cum, deasemenea, putem comara ficatul unui individ cu abdomen relaxat, cu ficatul unui alt ıdivid cu pereţi abdominali normali şi ficat nepalpabil.

Rolul care va rămâne al palpaţiei. Dacă rolul palpaţiei în demitarea ficatului rămâne foarte discutabil, — ea prezintă în schimb vantajul nepreţuit de a ne furniza relaţiuni asupra consistenţei fiatului şi asupra formei sale. Este o specialitate a sa exclusivă care o face de neînlocuit din aceste puncte de vedere. Descărcată e sarcina dificilă şi delicată (pentru ea) a delimitării, palpaţiei îi ămâne de explorat un domeniu propriu al ei, şi atenţia noastră se a concentra, în timpul palpaţiei ficatului, exclusiv la aprecierea onsistenţei şi formei. Trebuie să ne convingem că, reducându-ne i mulţumindu-ne numai cu formula „ficat palpabil" decretată după inci minute de laborioase malaxări, nu însemnează mai nimic ca port util pentru diagnostic.

In cronologia examinării, fonoscopia va proceda totdeauna alpaţia. In modul acesta, nu va mai trebui să alergăm şi să căutăm rin tot abdomenul după un ficat ascuns sub coaste, ci vom merge drept la ţintă, — fonoscopia fiind, în modul acesta, o utilă prenergătoare.

CONCLUZIUNI:

Fonoscopia ocupă, prin importanţa sa semeiologică în determinarea volumului ficatului, locul II-lea după razele X şi locul I-iu printre mijloacele clinice, cu o prioritate remarcabilă. Ea pune la dispoziţia medicului o unitate de măsură totdeauna aceeaşi. Mai clară şi mai precisă, mai sigură şi mai obiectivă decât percuţia, — ea este, pe de altă parte, tot aşa de simplă, de clinică, practică şi independentă ca şi ea.

Astfel fiind, delimitarea ficatului reprezintă — după diagnosticul colecţiilor pleurale — cea mai reuşită aplicare a fonoscopiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ST. ODOBLEJA : *La Pércution et la Phonoscopie du foie.*

L'auteur croit qu'à l'aide de la percution on ne peut délimiter que d'une manière relative le bord supérieur du foie et nous ne pouvons délimiter le bord inférieur que dans les cas où la palpation est possible.

D'après l'auteur la phonoscopie occupe au point de vue seméiologique dans la détermination du foie la II-ième place après les rayons et la première place parmi les moyens cliniques habituels.

La délimitation du foie présente au point de vue de la diagnose des collections pleurales l'application la plus réussie de la phonoscopie.

ST. ODOBLEJA : *Die Percution und die Phonoscopie der Leber.*

Nach dem Verfasser niehmt die Phonoscopie durch ihre semiologische Bedeutung den zweiten Platz nach den X Strahlen ein, und den I-ten Platz zwischen den gewöhnlichen klinischen Mitteln.

Die Begränzung der Leber sollte nach der Diagnose der Pleuraergüssungen die beste Anvendung der Phonoscopie darstellen.

Der Verfasser glaubt das mit Hilfe der Perkution können wir beiläufig den oberen Rand der Leber feststellen, und wir können den unteren Rand der Leber nur im Falle wo die Palpation möglich ist, feststellen.

CAZURI CLINICE

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA OCLUZIEI PRIN TUMORA ILEALĂ INCERCUITĂ CU ASCARIZI INTERSTITIALI*)

de

D-r ST. MIHAILESCU şi **D-r L. PORN**
Medic Primar Director — Medic Secundar
ai Spit. din Caracal

Pentru a evidenţia raritatea cazului ce-l prezentăm vom reaminti în linii generale că, din punct de vedere anatomo-patologic se ştie că în ocluziune ansa intestinală deasupra obstacolului este distinsă prin gaze şi obstruată prin materii fecale. La locul obstrucţiei pereţii sunt roşii şi tumefiaţi, iar pe alocuri turburări trofice ce pot merge până la ulceraţii, şi chiar la perforaţie.

Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Cluj

Dedesubtul obstrucţiei ansa este vidă. Putem găsi o peritonită concomitentă şi congestia bazei pulmonilor. Iar în ceeace priveşte etiologia, ocluziunile le putem clasifica astfel:

A. Prin vicii de poziţie.

1) Invaginaţie, adică segmentul superior al intestinului intră în cel inferior, rar invers, aşa că porţiunea invaginată se compune din trei cilindri cari se îmbucă, la mijloc găsindu-se mesenterul, iar teaca peritoneală ce se îmbucă se inflamează şi se produc aderenţe, aşa că putem avea gangrena ansei angajate şi eliminarea ei în scaun, dar se poate produce şi o peritonită prin perforaţie.

Această formă este cea mai frequentă şi se întâlneşte mai frequent la copii şi locul de elecţie este intestinul gros, sau la unirea intestinului gros cu porţiunea terminală a intestinului subţire.

2) Prin torsiune simplă dar permanentă a intestinului pe axa sa.

B. Compresiunile, dar şi aci avem diverse cazuri.

1) Prin hernie intrabdominală, care adesea este rezultanta reducerii în masă a unei hernii exterioare, sau hernie internă strangulată într'un sac peritoneal diverticulat. Adesea strangulaţia se produce printr'un orificiu accidental, aproape totdeauna constituită prin bridă peritoneală sau epiploică, consecutive unei peritonite vechi şi

---

*) Comunicare făcută la *Societatea de Medicină din Oltenia* în şedinţa din 2 Decembrie 1934 ţinută la Caracal.

produse fie între două anse, şi dela ansă la peretele abdominal la mesenter.

2) Comprese prin strangulare întinsă ca cele prin tumori intrabdominale, tumori uterine sau ale ovalului.

C. Ocluzie prin obstrucţie produsă prin corpi diverşi din conţinutul cavităţii intestinale, ca materii fecale întărite şi acumulate în cec, fie prin calculi biliari sau intestinali, sau ghemuri de viermi şi în fine prin corpi străini.

D. Ultima categorie ar fi strâmtorarea cavităţii intestinale, fie:

1) Spasmodic (ileus nervos) rar, dar citat de Dieula Fay şi Jaccoud.

2) Prin neoplasm al peretelui (cancer, sifilis).

3) Cicatrice, ce ar surveni ca urmare ulceraţiunilor dupe desinterie, tuberculoză şi febră tifoidă.

4) Congenitale, în apropiere de îmbucarea vesiculei ombilicare în intestinul subţire.

Iar ca prognostic în majoritatea cazurilor moartea survine sau ca urmare a iritaţiunii nervilor splahnici sau prin resorbţia otrăvurilor intestinale (stercoremie) după Bouchard, iar după ultimile teorii prin cloruremie, rar se fac perforaţii şi ca urmare peritonita. Bineînţeles după caz.

In cazul ce expunem este vorba de femeia Dumitra N. Duşcă, în etate de 18 ani, din oraşul Caracal, perfect sănătoasă, până cu câteva zile înainte de internarea ei în spital. Nu a fost bolnavă de nici-o maladie infecto contagioasă.

Cu patru zile înainte de a fi internată în Spitalul din Caracal, acuza uşoare dureri abdominale, cu oarecari momente de linişte şi localizate mai ales în regiunea epigastrului pe o regiune bine delimitată, care la palpare apărea ca un cordon dur aşezat transversal cu patru laturi de deget deasupra ombilicului. Treptat durerile au devenit continuu şi insuportabile şi cu tendinţe de generalizare, rămânând totuşi cu o durere vie în aceaş regiune mai sus arătată. Crezând că este constipată familia îi administrează purgative care nu-şi au efectul dorit, având doar eliminări în cantităţi mici de materii fecale, care după 48 ore încetează şi ele. In această stare intră în spital, apiretică cu puls filiform facies teros, vărsături doar biloase, scaun nu a mai avut de 36 ore, şi nici eliminări de gaze, cu o durere mare în epigastru ce se iradiază în hipocondru stâng. Primipară, cu sarcină în luna 6-a.

Vulva, vaginul şi colul uterin colorate în albastru închis, circulaţie colaterală pe abdomen. Tumoră dură, fixă, în etajul superior al abdomenului aşezată transversal la jumătatea liniei ombilico-xifoidian, în profunzime şi pe o lăţime de două degete, fără legătură cu peretele. Pe flancuri uşoară matitate, fără balonament sau meteorism. Nu se găseşte nimic important la cord şi plămâni. Albumina şi glucoză absente. Se intervine de urgenţă prin laparatomie mediană supraombilicală. Cu această ocazie se constată contrastul mare dintre simtomatologie şi leziunile ce le prezenta. Se găseşte peritoneul enorm congestionat, marele epiplon acoperă tumora având aspect hemoragic.

Lichid în abdomen de culoarea şofranului, gros şi cleios, deşi clinicește nu prezenta simptomele unei peritonite. Tumora este aşezată pe o porţiune de ileon sub colonul transvers. Tumoră de formă ovulară (butoi) albastră

şi cu o plagă sfacelată acoperită în întregime de un vernisaj de puroi. Dură, groasă şi încercuită ca cercurile unui butoi.

Toate organele congestionate, mesenterul îngroşat, plin de infracturi retractat şi de culoare albastru închis. Uterul deasemenea ceanozat şi fătul viu. Odată rezecată tumora şi o parte din marele apiplon, se examinează această tumoră ileală. Se constată că peretele acestei anse intestinale este enorm de mult hipertrofiat, înglobând chiar în peretele acestei tumori şi nu în lumenul ansei, ascarizi aşezaţi ca cercurile unui butoi.

In concluziune curiozitatea o reprezintă în primul rând prezenţa ascarizilor în păreţii acestei tumori şi modul lor de aşezare.

In al doilea rând congestia foarte pronunţată a organelor intrabdominale, iar organele genitale interne şi externe de culoare albastră.

Iar din punctul de vedere clinic avem deaface ca să zicem aşa, cu o ocluzie mixtă; adică determinată printr'un factor mecanic, reprezentat prin tumora ileală la care s'a adăogat ulterior factorul paralitic rezultat din sfacelarea păreţilor acestei tumori şi peritonitei consecutive.

ST. MIHAILESCU et L PORN: *Considérations sur l'occlusion par une tumeur iléale encerclée par des ascaris lombricoïdes interstitiels.*

Le cas présenté est intéressant par la présence des ascarides dans les parrois de la tumeur iléale ce qui fait que le mécanisme de l'occlusion dans ce cas est mixte: c'est à dire qu'il est determiné d'un côté par un facteur mécanique, representé par la tumeur iléale et de l'autre part par un facteur paralityque determiné par la distruction des parrois par les ascarides.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ST. MIHAILESCU u. L. PORN: *Betrachtungen über den Verschluss des Ileus durch eine Geschwür mit interstizielle Ascariden begrantzt.*

Der vorgefürte Fall ist interesant durch die Gegenwart der Ascariden in den Wänden des Ileus Geschwüres, welches macht dass der Mechanismus des Darmverschlusses in diesem Falle in zweierlei Arten wirkt, das heisst einerseits durch einen mechanischen Faktor beeinflusst wird, durch das Ileus Geschwür vertreten, und andererseits von einem paralitischen Faktor mit der Gangrän der Wände durch die Gegenwart der Ascariden beeinflusst wird.

ESOFAGOTOMIE CERVICALA PENTRU O CRUCE DE METAL INCLAVATA IN ESOFAG*)

de

D-r TRAIAN BONA

Medic Primar al Spit. din Suceava

Desigur obiectele înghițite și inclavate în diverse regiuni ale esofagului sunt extrem de numeroase și variate.

Totuși observația noastră iese din comun, deaceea am crezut de oarecare utilitate și interes publicarea ei, mai ales că terapeutica urmată de noi în acest caz a dat rezultate din cele mai bune.

In ziua de 28 August 1933, se prezintă femeia Varvara Tărăbuță, în etate de 40 ani, căsătorită, soție de agricultor, din comuna Poiana, relatând că, înainte cu 10 zile a înghițit o cruce de metal împreună cu sfoara ce servea pentru atârnarea ei de gât.

Examinând prin radioscopie într'adevăr, observăm prezența unei cruci mari în raport cu diametrul esofagului, situată la nivelul extremității superioare a sternului (Fig. 1).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

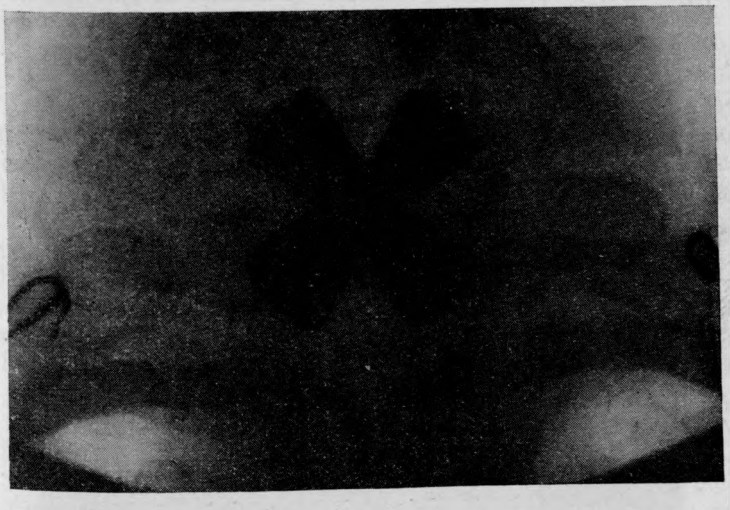


Fig. 1.

*) Lucrare primită la redacție la 26 Noemb. 1934.

Chestionată mai de aproape bolnava — probabil o maniacă cu cult religios — relatează, că voind să bea apă sfinţită turnată pe această cruce, a înghiţit într'un moment de nebăgare de seamă crucea prevăzută cu sfoara de atârnare.

A simţit imediat, că s'a oprit şi orice încercare de a-o împinge în jos cu alimente, ori de a o elimina prin vomitări au rămas fără efect. Aşteptând zece zile, şi văzând, că durerile se accentuează ca intensitate, se hotărăşte să vie la spital.

In ceeace priveşte turburările, ce le-avea bolnava din cauza acestui corp străin colţuros, şi stând de 10 zile inclavat în esofag trebuie, să semnalăm următoarele simptome.

Bolnava acuză dureri cari aveau maximul de intensitate în epigastru imediat sub furculiţa sternală şi mai puţin la nivelul inclavării. Ingerarea alimentelor solide şi consistente se făcea cu oarecare greutate, deglutiţia fiind urmată de vărsătură şi regurgitare, lichidele treceau cu uşurinţă în stomac.

Fiind vorba aici de un corp străin neregulat, colţuros, care sta de 10 zile inclavat, am bănuit că păretele esofagian trebue să fie alterat prin compresiune, infecţia ţesutului periesofagian părea probabilă, încercarea de extracţie pe sus în aceste condiţiuni nu putea să vie în discuţie, deci ne hotărîm pentru esofagotomie cervicală externă.

In ziua de 29 August 1933, în anestezie locală, combinată cu anestezia plexului cervical, incizăm ţesuturile dealungul marginei ant. a sterno-cleido-mastoidianului stâng. Descoperind pachetul vasculo-nervos şi dându-l la oparte, descoperim recurentul stâng şi esofagul, proeminent la acest nivel prin colţul crucei. Păretele esofagian prezintă la acest nivel pe o întindere de a. 1 cm. alterare în sensul unei necroze incipiente. Crucea stă fixată, nici o încercare de a o mobiliza nu reuşeşte, astfel că incizăm esofagul şi extragem cu oarecare greutate prin orificiul creat Crucea de aproape 4 cm. în ambele diametre, de care atârna o sfoară de circa 25 cm. lungime (Fig. 2).

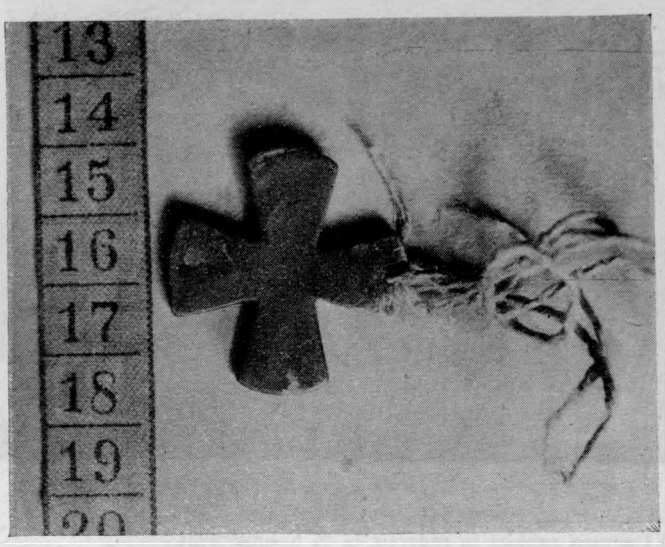


Fig. 2.

Excizăm marginile necrozate cu multă economie şi suturăm esofagul în 2 straturi cu catgut şi fir subţire (aţa „celuloid").

Planurile, inclusiv pielea asemenea le suturăm drenând prin colţul inferior ţesutul periesofagian cu un mănunchi de aţă.

Mersul post-operator decurge în cele mai bune condiţiuni.

Alimentăm bolnava — şi aşa denutrita — prin clisme rectale nepermiţând alimentaţia perorală 6 zile.

Plaga supurează, mai ales prin locul de drenaj.

Bolnava părăseşte spitalul în 14 Sept. complect vindecată, neavând nici un simptom de stenoză esofagiană.

Bolnava în timpul cât a stat în serviciul nostru nu a prezentat nici un semn de alienaţie mintală.

Mare majoritate a corpilor străini înghiţiţi şi inclavaţi la nivelul esofagului sunt de origină *alimentară,* fiind introduşi cu alimente ori în timpul alimentării. Astfel s'au observat inclavări de sâmburi, fragmente de os, bucăţi mari de carne, fructe (mere), etc.

Alături de aceşti corpi se înşiră seria variată a corpilor înghiţiţi accidental de către lucrători în timpul ocupaţiei lor (cue, ace, ace de siguranţă, etc.) şi jucăriile înghiţite de copii (monede, cue, nasturi, soldaţi de plumb, chei, perle, bile, etc.).

Protezele dentare înghiţite în timpul mesei ori al somnului natural, ori narcoza reprezintă un procent însemnat în această serie.

Cu titlu de raritate trebue citat cazul lui *Piollet* care extrage o statuetă de bronz dela un dement. Asemenea *v. Hacker* extrage cu ajutorul esofagoscopului în narcoză o cruce (6 cm. × 4 cm.).

Larrey şi *Baizeau* întâlnesc bolnavi cari au înghiţit lipitori, fixându-se pe esofag. Un alt bolnav dement a lui *v. Hacker,* înghite pentru „a se pedepsi" un cuţit formidabil de buzunare cu lama cea mare şi tir-buchon-ul deschis. Il scoate prin gastrostomie şi bolnavul se vindecă în bune condiţiuni.

Langenbeck citează cazul unui bolnav sifilitic, care dormind îşi înghite nasul necrozat.

Tot în această ordine de idei trebue menţionate cazurile — rare de altfel — unde instrumente chirurgicale scapă în esofag inclavându-se cu ocazia examinărilor ori operaţiunilor.

Este important de a grupa corpii aceştia în două mari categorii, această grupare având mare însemnătate în ceeace priveşte terapeutica de urmat.

Distingem: 1) *Corpi regulaţi, cu suprafaţa netedă,* şi 2) *Corpi cu suprafaţa neregulată, ascuţiţi,* cari rănesc mucoasa producând leziuni mai însemnate şi grave, ca cei din grupul 1.

In ceeace priveşte sediul unde aceşti corpi se opresc se observă 3 puncte: la intrarea conductului esofagian, îndărătul cricoidului, în partea superioară a toracelui la nivelul bifurcării traheale şi în fine la nivelul traversării esofagului prin diafragm.

Stenozele patologice, (stenoze cicatricale, epitelioame, etc.), desigur vor facilita foarte mult oprirea corpilor la nivelul lor; asemenea şi compresiunile organelor vecine asupra esofagului (guşa, tumori).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leziunile produse prin acești corpi se rezumă la necroza prin presiune a esofagului și infecția țesuturilor vecine (flegmon septic periesofagian, flegmonul gâtului și a mediastinului) și a organismului în general.

S'au observat des perforațiuni ale organelor vecine (trachea, bronșiile, aorta, vena cavă superioară, azigos, inima!).

Se citează cazuri când corpi mici ascuțiți (ace) perforând diferite organe au emigrat la distanțe mari fără să producă leziuni mai grave, — totuși după statistica lui Adelmann, aceste ace înghițite provoacă moartea în 20 la sută din totalitatea cazurilor.

Când corpul este fixat simptomul cel mai important și constant este *durerea* de regulă retrosternală, însă de multe ori — ca și în cazul nostru — cu localizări epigastrice.

Distagia este asemenea un simptom aproape constant, însă variază ca intensitate dela caz la caz. In mare majoritate a cazurilor este datorit spasmului secundar și nu factorului pur mecanic. Se observă uneori compresiuni pe nervii din vecinătate (pneumogastric, recurentul stâng, etc.).

Fenomenele infecțioase instalându-se vom avea toată seria a diferitelor simptome secundare, acompaniate de febră și stare septică. Trebue, să știm că orice corp străin indiferent de mărimea, forma ori natura sa, poate provoca accidente din cele mai grave chiar moartea în caz că inclavarea se prelungește, deaceea odată diagnosticul pus extracția lui se impune fără întârziere.

„Nu este admis unui medic de a părăsi un bolnav înainte de a-i fi extras corpul străin, tot astfel ca și cum nu este permis a lăsa neoperat un bolnav cu hernie încarcerată" (Terrier).

BCU Iași / Central University Library Iași

Pentru a pune diagnosticul și a ne informa asupra sediului și naturei corpului inclavat dispunem de mai multe metode de explorare.

Explorarea directă prin tușeu nu se poate face decât pentru obiecte sus situate.

Cateterismul este un mijloc foarte infidel și nu se poate aplica decât la un număr limitat de cazuri. Introducerea în practică a două procedee noui: radiografia și esofagoscopia a realizat un progres însemnat în diagnosticul și tratamentul corpilor străini ai esofagului.

Radiografie se poate aplica foarte des totuși nu întotdeauna, având deaface de multe ori cu corpi (sticlă, os, lemn, alimente), cari nu lasă umbra pe ecran ori clișeu. Noi ne-am folosit de acest mijloc în toate cazurile, extrăgând cu ajutorul cârligului lui Kirmisson și sub ecran monede inclavate în esofag. Rezultatul a fost din cele mai bune. Se cere desigur multă răbdare, prudență și evitarea oricărei violențe.

Esofagoscopia este metoda cea mai bună pentru explorarea esofagului și extragerea corpilor, astfel că azi majoritatea corpilor se extrag sub controlul furnizat de acest instrument. Celelalte metode nesângerânde ca, extragerea directă cu degetul ori cu pinceta, propulsia în stomac cu ajutorul unei sonde, nu se aplică decât în

Vinul şi Siropul „HEPAFORT"

e primul tonic opo-chimio-terapic, despre care s'a publicat articole conţinând rezultate încă din 1932, de către D-l Doc. Bistriceanu în Revista Medicală şi D-l Doc. Stoia în România Medicală.

Extr. Hepatic, Hemoglobine, Glycero fosf. de Calciu, Vitamina «D», Ergosterina iradiata, Chl. de Manganez, Tinct. nuca Vomica, Extr. fl. de Quinquina, Extr. fl. de Kola, Vin de Malaga Syn.

Această formulă, făcută de un farmacist român, a format baza unei medicaţii moderne, conformă indicaţiunilor Prof. Wipple. In acest mod s'a pus în circulaţie un medicament uşor accesibil în cazuri de:

anemie, astenie generală, surmenaj, dispepsie, limfatism şi convalescenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BRONCHOPHEDRINE

Sirop pentru adulţi şi copii şi dragele.

Indicat în:

Astmă, gripă, tuse spasmodică, bronşită şi tuberculoză.

Dragele:

Ephedrine, Tiocol, Codeină, Salipyrin, Benzoate de Sodiu.

Sirop:

Ephedrine, Antipyrin, Tiocol Bromoforme, Codeine muriat, Tr. Drosera, Benzoate de Sodiu, Sirop Desessartz, Sirop Tolu vanilat.

Posologie după avizul medicului.

Reprezentant general pentru România:

L. HEGHESI farmacist – Bucureşti V Str. Principatele Unite 12,

Telefon: 304—41.

Combinaţiune de hormoni cu acţiune sinergică:

GLANDUANTIN

(Hormonul de lob anterior de hipofiză)

cu

Glandubolin

(Hormon folicular izolat, pur)

este

ANTEOVIN

fiole şi tablete.

Hormonul hipofizar de maturaţiune

GLANDUANTIN

fiole şi tablete, titrate pe unităţi standard.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
bucureşti

cazuri cu totul aparte cu indicaţii rare (situaţia superioară a corpului, corpi străini mici, etc.).

Cu toată extinderea ce a luat întrebuinţarea esofagoscopului pentru extragerea corpilor din esofag, totuşi sunt cazuri — ca şi al nostru relatat mai sus — când numai extragerea prin metoda sângerândă este posibilă de aplicat: *când corpul este neregulat, prevăzut cu proeminenţe şi rugozităţi, ori când inclavarea în esofag durează de mai multe zile şi când sunt semne de leziunea mucoasei,* şi în fine când orice tentativă de a-l extrage prin metode sângerânde au dat greş. Chiar mai mult: când vedem, că extracţia nesângerândă nu va merge, nu vom mai încerca aceste manopere ci, recurgem imediat la bisturiu, evitând în felul acesta treumatismul inutil şi periculos.

Felul cum am procedat în cazul nostru, îl aduc în sprijinul acestei teze.

Prin esofagotomia cervicală se pot ridica obiecte chiar dela nivelul vertebrei a 6-a dorsală. Pentru obiecte situate mai jos vom fi nevoiţi a recurge la gastrotomie şi extragere pe această cale, care s'a dovedit o operaţie excelentă în aceste cazuri şi foarte recomandabilă.

Permite extragerea corpilor situaţi chiar la a 7-a dorsală. *Esofagotomia toracică* este o operaţie de o extremă gravitate, care tocmai din acest motiv nu'şi poate afla aplicaţia, în deosebi, că am văzut cum celelalte două căi: esofagoscopie cervicală şi gastronomia o pot suplea perfect de bine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Esofagotomia cervicală nu este o operaţie fără gravitate, în deosebi când obiectul stând multă vreme fixat, a provocat leziunea mucoasei şi a facilitat procesul infecţios.

Bălăcescu şi *Cohn* în 1905 reunind toate esofagotomiile cervicale pentru corpi străini (1738—1905) dau o mortalitate 21%.

Kilian în statistica sa asupra 380 operaţiuni de acest fel practicate dela 1900—1920, citează cifra de 21% ca cifra mortalităţii.

Se recomandă sutura esofagului şi drenarea ţesutului periesofagian pentru a evita infecţiunea ţesutului celular în caz de perforaţie existentă deja, ori în caz de desfacerea suturei esofagiene.

LITERATURA

Adelmann: Prager, Viertelj 1807/68, IV. — *Bălăcescu şi Cohn:* Rev. de chir. 1904. — *Beguin şi Papin:* Precis de Pat. chir. III. 1928. — v. *Hacker:* Wiener Kl. Wochenschr. 1894 — v. *Hacker*: Entfernung vom Fremdkörpern mittels der Oesophagoscopie (chir. Kongr. 1898. — *Killian*: M. med. Woch. 1900. — *Kirschner şi Nordmann:* Die Chirurgie 1928. — *Schmerz:* Die Chirurgie der Speiseröhre. — *Lenormant*: Maladies de l'oesofage. (Precis de Path. chir. 1928).—*Schmacher-Sauerbruch:* Technik der Torax-chirurgie 1911. — *Winiwarter:* Wiener Kl. Woch. 1912.

TRAIAN BONA: *Oesophagothomie cervicale pour une croix de métal enclavée dans l'oesophage.*

Un cas interéssant par la rareté du corps englouti, mais surtout par les bonnes suites opératoires.

TRAIAN BONA: *Cervicale Esofagothomie für ein metalenes Kreuz im Esofag fest geklämmt.*

Ein interessanter Fall durch die Seltenheit des verschlukten Körpers und besonders durch die guten operatorischen Erfolge.

UN CAZ DE MONSTRU DICEPHALUS DIPUS DIBRACHIUS CU CHEILOGNATO-PALATOSCHISIS *)

de

D-r IOSIF LEONIDA

Medic Circ. Poseşti Prahova

In teratologie se clasifică [1]) monştrii în:

1) simpli, şi 2) compuşi.

Monştrii simpli se subdivid în cazuri în cari monstruozitatea interesează întregul organism şi cazuri în care monstruozitatea interesează numai diverse părţi ale individului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Monştrii compuşi se subdivid în monştrii dubli, tripli, etc.

Cazurile de monştrii dubli sunt — prin raritatea lor — întotdeauna interesante de relatat. Interesul lor derivă şi din multiple probleme pe cari le pun observatorului:

1) Problema obstretică.
2) Problema etiologică;
3) Problema teratologică, şi înfine
4) Problema medico-legală.

In cele ce urmează mă voiu referi la cazul observat de mine: dicephalus dipus dibrachius cu cheilognatopalatoschisis.

1) PROBLEMA OBSTETRICA se pune din punct de vedere:

a) Diagnostic;
b) Prognostic;
c) Terapeutic.

Din punct de vedere *diagnostic* este clar că la examenul obiectiv al gravidei, palpând 3 poli fetali, din care doi de acelaş nume, am înclina să ne gândim la o graviditate gemelară. Eroarea se explică uşor dacă ne gândim la frecvenţa sarcinei gemelare (1 sarcină gemelară la 80—130 sarcini simple — după diverse statistici, variind şi cu ţinutul geografic) — şi la extrema raritate a monştrilor dubli [2]).

---

*) Lucrare primită la redacţie la 9 Ianuarie 1935.

1) Vezi mai jos clasificaţia monştrilor după Babeş.

2) După statistica lui Puech (citat din tratatul de obstetrică al lui Luigi Mangiagalli, Instituto editoriale scientifico Milano, Vol. III, partea I, pag. 100); 2 monştrii dubli la 100.000 naşteri.

Dar trebuie să mai luăm în consideraţie şi faptul că există o serie continuă, care merge dela simplele anomalii anatomice consistând în prezenţă în număr mai mare decât normal a diverse părţi ale organismului — degete, oase, muşchi supranumerari, organe interne sau părţi de organe interne supranumerare — şi ajunge la desvoltarea complectă şi egală — uneori inegală — a doi feţi distincţi — uneori cu unul din feţi mort, macerat sau mumificat — trecând prin faza intermediară a monştrilor dubli.

Ascultaţia ne poate fi de folos pentru următorul motiv: ştim că un făt poate avea 2 focare de ascultaţie şi într'o sarcină gemelară, când unul din feţi este mort, avem un singur focar de ascultaţie. Bineînţeles, într'un caz de monstru dicefal, teoretic nu trebuie să avem decât un singur focar. Dar, prin palparea netă a doi poli, cari au caracterele de cap, bănuind existenţa unei sarcini gemelare şi totuşi neascultând decât un singur focar, aceasta trebuie să ne îndemne a căuta, complectând examenul palpatoriu, şi al doilea spate. Negăsindu-l, vom putea prezuma existenţa unui monstru dicefal, căci chiar admiţând că al doilea făt ar fi mort, într'o sarcină gemelară se poate totuşi găsi al doilea spate, sau cel puţin al patrulea pol fetal.

Un examen radiologic clarifică situaţia, altfel... diagnosticul se precizează după naştere.

Din punct de vedere *prognotic*, facerea spontană este posibilă dacă se întâmplă înainte de termen ci deci, prin incomplecta lor desvoltare, cele două capete ale monstrului dicefal, nu constitue o cauză fetală de distocie, presupunând bune contracţiuni uterine şi un basin normal. Cu cât sarcina înaintează în timp, sau ajunge chiar la termen, cele 2 capete ale monstrului dicefal devin o cauză fetală de distocie şi posibilităţile unei faceri spontane devin din ce în ce mai reduse. Urmările acestei distocii pot fi mai mult sau mai puţin infauste: inerţia uterină, ruptura uterului, etc.

Din punct de vedere *terapeutic*, putem să afirmăm că intervenţia obstetricală depinde dela caz la caz. In general, în caz de monstru dicefal, dacă facerea nu progresează, se va recurge la forceps, craniotomie sau embriotomie, atât în cazul unei prezentaţiuni cefalice, cât şi în cazul unei prezentaţiuni pelviene.

2) PROBLEMA ETIOLOGICĂ.

Monstrul reprezintă produsul unei ontogeneze abnorme — fie prin anomalii ale celulelor germinale — fie în timpul blastogenezei — fie în timpul organogenezei.

Se poate considera ca anomalii ale celulelor germinale: spermatozoizii giganţi sau pitici, cu mai multe coade, cu mai multe capete; ovuli cu mai multe vezicule germinative.

Bine înţeles aceste anomalii ale celulelor germinale pot fi numai prezumate, nici decum dovedite. De asemenea nu se poate spune cu precizie momentul în care ontogeneza începe să devie abnormă.

In cazul nostru sunt doi factori etiologici, cari trebuiesc luaţi în deosebită consideraţie şi anume: *sifilisul* şi *hereditatea*.

Sifilisul este documentat prin repetate avorturi (3), poliletalitate infantilă (4), monstrul în chestie s'a născut mort macerat, placenta având toate caracteristicile unei placente sifilitice (mare, grea — circa 1,500 kgr. — slăninoasă), în plus semne clinice incontestabile de sifilis atât la femeie cât şi la bărbatul ei. Trebuie să menţionez faptul că n'au fost două placente, ca într'o sarcină gemelară bivitelină, ci una singură, ca într'o sarcină gemelară univitelină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hereditatea are o importanţă covârşitoare, în ce priveşte transmisiunea anomaliilor de mică importanţă vitală: indivizii cu monstruozităţi grave ori nu sunt viabili, ori nu sunt fecunzi, astfel că monstruozităţile grave, nu se transmit hereditar.

In cazul nostru hereditatea îşi are valoarea ei etiologică, deşi reprezintă o monstruozitate gravă, incompatibilă cu viaţa [3]).

Tatăl individului, care a dat naştere monstrului, provin din o sarcină generală (univitelină?), amândoi fraţi gemeni trăind până la o vârstă obişnuită (57 ani, 63 ani). *Ştim că proprietatea de a genera gemeni se transmite ereditar.*

Ori, sarcina gemelară cu feţi de acelaş sex, reprezintă o stare fiziologică limitată [4]), dela care începe patologia ontogenezei. Să pre-

3) Dicefalul Ritta-Christina (v. mai jos), care a trăit 8½ luni, este un caz unic în literatura medicală.

4) Sarcina gemelară univitelină, în care feţii sunt întotdeauna de acelaş sex, este considerată de mulţi ca patologică.

supunem, într'adevăr, că gemenii, complect desvoltaţi, rămân uniţi: iată un monstru dublu, indivizii cari îl compun pot să trăiască, să atingă chiar o vârstă respectabilă şi chiar să procreeze. Citez următoarele cazuri din literatură:

1) Fraţii Siamezi Cheng şi Heng, cari au trăit 63 de ani, n'au consimţit a fi separaţi pe cale chirurgicală şi, căsătorindu-se cu două surori au procreeat 22 fii;

2) Surorile hinduse Rodica şi Dodica, cari, în anul 1902, au fost separate pe cale chirurgicală de către chirurgul Doyen;

3) Monstrul dublu femenin Millie-Christine, având o porţiune comună a scheletului coloanei vertebrale, cu independenţa relativă a bazinelor — studiat de Tardieu şi Broca în 1874[5]).

Dar să presupunem că gemenii — uniţi — nu sunt amândoi complect desvoltaţi: în acest caz, unul din ei va fi parazitul celuilalt, putându-se întâmpla, ca acest parazit să reprezinte numai o dedublare parţială a celuilalt făt.

Etiologia cazului nostru, aşa dar, este dată de un factor predisponent constituţional (hereditatea paternă a proprietăţii de a genera gemeni) la care se adaogă un factor exogen (infecţia sifilitică). Ca în orice fenomen vital, şi aci trebuie admisă existenţa unui factor necunoscut X, căci altfel nu ne putem explica pentru care motiv asociaţia acestor doi factori etiologici a contribuit la formarea tocmai a acestui tip de monstru dublu.

Mai înainte de a trece la problema teratologică, cred că nu va fi lipsit de interes a reaminti clasificaţia monstruozităţilor, după Babeş. Acesta distinge:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I) Monstruozităţi *prin defect:* nanosomia, acefalia, cranioschisis, emicrania, ciclopia, cheilognatopalatoschisis, encefalocel, microcefalie, spinabifida, acardiacus, ectopia cordis, ectopia vesicae, etc.

II) Monstruozităţi *per fabricam alienam:* dextrocardia, situs viscerum inversus.

III) Monstruozităţi *prin exces:* a) Gigantismul, macrocefalia, macroglosia, polidactilia, polimastia, vertebre supranumerare (monştri cu coadă), spline, rinichi, pancreasuri, accesorii, etc.

Apoi, ca o trăsătură de unire între monstruozităţile prin exces şi monştri dubli, distinge:

b) Dedublări parţiale:
- Diprosopie:
  1) Dioftalmus;
  2) Trioftalmus;
  3) Tetraoftalmus.
- Dicefalus:
  1) Dibrahius;
  2) Tribrachius;
  3) Tetrabrachius.

Voi reaminti că dicefalul Rita-Cristina (mort în 1829) a trăit 8½ luni (citat din Mina Minovici, vol. II, pag. 27).

IV) Monştrii dubli.

5) Citat din Tratatul de medicină legală Mina Minovici, vol. II, pag. 27.

3) PROBLEMA TERATOLOGICA care se pune este următoarea:

Monştrii dubli provin din împreunarea a doi embrioni (teoria lui Geoffroy Saint-Hilaire, acceptată şi de Dareste şi Schultze) sau avem — primitiv — un embrion care se dedublează (teoria lui Ahlfeld, acceptată şi de Forster, Leuckart şi Müller?). Cazul de dicephalus dipus dibrachius cu cheilognatopalatoschisis ne face să admitem mai de grabă a doua teorie, ca fiind mai verosimilă. Intr'adevăr, admiţând posibilitatea împreunării a doi embrioni distincţi ar fi fost posibil ca unul din embrioni să prezinte cheilognatopalatoschisis şi al doilea să nu prezinte această anomalie. Dar admiţând a doua teorie, reese clar că la un moment dat — foarte de timpuriu în orice caz — acea parte din embrion, predistinată a forma capul unui făt, cu cheilognatopalatoschisis, s'a dedublat şi astfel, în loc de un cap, au rezultat două capete, ambele cu cheilognatopalatoschisis.

Acest caz mai este interesant şi din punct de vedere al clasificaţiei. Intr'adevăr, fiind dicefal, ar trebui să-l trecem în categoria monstruozităţilor prin exces (de dublări parţiale); dar prezentând în acelaş timp şi cheilognatopalatoschisis, ar trebui să figureze şi în categoria monstruozităţilor prin defect — ceeace dovedeşte că o clasificaţie, ori cât ar fi de ingenioasă şi ori cât ar permite o viziune clară şi sinoptică a fenomenelor naturii, nu poate cuprinde toate eventualităţile posibile.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

4) Din PUNCT DE VEDERE MEDICO-LEGAL, un monstru care se naşte viu, chiar dacă nu este viabil, este considerat ca o persoană, în sensul juridic al cuvântului, adică poate fi declarat apt a moşteni şi lăsa moştenire şi numai faptul de a fi existat poate să anuleze o adopţiune. In cazul nostru, monstrul s'a născut mort, totuşi am văzut mai sus, că monstrul dicefal Ritta-Christina a trăit $8^1/_2$ luni.

Deasemenea se pune chestiunea — în ce priveşte starea civilă, — dacă un monstru dublu trebuie considerat ca unul sau ca doi indivizi.

In această privinţă Debierre şi Lacassagne (cit. din Mina Minovici), propun ca un monstru cu două trunchiuri şi un cap să fie considerat ca un individ, iar un monstru cu două capete şi un singur trunchiu să fie privit ca doi indivizi.

In cazul nostru această chestiune nu se pune, fiindcă monstrul s'a născut mort. Dar am văzut mai sus, cazul fraţilor siamezi, cari au refuzat să fie despărţiţi pe cale chirurgicală şi au preferat să se căsătorească — cu *două* surori — rămânând uniţi.

Voi reaminti numai în treacăt că, în cazul monştrilor dubli se mai pune şi problema consimţâmântului la căsătorie şi problema bigamiei.

IOSIF LEONIDA: *Un cas de monstre dicéphalus Dipus Dibrachius à cheilognatopalatoschisis.*

IOSIF LEONIDA: *Ein Fall Missgeburt. Dicephalus Dipus Dibrachius mit Cheilognato-palatoschisis.*

TRATAMENTUL HEMOPTIZIILOR PRIN INJECŢIUNI SUB-CUTANATE DE OXIGEN*)

de

D-r C. BIBICESCU şi D-r Gh. POLATOS
Directorul Sanatoriului Toria Medic Secundar

Unul dintre accidentele cele mai dramatice în cursul evoluţiei unei Tuberculoze pulmonare, este de sigur hemoptizia. Ne referim în special la hemoptiziile mari în care metodele obişnuite de tratament rămân de multe ori nefolositoare, rolul medicului fiind redus la un simplu spectator.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pneumotoraxul terapeutic, singurul care poate da rezultate în asemenea cazuri, nu se realizează totdeauna, fie din cauza aderenţelor pulmonare sau a existenţei de leziuni bilaterale.

De aceea am primit cu deosebită satisfacţie noua metodă de tratament a hemoptiziilor prin injecţiuni sub-cutane de oxigen, care după cum vom vedea, ne-a dat şi nouă rezultatele cele mai satisfăcătoare.

Descoperirea acestui tratament se datoreşte unei întâmplări.

Doctorii Ravina, Beuzaquen şi Bibas, cărora le revine paternitatea acestor metode, raportează într'o şedinţă a Societăţii de studii Ştiinţifice asupra Tuberculozei [1]) un caz foarte interesant: e vorba de un pacient la care făcându-i-se în două rânduri un pneumotorax terapeutic, pentru a opri o hemoptizie rebelă, s'a produs un voluminos emfizem sub-cutan, după care hemoptizia a încetat brusc. Deoarece bolnavul examinat radiologic nu prezenta nici o urmă de colabare a pulmonului, ei au bănuit că oprirea hemoptiziei se datoreşte unui reflex produs de distensiunea considerabilă a ţesutului sub-cutan. Pentru verificarea acestei ipoteze, autorii au injectat câte un litru de oxigen sub-cutan în alte două cazuri de hemoptizii mijlocii, în care nu s'a mai aplicat şi alt tratament. In ambele cazuri s'a produs o oprire bruscă a hemoptiziei.

Această comunicare a determinat şi pe alţi medici să ex-

*) Lucrare primită la redacţie la 27 Ian. 1935.

perimenteze noua metodă. Dr. Courcoux aplică în mod sistematic în serviciul său injecţiuni cu oxigen în toate cazurile de hemoptizii. Rezultatele obţinute sunt foarte satisfăcătoare, după cum rezultă din comunicarea făcută la Societatea pentru Studiul Tuberculozei [2]).

Corcoux a tratat 20 de hemoptizii din care 12 au fost foarte abundente şi a observat o oprire imediată a hemoptiziei.

In alte 4 cazuri hemoptizia s'a oprit după ce s'a injectat oxigen în 3 zile consecutive. In 4 cazuri nu s'a putut obţine decât rezultate inconstante, hemoptizia rezistând de altfel la orice alt tratament.

In aceeaş şedinţă [3]) D-r Bourgeois prezintă 5 cazuri de hemoptizii în cari injecţiile cu oxigen au fost foarte eficace, mai ales în două cazuri de hemoptizii foarte mari. Una din aceste hemoptizii era considerată ca fatală.

Aceste rezultate bune ne-au determinat să aplicăm imediat noua terapeutică. Intre timp au mai apărut următoarele publicaţiuni.

D-r Corcoux publică în Presse Medicale [4]) un articol asupra unui total de 34 hemoptizii tratate cu oxigen, având următoarele rezultate:

In 25 de cazuri oprirea imediată şi definitivă a hemoptiziei. In 6 cazuri oprirea s'a produs după repetarea injecţiunilor mai multe zile consecutive, iar în 7 cazuri rezultatul a fost negativ.

M. Coste [5]) a aplicat această metodă în serviciul lui Ameuille în 12 cazuri, având rezultate imediate şi remarcabile în 10 cazuri şi mediocre în alte 2 cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte rezultatele obţinute de noi, dăm mai jos următoarele 6 observaţiuni, unde se poate vedea că în toate cazurile, am avut imediat un succes remarcabil.

OBSERV. I-a: — Bolnava Alexandrina L., internată la 8 Iunie 1934 în sanatoriul nostru, pentru leziuni ulcero-fibroase bilaterale.

Starea generală bună; afebrilă; tuşeşte şi expectorează moderat.

In ziua de 3 August, bolnava are o hemoptizie puţin abundentă (50 cm.^{3}), care cedează în urma aplicării tratamentului obişnuit (inj. lob posterior, hipofiză şi Clauden). După 3 ore hemoptizia reîncepe, de astădată mai abundentă (150 cm.^{3}). Se injectează sub-cutan 500 cm.^{3} de oxigen, în partea inf. a axilei stângi. **Hemoptizia cedează imediat,** bolnava nemai prezentând în orele următoare, decât rare spute colorate roşu închis.

A doua zi, are o nouă hemoptizie. Se inj. 750 cm.^{3} oxigen, de astă dată în partea laterală şi inferioară a hemitoracelui drept. Hemoptizia cedează imediat, fără a se mai repeta în zilele următoare.

De remarcat senzaţia de bine pe care o simte bolnava după injecţiile cu oxigen, precum şi calmul produs, urmat aproape imediat de somnul pacientei.

OBSERV. II-a. — Bolnavul Dumitru I., intră în Sanatoriul nostru la 23 Aug. 1934, pentru leziuni bacilare fibro-cazeoase bilaterale.

Starea generală bună; afebril. Tuşeşte şi expectorează puţin.

In ziua de 10 Sept. are o hemoptizie abundentă (500 cm.^{3}). I se aplică

tratamentul obişnuit, care însă nu opreşte hemoptizia. Se injectează sub-cutan 500 cm.^{3} de oxigen, după care hemoptizia cedează imediat. Bolnavul se calmează, prezentând o stare de euforie. După 8 ore, bolnavul emite câteva spute hemoptice de culoare roşu închis. Temperatura se menţine sub 37 grade.

In ziua de 27 Sept. bolnavul are o nouă hemoptizie de 300 cm.^{3} Se injectează 500 cm.^{3} de oxigen, fără a i se aplica alt tratament. Hemoptizia cedează imediat. După 8 ore se injectează, cu scop preventiv, 500 cm.^{3} oxigen, dar după o oră bolnavul are câteva mici hemoptizii (50 cm.^{3}), cari cedează după ce i s'a făcut o injecţie cu clauden intravenos.

Bolnavul părăsind Sanatoriul, n'a mai putut fi urmărit.

OBSERV. III-a. — Bolnavul Vasile C., leziuni fibro-cazeoase bilaterale.

Starea generală mediocră; sub-febril. Prezintă la intervale dese mici hemoptizii, cari cedează la tratamentul obişnuit. In ziua de 15 Oct. are o hemoptizie mare (1,500 kgr.). I se injectează 750 cm.^{3} de oxigen. **Hemoptizia cedează imediat,** bolnavul ne mai dând în zilele următoare decât rare spute colorate roşu închis sau negricioase. Temperatura care se ridicase progresiv înainte de hemoptizie până la mx. 38,2 grade se menţine ridicată în zilele următoare.

Dela acea dată bolnavul n'a mai prezentat hemoptizii.

OBSERV. IV-a. — Ştefan D.; leziuni fibro-cazeoase bilaterale.

Starea generală mediocră; sub-febril. Prezintă dese hemoztipii mici.

In ziua de 26 Oct. bolnavul are o hemoptizie mai abundentă, care cedează parţial la tratamentul obişnuit. A doua zi hemoptizia reîncepe, de astădată mai abundentă (500 cm.^{3}). Fără a i se mai aplica alt tratament, i se injectează sub-cutan 800 cm.^{3} aer. Hemoptizia cedează imediat. In zilele următoare bolnavul mai emite câteva spute de culoare negricioasă.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

OBSERV. V-a. — Elisabeta B., leziuni ulcero-cazeoase bilaterale.

Starea generală rea, sub-febrilă.

In ziua de 13 Dec. 1934, are câteva spute hemoptice care au cedat la tratamentul obişnuit.

In ziua de 18 Dec. are din nou mici hemoptizii (20 cm.^{3}). I se face o injecţie cu oxigen de 350 cm.^{3}. Hemoptizia a cedat pentru scurt timp. In orele şi zilele următoare, bolnava are frecvente spute hemoptice; cari cedează în cele din urmă, la tratamentul obişnuit.

OBSERV. VI-a. — Bolnava Niculina V.; leziuni ulcero-cazeoase bilaterale.

Starea generală bună, afebrilă.

In ziua de 22 Ianuarie 1935, bolnava are o hemoptizie medie (150 cm.^{3}). Fără a i se aplica alt tratament, i se injectează 700 cm.^{3} aer. Hemoptizia cedează imediat, fără a se reproduce în zilele următoare.

Din cele publicate mai sus rezultă că injecţiunile cu oxigen ne-au dat rezultate foarte bune în toate cazurile aplicate şi chiar acolo unde a rămas ineficace tratamentul clasic.

Acţiunea hemostatică a fost rapidă, hemoptizia oprindu-se imediat, bolnavul ne mai prezentând în orele sau zilele următoare hemoptiziei, decât resturi de coagul colorate în roşu închis. Senzaţia de calm şi euforie, le-am găsit numai în două cazuri, într'unul fiind urmată imediat de somn. Bourgeois pretinde că acest

fenomen este constant. Se mai poate vedea că la unele cazuri, a fost necesar să repetăm injecţiunile cu oxigen, în două-trei rânduri, pentru a putea obţine un rezultat durabil.

Acelaş lucru publică şi Corcoux, fiind nevoit a repeta injecţiunile cu oxigen în 6 cazuri. Acei la care se repetă prezintă în general formele fibroase afebrile. La aceşti bolnavi scopul injecţiunilor cu oxigen, este de a opri chiar pentru puţin timp o hemoptizie abundentă şi rebelă la alt tratament. Rezultatele cele mai bune cu oprirea imediată şi definitivă a hemoptiziei, se constată la bolnavii în plin puseu de evoluţie. In hemoptiziile ulceroase grave, rezultatele sunt foarte relative sau chiar nule. Technica injecţiunilor cu oxigen este următoarea: injecţiunea se se face în partea inferioară şi laterală a toracelui, fie de aceiaş parte cu leziunea, fie în partea opusă. Se produce o distensiune a tegumentelor, fără ca bolnavul să simtă decât uşoare dureri. Bourgeois susţine că locul unde se face injecţia nu are importanţă. Acelaş lucru susţine şi Coste. Credem că este preferabil din multe puncte de vedere a face injecţiile în partea laterală a toracelui, derivaţiunea fiind mai aproape de focarul în cauză.

Volumul de oxigen introdus de noi a variat între 3—900 cm^3. De obicei se introduc 5—600 cm^3, variind cantitatea după gravitatea cazului.

Este important să reţinem că în două din cazurile noastre (obs. IV şi VI) s'a introdus în loc de oxigen, aer filtrat prin vată. Rezultatul a fost tot atât de bun şi rapid ca atunci când am introdus oxigen. Singura deosebire, că durerea locală a fost ceva mai mare şi bolnavul timp de 12 ore s'a simţit foarte surescitat.

Aceasta dovedeşte că oxigenul nu ar avea un rol indispensabil şi că în lipsă îl putem înlocui perfect cu aerul filtrat.

Mecanismul intim al acestui fenomen nu a fost încă elucidat. Ravina presupune că distensiunea cutanată considerabilă ar determina un fenomen reflex susceptibil de a opri hemoptizia. Borgeois susţine un mecanism care se poate exercita şi dela distanţă. S'ar mai putea invoca şi acţiunea oxidazelor sau a congestiunei stratului sub-cutanat în paguba profunzimei, oprind astfel hemoptizia, prin derivaţie.

Pentru introducerea oxigenului sub piele ne putem servi de oxigenatorul lui Bayeux sau de orice alt aparat, care poate băga cu puţină presiune o cantitate măsurată de oxigen. Foarte comod ar fi să se introducă chiar cu o seringă aspiratoare respingătoare ce se întrebuinţează pentru transfuzie.

Noi ne-am servit de aparatul de pneumotorax Küss, la care am adaptat balonul de oxigen, plus o suflerie cu un dop de cauciuc la vasul comunicant mobil al aparatului.

CONCLUZII: *Considerăm tratamentul cu injecţii de oxigen drept o metodă de reală eficacitate în hemoptiziile mari, unde de multe ori bolnavul s'ar fi crezut pierdut. Este o metodă uşor de aplicat fără nici un risc, la îndemâna oricărui medic şi foarte puţin costisitoare.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele injecţiunilor cu aer filtrat sunt aceleaş ca şi ale injecţiunilor cu oxigen.

BIBLIOGRAFIA

1) *M. M. Ravina, Benzaquen et Bibas:* Arrêt d'une série d'hémoptysies de volume considérable, à la suite de la production accidentelle d'un emphysème sous-cutané, Societé d'Etudes Scientif. sur la Tuberc., şedinţa din 11 Febr. 1933. Revue de la Tuberculose, Aprilie 1933. — 2) *A. Corcoux:* Traitement des hemoptysies par les injections sous-cutanées d'oxigène. Société d'Etudes Scient. sur la Tuberc., şedinţa din 9 Decembre 1933; Revue de la Tuberculose 1933. — 3) *D-r Bourgeois:* (Aceiaş şedinţă de la Nr. 2) — 4) *D-r Corcoux:* Traitement des hemoptysies tuberculeuses par les inj. sous-cutanées d'oxigen. La Présse Medicale 4 Iulie 1934. — 5) *D-r M. Coste:* Traitement des hemoptysies par les injections sous-cutanées d'oxigen Gazette Medicale de France 15 Sept. 1934.

C. BIBICESCU et GH POLATOS: *Le traitement des hémoptysies avec les injections souscutanées d'oxygène.*

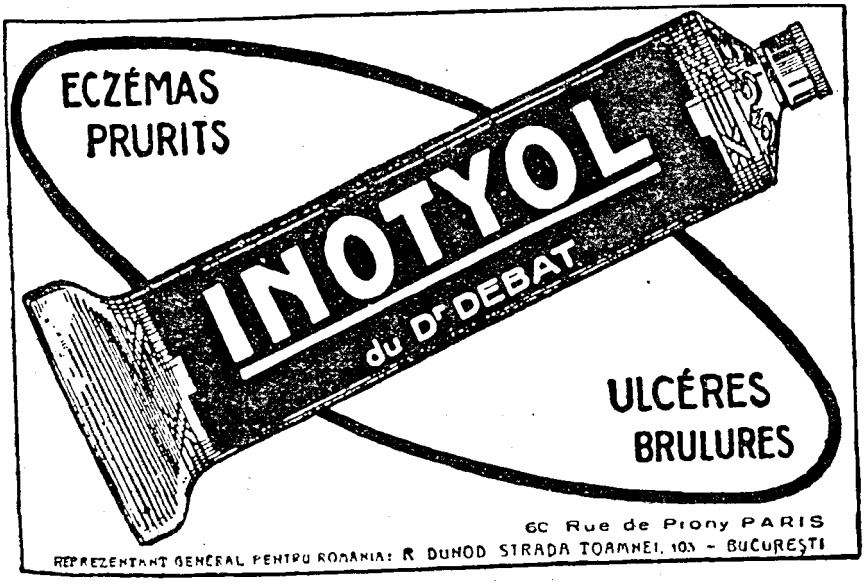
De 6 cas où l'on a institué ce traitement, les auteurs concluent que l'action de l'injection souscutanée d'oxygène a été efficace et rapide. Les hemoptysies ont cessé et les malades ont eu la sensation de calme et d'euphorie après ces injections. Les resultats des injections à l'air filtré sont les mêmes que ceux obtenus par les injections à l'oxygène.

C. BIBICESCU u. GH. POLATOS: *Die Behandlung der Hemoptisie durch die Injektionen von Sauerstoff.*

In 6 Fälle in welchen diese Behandlung gebraucht wurde, schliessen die Verfasser, dass die Wirkung der subkutanen Sauerstoff Injectionen erfolgreich und rapid war.—Die Blutungen haben aufgehört und die Kranken fanden ihre Ruhe und ihr Wohlbefinden wieder nach diesen Injectionen

Die Erfolge der Injektionen mit fieltrierte Luft haben denselben Erfolg wie die Injektionen mit Sauerstoff.

Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi
Digitized by Biblioteca Universitară Iaşi



CURA SPECIFICA UNICA PENTRU SIFILIS SI MALARIA *)

de

D-r C. MARTINESCU

Medic Director
al Sanatoriului şi Spitalului Vijniţa

In metalele colloidale posedăm o armă parasiticidă puternică dar nevătămătoare, ba chiar imunizantă indirect prin mărirea nutriţiei şi mijloacelor de apărare ale organismului (imunometaloterapia).

Starea de diviziune elementară a metalelor (micellară), reacţiunile lor catalytice faţă de celule şi paraziţii lor sunt fondul acestei activităţi terapeutice mărite. „Par des déactions entre les colloïdes ont été expliquées les propriétés des antitoxines, des sérums naturels, agglutinines, phagocytes, albumines etrangères, avec les phénomènes de choc. (colloïdoclasie) et toutes les phénomènes de défense (Lumière)". Ele constituesc starea dinamică a materii.

Mercurul stimulează nutriţiunea; e cunoscută acţiunea *eutrofică*, de remontare observată cu acest tratament în perioada secundară, deprimantă, de invaziune a sângelui mai ales la femei, nervoşi, şi acţiunea imunizantă a umorilor (Cremonense, Walbaum).

Colloidele obţinute pe cale chimică, (metoda Faraday) având micelle mai mari de cât cele electrice, deţin şi o cantitate mai mare de metal, (până la 2,5% Hg.) şi specificitatea lor este în linie paralelă cu saturaţia mai mare a organismului cu acest metal fără a-i vătăma, (Netter, Lereddé).

„Les complexes colloïdes que conntiennent l'élément actif sous une forme plus assimilable, ayant la constitution identique de la matière organique, ne possèdent pas les propriétes toxiques du metal envisagé. Ils exercent dans l'organisme une action d'importance capitale avec une intensité et des localisations differéntes de celles qu'on observe avec les combinaisons simples, directement ionisées" (Prof. Henrijean). Au un organotropism mai puţin accentuat.

Un atare complex colloïd am obţinut în hydrosolul de

*) Lucrare primită la redacţie la 10 Ian. 1935.

Thiocyanat de mercur şi *Aluminium*, prin procedeul brevetat în Germania în 1927, bazat pe puterea reductoare sau reacţiunile catalytice prin oxidaţiuni şi în ultimă fază, de substituţiune, determinate totdeauna de sensul încărcăturei electrice a metalelor puse în prezenţă, metalul Aluminiul sustrăgând oxigenul. Se cunoaşte afinitatea lui mare pentru Ox, ca şi pentru Clor, pentru a forma Alumine (Al^2Ox^3), apoi deplasarea celuilalt metal (Hg) din compuşii lui, eliberându-l sub formă de oxizi şi suboxizi şi în ultimă reacţiune sub formă elementară „statu nascendi" coloidal, adică micelle în suspensiune într'un electrolyt. Aceasta se întâmplă cu Al. mai ales în prezenţa Hg. oxidant activ care saturează Al. şi accelerează oxidaţiunea sa. Acesta este Hydrargolul conţinând Hg. 2%, Sulfo-cyan şi Al. 1%. Componenţii săi de origină sunt deci thiocyanatul de Hg. unul din cele mai vechi medicaţiuni cunoscute de Egipteni, utilizat ca şi cinabru în fumegaţiuni (tot coloide). Cyanurul de Hg. a fost cercetat in vitro ca sterilizant imediat al sângelui (Jaworski).

Din timpuri s'a întrebuinţat Thiosulfatul de Na. prin care se reactiva terapeutica specifică a Hg. şi a altor preparate antisifilitice. Acţiunea radicalului Sulfhidril a fost reabilitată de lucrări recente ale prof. Kabelik, Loeper, Bory-Warningk. Sulful Coll. posedă o indiscutabilă putere de cură în aşa zisa nespecifica *Reiztherapie* şi prin ridicarea temperaturei până la 40°

Gruparea Hg. sulfid este cea mai inofensivă legătură a mercurului evitând intoxicaţiunile, este singurul care îngădue dozele ridicate de Hg. în organism (Prof. Kabelik) şi sulful intensifică pătrunderea şi eliminaţiunea mercurului în cele mai îndepărtate ţesuturi, cuiburile recunoscute ale spirochetelor, reticuloendothelial din ficat, splină, măduva osoasă, ganglioni limfatici. (1)Al. este parazitotrope, el prepară prin chimioceptori (mordant) acţiunea Hg. „Corpora non agunt nisi fixata" (Ehrlich). Oxidându-l, spirochetul este anaerob (Noguki), îi diminuă astfel vitalitatea şi are în plus acţiunea absorbantă a emulsiunilor *cryptotoxică*, (v. L. Weluz).

Medicaţiune antisifilitică nouă, de eficacitate necontrazisă în toate cazurile şi gradele de sifilis este de o importanţă nemărginită pentru toate consideraţiunile de cură individuală şi de profilaxie socială.

Rezultate clinice şi serologice sunt în serii neîntunecate de nici un caz de rezistenţă sau de recidive precoci. Reacţiunea B.—Wasserman negativată în termen de 1 lună, în 85%. Coeficientul terapeutic foarte ridicat (cifra toxicităţii îndepărtată mult de doza terapeutică) îi procură inocuitatea şi o siguranţă incomparabilă pentru pacienţi.

A fost supus experienţelor de control de către Ministerul Sănătăţii şi notat ca cel mai eficace dintre medicamentele similare, (Raportul comisiunei).

Hydrargolul nu e toxic. La iepuri 10 c.c. sol. medicinală de biiodur 0,20 gr. este mortală. Aceeaşi doză sub formă colloidală este bine tolerată. Cu 5 mllgr. Hg. zilnic, dată sub forma de biiodur

sunt omorâţi în câteva zile. Hydrargolul în aceiaşi doză este suportat bine. La om doza therapeutică este 0.012 pe kg. făcută în 4 zile. Soluţia de Hydrargol este de două ori mai concentrată de cât sol. de cyanur; se administrează dintr'odată, de 10 ori mai mult Hg., iar seria sumează în total de 5 ori mai mult Hgir. Seria a fost de multe ori dublată fără inconveniente (stomatite, etc.).

Hydrargolul are o dublă proprietate, una decurge din specificitatea sau natura chimică a hgirului, din vechime cunoscută în terapeutică „Son abandon constitue une grave erreur" (Levy-Bing 1933).

El atacă spirochetul. „Le mercure est le traitement de fond et de durée comme le seul intensif et durable" (Fournier).

Cealaltă proprietate este datorită constituţiei sale fizice colloidale, ale căror efecte generale antimicrobiene, joacă un rol aproape biochimic analog diastazelor şi serurilor (fermenţi metalici, Robin).

Nota 1. După Schummacher (Biochemische Z. 1923) valenţele Hg. Cyan. sunt repede desfăcute şi componentele cyanului neutralizate prin metamorfozarea în Rhodanid, pe când Hg. cu valenţele libere este prins de euglobulinele sângelui sau de albuminele parazitare (albuminat de Hg.) sau rămâne liber (colloide) şi se cantonează în ţesutul reticulo-endothelial „statu nascendi" ca cea mai activă substanţă, — în timp ce grupul Cyan condiţionează cea mai inofensivă toxicitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MODUL DE ÎNTREBUINŢARE — REZULTATE CLINICE

Hydrargolul introdus pe cale intramusculară şi subcutanată a dat cele mai rapide şi cele mai durabile rezultate în sifilisul de oricare grad, şancre primare, fagedenice terebrante, rozeole, echtyme, sifilide exuberante, gome, osteite, exostoze, accidente oculare, irite, keratite, accidente laringeale, paralizii faciale, cefalee specifice, accidente nervoase, fiind întrebuinţat numai singur.

De asemenea în sifilisul concepţional şi congenital, fără a avea cel mai mic semn de intoxicaţie.

Asupra meningelor lucrează modificând leziunile cronice şi determinând un proces rezolutiv asupra sclerozei rădăcinelor posterioare ale măduvei, aducând ameliorări şi opriri în progresarea tabesului, suprimarea crizelor dureroase gastrice.

Şi în paralizie generală, numai mercurul suprimă excitaţiunea bolnavului. (Queyrat).

S'a aplicat hydrargolul în sute de cazuri timp de mai bine de 12 ani, pentru cari s'au făcut mii de injecţii, arătându-se uşor tolerat local. Se absoarde cu rapiditate, ca un ser fiziologic, „Nu dă de fel reacţiuni locale, cu nodozităţi persistente, nici generale, fiind unul din cele mai eficace dintre preparatele similare", (Dr. Anghelovici, Raportor oficial).

O serie constă în 4—8 inj. a 5 c.c. şi se aşteaptă o lună pentru negativarea R.W. (85%—95%). Refacem seria după 8 luni.

Pentru copii de la un an, seria este de 5, 6, c.c. în doze de câte un centimetru c. zilnic, *pe cale bucală*. Sub un an dozele să fie

mai mici, iar cantitatea totală de 5 c.c. să fie repartizată pe 8 zile.

Nu determină niciodată hydrargirism, fenomene bucosalivare etc

Toleranţa generală a organismului este perfectă pentru hydrargol. Astfel s'a făcut într'o singură zi jumătate seria (două de injecţii) fără să se determine decât fior de frig de scurtă durată şi o ascensiune termică, abia de 1 şi jum. grad, de 4 ore durată şi nici un fenomen de acumulaţiune în organism. Are coeficientul de toleranţă foarte ridicat. Toată seria şi tratamentul este uşor dozabil şi deci are pozologia cea mai simplă fie la adult, fie la copil.

După primele injecţii se observă acţiunea eutrofică a coloidului care anihilează influenţa depresivă manifestă a sifilisului secundar mai ales la femei şi nevropaţi.

Leredde şi toţi specialiştii au văzut că acţiunea antisifilitică aparţine acelui compus care conţine mercurul în cea mai mare cantitate.

Pozologia este cea mai simplificată. Injecţiile subcutanate ori administrare bucală (copii, femei, nervoşi). Tratamentele de întreţinere sunt astfel mult facilitate. Cantitatea de 5 cc. doză zilnică conţinând 0,15 ctg. mercur, corespunde în Hg. la 0,40 ctgr. cantitate de biiodur în soluţie obişnuită pentru 20 injecţii (2 serii injectabile în 90 zile de tratament intensiv sau 12 cu cyanur a 0,01).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă o fiolă de hydrargol egalează o serie de cyanur sau doza totală pe seria întreagă de 4 fiole de 0,60 ctgr. de mercur, pentru hydrargol, egalând 5 serii de cyanur, se explică cum cele mai multe leziuni se şterg chiar cu 1 sau 2 injecţii, adică cu atât mercur cât pentru o serie întreagă de oleu cenuşiu sau calomel repartizat pe 70 zile fără pauze (între serii) şi cari nici nu se absorb în total, 4 zile de tratament cu hydrargol dă atât mercur în organism cât ar fi în 4 serii de cyanur repartizate pe minimum 180 zile.

Ca pozologie este cel mai uniformizat şi simplificat tratament şi mai lesnicios atât pentru pacient, cât şi pentru medic. Dozarea lui nu este supusă la calcule meticuloase şi nu expune la greşeli. Tehnica simplă îl face accesibil oricărui practician.

Doza maniabilă este de 4—5 ori mai mare decât doza uzuală, terapeutică, după cum am văzut. Nici vorbă nu poate fi de accidente mortale pe cari acest medicament atât de eficace, nu le cunoaşte. Pe pacient îl scuteşte de acele chatechisme ale sifiliticului, scadenţe meticuloase, adevărate calendare în cari sunt prescrise dogmatic, lună după lună, ani de zile, epoci interminabile, în cari bolnavul să nu lipsească de la medic, sub pedeapsă fatală de a-şi revedea maladia în floare.

Contra-indicaţiuni nu are, necunoscând fenomene de intoleranţă şi este perfect suportat în oricare caz, fie chiar nefrite specifice, fie afecţiuni cardio-vasculare, congestive ale creerului, toate temute infirmităţi cari nu îngăduesc nici un alt tratament activ.

EFECTE TERAPEUTICE, FOLOASE DE TRATAMENT

Negativează B.W. în proporţie de 85% la o lună după terminarea tratamentului; iar tehnica lui simplă nu intimidează pe medic şi bolnav căci cu el nu mai avem să ne temem de crize nitritoide, congestii cerebrale şi diferitele accidente, imposibil de prevăzut, ale arsenicalelor.

Este singurul medicament cu experienţa cea mai veche (Hgir), şi cea mai marcată ca tratament de fond şi de durată cu înlăturarea recidivelor, (enorm de important), capabil de a vindeca ori care manifestaţiuni cât de înaintate de sifilis vascular şi renal, complicaţii oculare, etc. acolo unde nu putem trata cu Salvarsan

Superioritatea tratamentului se arată nu numai în promptitudinea efectelor, dar mai cu deosebire în durabilitatea rezultatelor, lucru atât de necesar în sifilis, boală atât de lungă şi cu efecte, complicaţii şi recidive atât de târzii, după ani de zile.

Cu arsenicale, oricare ar fi experienţele, abilitatea şi conştiinţa specialiştilor recunoscuţi, niciodată nu se poate asigura bolnavilor paza de pericolele tratamentului, ori cu cele de cyanur intravenoase cefalee, sincope, crize, efecte de neprevăzut, indiosincrazii, eruptiuni, icter, ori chiar otrăvire cu medicament.

Ca tehnică uniformizată standardizată, numărul mic de injecţii şi tratamentul cel mai scurt posibil, îl face accesibil tuturor, deci şi cel mai potrivit pentru tratamentul ambulator, la policlinici, fără a fi nevoe de a interna contagioşii în spital, căci cu el se poate în scurt timp steriliza orice leziuni; este admirabil pentru profilaxia în masse, recunoscut ca tratament de fond, şi de durată. Prof. Gougerot (Tr. de la Syph.) spune că oricare sifilis trebue tratat, mai ales după perioada secundară cu mercur. Pe câtă vreme, tratamentul exclusiv arsenical determină un tertiarism anticipat şi localizări nervoase.

De asemenea nu trebue uitat acest tratament în complicaţiile oculare, vasculare, hepatice.

P. Blumm (1932) reaminteşte valoarea sa stimulantă asupra ficatului („la digitale du foee"). El răscoleşte rezervoarele de spirocheţi ca ficatul, (ciroze mai ales), splina, ţesutul limfatic.

Cu trecerea prin ficat el îşi asociază puterea sa antiinfecţioasă (Levaditi).

De aci avantajele terapeutice ale tratamentului enteral.

De asemenea Hydrargolul lucrează direct, *administrat bucal*, în sol. glycozate, în infecţiunile fuso-spirilare (amigdaliene), (Mifian tratează stomatitele cu Cyanur de Hg.). In helmintiază, lucrează asociate Hg. şi Al.

Acţiunea cryptotoxică a Al. este demonstrată de L. Welluz, pentru tetanos, diphterie şi de Pope et Haines, injectând Al. toxine la cobay (avirulente).

In *Sifilisul Gastric* şi *maladia ulceroasă*, lucrează direct şi prin moderaţiunea acidităţei gastrice. Clorurul de Al. format se rezoarbe cu încetul fără a fi toxic. Nu determină alcaloza sângelui, Sahm a administrat până la 32 gr. Al. pe zi), suprimă repede

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE

NEOL

BOTTU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

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

Laboratoires BOTTU. 117 Rue Notre Dame des Champs — PARIS

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

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* ANÉMIES (Carnot)

B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval:*
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD, PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

durerile şi hemoragiile (preparate analoage Alucol, Carbarom, Kaolinase).

Toxinele putride ale tubului digestiv sunt absorbite mai activ de cât de cărbunele vegetal şi neutralizate gazele sulfhidrice prin Hg.

PALUDISMUL. — Deosebită putere parasiticidă a preparatului este relevată mai ales prin acţiunea sa schizonticidă în cazuri de *Malaria malignă* tratată prin câteva injecţii, sau în cazurile comune cu Hydrargol pe *cale bucală*. Importanţa ştiinţifică şi economică a acestei probleme nu mai are nevoe de comentarii, ci numai de aplicaţiune pe teren şi o largă colaborare competentă pentru amănunte de laborator şi pentru comparaţiuni cu celelalte tratamente pentru cari plătim cu schimburi economice grele, pentru exoticismul specificului antimalaric sau pentru trustul câtorva Laboratoare supra-specializate în producţii de Neosalvarsan ori de plasmochină aflate în producţia exclusivă a unei ţări. Chimia trebuie să ne elibereze de robia materiilor prime exotice şi cele de producţie farmacologică limitată, precupeţită de marele interese comerciale internaţionale.

Şi din aceste puncte de vedere nu trebuie uitată cura mixtă cu Hydrargol pe cale bucală şi Neosalvarsan (Americanii asociază cu salicylat de Hg.). Acel tratament de întreţinere sau de asigurare nu poate fi mai lesnicios de cât cu un tratament care să mai scutească de atâtea injecţii şi pe care de altfel puţini îl urmează. Se cunoaşte fobia de injecţii a multora (femei, copii, nervoşi).

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

Mixtă sau alternativă, rezultatele mai durabile vor fi ajunse cu injecţii mai puţine, cu Neosalvarsan şi mai puţin. Să ieftinim tratamentele şi să le înlesnim la cât mai mulţi bolnavi.

„Le traitement mixte (Hg.) doït être institué dans les Syphilis actives. L'action du Hgir doit être éclairée et demmande des recherches entreprises à la lumière des nôtions nouvelles sur la constitution de la matière vivante et la forme active des médicaments (colloïdale). Un radical Hygirique organique est le moins organotrope que les sels anorganiques (toxiques), et avec un pouvoir parasitotrope electif. (Prof. Henrijean et R. Waucomont)".

Hydrargolul este *parasitotrope* electiv prin Al. şi specific prin Hg. de fel organotrope, căci prin grupa Thiocyan, posedă cea mai inofensivă legătură; mai mult, exercită o acţiune de stimulare a schimburilor organice. Acţiune *eutrofică* şi acţiune stimulantă asupra ficatului şi treponemicidă.

Ehrlich a zis că pe lângă acţiunea directă asupra microbului, chemoterapia ar mai avea un scop ca să stimuleze producerea de anticorpi (act.—*nosotropă*—Feldt), adică să adaoge forţelor de apărare naturale, ajutând organismul. A indicat ţelul chemotherapiei.

Medicamentul de atac trebuie să îndeplinească condiţiunile:

1) Să fie uşor difuzibil (sol. apoasă);

2) Disimulat într'un grup chimic complex şi stabil, dializabil dar nu ionizabil (în ea săruri), adică ion metal liber în sol. să fie practic = O.

Ionul metalic positiv, liber în sol. este toxic;

3) Să se poată descompune fără a elibera ioni şi fără a forma alte săruri toxice (colloïzii sp. ex.);

4) Să se elimine încet (idem).

Prof. Bezançon arată că noţiunea de specificitate trece pe al 2-lea plan (medicaţiunea etiologică). Precumpăneşte mecanismul de influenţe de fiziopatologie; medicaţiunea şi stimularea de reacţiuni şi de blocaj ale sistemului vasculosympatic şi al ţes. recticulo endotelial, (rol de „capcană"—Feldt). Nici de cum o acţiune directă asupra parazitului, ci o stimulare a reacţiunilor fiziologice, şi numai uneori poate fi exercitată o terapie parţială lezională, adică asupra elementelor fizico-chimice celulare, iar asupra corpilor patogeni (parasitotropism) acţiune indirectă prin umorile organismului.

Această dublă activitate metaloterapică ar fi de ordin catalytică, (Levaditi, Feldt).

Consequent acestor explicaţiuni, şi în mod raţional să aplicăm o metaloterapie de elemente multiple, *renforçateurs*, (Aur, Bi) şi se apreciază mai mult necesitatea tratamentelor specifice asociate As. Hg., alternative sau mixte (Hinault et Mollard).

BIBLIOGRAFII:

Bergeron A : Assoc. Sulf. IIg. în Sifilis er Congr. Fr. de thérap. 1933 XII — *Blum P.:* 1932 Presse Med.— *Cl. Simon:* Nouveau comp. Hgir. Soc. Syphil I | 1934.— *Cremonense*: Imunometaloterapie Rev. Osped. (Roma 1933 | I).—*Cremonense:* Malariologie 1920. — *Dohi Sh.:* Jap. Z. Dermat. şi Syph. Leipzig 1923. — *Cougerot:* Traité de la Syph. 1926. — *Feldt:* Résistance et spirochètes Klin. W. 13 | VIII | 1932. — *Fisch et Schlossberger:* Chemotherapie Berlin 1934. — *Hatzeganu, Gavrilă, Borbil C.:* r Soc. Biol. 1929. — *Henrijean*. et W. 1933 Masson. — *Hille:* Clin. Med. 1927 Gennerich. Mercoloid Schv. Med. Wschr. 1932 | 62 | 378.— *Hinauld Mollard:* Chémothérapie Aurique 1934. — *Joliot et M-me:* Curie—J. Rev. G-rale des Sciences 30 | IV | 1934. | *Jaworski:* C. R. Soc. Biol. 1932 — *Levy-Bing:* Presse Med. 1933. — *Lomholt:* Haut Krankh. 1928. — *L. Sahm*: Arh. f. Kl. med. XI | 1928. | *Levaditi, Longinescu*: Lépine 1927 | 931 C. R. Ac. Sci. Paris. — *Loepert et Bory*: Le soufre en biologie et Thérap. 1932. — *Lumière*: Les tiodèrivès métall en thèrap. Bull. Soc. Th. 1921 XXV—XXVI. — *Martinescu*: Sifil. Gastric Spitalul 1923 Bucureşti Med. 1933. — *Martinescu*: cit. în Schlossberger Tr. Chemotherapie p. 767. — *Martinescu*: Chemisce Zent. bltt. rec. v. Keusch 1927 1063 cap. II. — *Martinescu*: Rev. Cluj Medical 1929. | IX. — *Martinescu*: Rev. Higiena Mal. Sociale Bucureşti X | 1934. — *Noguki:* J. Arch. f. exper. Path. 1926. — *Milian*: Biotropisme 1929. — *Pope et Haines* Lancet V | 1925. — *Renaud*: Emulsion de Hg. Soc. Méd. des Hop. 1933 | XII | 12. — *Renaud*: Idem 1927. | X. H. 1930. — *Roads*: J. of. Exp. Méd. 1931 | III | 399 Virus poliomyelitic inactiv prin *Al. Saunders:* Lancet XI. 1931 p. 1047. — *Welluz:* L. Soc. de Biol. 13 | VI 1931.

C. MARTINESCU: *Le traitement spécifique unique dans la syphilis et le paludisme.*

L'auteur fait connaître au point de vue chimique un remède nouveau, un complexe colloïde obtenu du hydrosol de thiocyanat de mercure et d'aluminium nommé hydrargol.

Des données qu'il publie on peut constater son action intense et les bons résultats obtenus dans le traitement de la syphilis et du paludisme.

C. MARTINESCU: *Die spezifische einzige Kur in Lues und Malaria.*

Der Verfasser stellt dar aus chemischen Gründen ein neues Preparat; ein Coloiden complex das man aus den Quecksilber und Aluminium Hydrosol Thiocyanat bekommt und Hydrargol nennt.

Aus den publiezierten Ergebnisse kann man constatieren seine starke und gute Wirkung in der Behandlung des Lues und Malaria.

CAUZELE PELAGREI IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE*)

de

D-r IULIU NITZULESCU

Dacă în epoca care a urmat imediat marelui răsboi pelagra părea că retrocedase simţitor, azi ne putem da uşor seama că ea reprezintă mai mult ca oricând un adevărat flagel social. Ancheta făcută sub direcţia profesorului Slătineanu, în plasa model, Tomeşti din judeţul Iaşi [1]), arată pentru anii 1930—1932 o morbiditate atingând 3600 cazuri la 100.000 de locuitori şi o mortalitate prin pelagră de 30—40 la 100.000. După statisticele date de Ministerul Sănătăţei publice Român, mortalitatea prin pelagră pe întreaga ţară atinge 11,6 la 100.000 pentru anul 1931. E interesant să comparăm aceste cifre cu datele statistice Italiene. Acolo mortalitatea generală prin pelagră care atingea la 1898 10 la 100.000 a scăzut de atunci progresiv încât la 1928 reprezintă abia 0,2 la 100.000 (Aycroyd 2). Aşa dar mortalitatea datorită pelagrei e azi la noi superioară aceleia din Italia, de înainte de 1900.

Lămurirea etiologiei pelagrei nu e deci pentru noi o simplă problemă mai mult sau mai puţin academică, ci are o importanţă practică de primul ordin, căci numai cunoscând etiologia am putea întreprinde o profilaxie raţională.

Pentru explicarea pelagrei s'au emis numeroase ipoteze. Nu le vom enumera aci pe toate. Cei care ar dori să facă un studiu mai amănunţit asupra acestei probleme, le vor găsi discutate pe larg în două monografii importante, una scrisă de neuitatul savant român V. Babeş [3]) şi alta de un medic american Harris [4]), care conţine şi un index bibliografic foarte bogat. Eu voi încerca numai să fixez în câteva linii generale cadrul în care s'au desvoltat toate aceste ipoteze, stăruind numai asupra celor recente. Vom constata astfel tendinţa generală de a reveni oarecum la vechiul sistem de judecată, pe care şcoala română reprezentată de Babeş şi Nitzescu nu a încetat niciodată să-l afirme, legătura strânsă între pelagră şi păpuşoi.

*) Conferinţă ţinută la Asoc. docenţilor din Bucureşti, 22 Martie 1934.

De fapt toate ipotezele făcute pentru a explica apariţia boalei ar putea fi grupate în 3 clase: 1) Ipoteze infecţioase (maidice sau nemaidice); 2) ipoteze toxice (maidice sau nemaidice) şi 3) ipoteze aplastice, carenţe fie minerale, fie proteice, fie vitaminice.

IPOTEZELE ADMIŢÂND CAUZE INFECŢIOASE

Nu vom stărui asupra lor. Pentru un moment ele sunt părăsite de cei mai mulţi autori. Nici unul din agenţii ipotetici, rând pe rând descrişi, nu au putut fi confirmaţi, nici un caz de contagiu autentic nu e consemnat în literatură şi mai ales toate încercările de a produce infecţii şi autoinfecţii expermentale, făcute pe o scară largă de Goldberger [5]) şi colaboratorii lui au fost absolut negative.

TEORIILE APLASTICE

Toţi sunt de acord să atribue pelagrei o cauză dietetică. Insăşi Casals care a descris cel întâi boala (1735), întrevedea origina ei în alimentaţia insuficientă. De atunci problema aceasta a persistat să fie pusă sub înfăţişeri variate, fie admiţând o insuficienţă a anumitor principii alimentare indispensabile (teorii aplastice), fie admiţând prezenţa unor toxine pelagrogene.

a) *Carenţa minerală.* S'a vorbit de insuficienţa unor anumite elemente minerale, carenţa de potaşiu (Urbeanu) (vezi Babeş [3]), sau mai recent carenţa de fier (Bliss [6]), neconfirmată de altfel (Stucki, Brand [7]).

CBCU Cluj / Central University Library Cluj

b) *Carenţa proteică.* Mai mare amploare a avut ipoteza unei carenţe proteice pe care o susţin încă şi azi unii autori (Wilson [8]).

E ciudat cum maşina noastră animală care reprezintă o uzină aşa de perfectă, putând face sinteze infinit de complicate, pe care în laborator abia dacă le-am putea realiza cu dificultăţi enorme, e alteori incapabilă de sinteze mult mai mici, de exemplu, pentru a cita un caz studiat recent, sinteza vitaminii C, acidul ascorbic $C_6 H_8 O_6$. Intre aceste substanţe pe care organismul nu le poate sintetiza şi care totuşi sunt indispensabile bunei lui funcţionări, par să intre unii din acizii aminaţi (triptofan, lyzină), care sunt pietrele de construcţie ale edificiului molecular al proteinelor noastre. Cercetările lui Mac Collum, Osborne şi Mendel, Thomas [9]), au arătat că proteinele cerealelor sunt insuficiente din acest punct de vedere. Zeina păpuşoiului nu are triptofan, nici lysină. In aceiaşi ordine de idei, putem cita cercetările noi ale lui Smith [10]), Payne [11]) care au găsit în pielea şi în unghiile pelagroşilor o scădere a cantităţii de Cistină. Chick [12]) obţinuse mai de mult un sindrom dermatitic la maimuţă curabil prin triptofan.

Profesorul Nitzescu analizează în lucrarea sa [82]) toate cercecetările mai vechi şi aduce el însuşi o serie de experinţe, dovedind insuficienţa alimentară a păpuşoiului. In afară de lipsa aminoacizilor indispensabili, păpuşoiul consumat în cantităţi mari sub forma de mămăligă, şi chiar însăşi zeina, prezintă o rezistenţă specială la acţiunea digestiei şi procentul azotului neutilizat eliminat prin fecale poate atinge 20—30%. El conchide:

„Porumbul are o valoare alimentară inferioară, mai cu seamă porumbul nou; dar mai ales prin albumina sa el reprezintă pentru om și pentru unele animale un aliment cu o valoare biologică scăzută, și incapabil prin sine să satisfacă nevoile plastice ale organismului. Organismul supus unei alimentații exclusiv, sau în cea mai mare parte maidică, cum este în general hrana unei bune părți din populația noastră de la țară, este ipso-facto supus unei atari inaniții parțiale, de unde rezultă turburări în metabolismul nutritiv la animalele de experiență analoage celor cu care începe de cele mai de multe ori pelagra".

Și totuși, ipoteza aceasta a carenței aminoacide a suferit și ea obiecțiuni. S'a obiectat că deși zeina e incontestabil o proteină incomplectă, ea reprezintă de fapt numai aproximativ 50% din proteinele grăuntelui de porumb, care conține în rest și alte proteine mai complecte. In orice caz după cum ar rezulta și din cercetările mai recente ale lui Boas Fixsen [13]) proteinele tuturor cerealelor par insuficiente și mai mult sau mai puțin egal insuficiente față de proteinele animale și totuși nici mâncătorii de grâu și nici cei de orez nu fac pelagră. Nu trebue să uităm însă că Nitzescu a arătat că un câine hrănit cu pâne trăește în condiții mult mai bune decât hrănit cu păpușoi. Ne putem însă atunci întreba dacă aceasta e datorit mai marii insuficiențe plastice a porumbului ori altor factori de exemplu toxici. Fără a nega insuficiența plastică a alimentației maidice a țăranului român de exemplu, nu putem afirma că numai aceasta ar putea produce pelagra. Mai putem adăoga că Vögtlin [14]) obținuse ameliorări ale boalei utilizând extrase de ficat, care erau aproape lipsite de proteine iar Goldberger și Wheeler [15]) cu dojdia de bere în cantitate destul de mică ca să nu însemneze un aport aminoacid prea notabil. Din potrivă, Goldberger [16]) nu obținuse ameliorarea ori prevenirea sindromului expermental cu doze de 40—90 grame de cazeină, care e totuși o proteină excelentă.

c) *Carența vitaminii* B_2. Astăzi în toate ipotezele aplastice aceia care a rămas să se impue în special atenției tuturor e teoria avitaminozei B_2. Succesul lui Goldberger și al colaboratorilor săi directi (Wheeler) a fost datorit obținerii unui sindrom expermental, oarecum asemănător dacă nu identic pelagrei. Meritul lui Goldberger e mare căci grație acestor experiențe problema pelagrei a fost readusă în preocupările actuale și deschizând perspective originale a stimulat cercetări nenumărate, deosebit de interesante pentru stăruința noastră de a descifra această problemă.

Ipoteza lui Goldberger se bazează pe 3 ordine de experiențe. [16]) Producerea pe cale dietetică la câine a unui sindrom caracteristic manifestat prin turburări digestive, leziuni bucale și chiar mici iritațiuni cutanate (scrotale). Sindromul acesta se întâlnește și spontan (mai cu seamă în regiunile pelagroase crede Goldberger), a fost semnalat și în Europa și e numit Limba neagră, Black tongue sau încă epizotie de Stuttgardt sau tifus canin [17]).

2) Producerea la șobolan a unui sindrom, caracterizat tot prin leziuni labiale și bucale, turburări gastrointestinale, o dermatită simetrică pe labe și

leziuni de dermatită, depilaţie mai generalizată cu deosebire în jurul ochilor [18, 19, 20]). Sindromul acesta numit azi sindromul dermatitic a fost reprodus cu mici variaţii de mai mulţi autori Chick [21]), Findlay [22]), Bing Mendel [23]), etc.

Producerea în fine a pelagrei experimentale la om. Goldberger [24]) obţinuse pe 11 puşcăriaşi voluntari supuşi timp de 6 luni unui regim anumit asemănător cu mâncarea populaţiei pelagroase sugestia unui început de pelagră cu oarecare turburări digestive şi chiar uşoare leziuni cutanate. El însă promisese graţierea voluntarilor după termenul de 6 luni şi astfel experienţa a trebuit să fie întreruptă mai înainte ca leziunile să fi devenit indiscutabile.

Recent Wheeler [25, 26, 27]), a profitat de observaţia că dietele Ketogene utilizate ca tratament al epilepsiei par să aducă odată cu rărirea acceselor şi unele simptome de pelagră ([25, 28]), ca să reia în stil mare pe un număr de pacienţi studiul dietelor pelagrogene şi azi crede că a reprodus după voe chiar cu diete neketogene pelagra expermentală la om.

Toate dietele expermentale fie pentru om fie pentru animale au după autorii citaţi un singur caracter efectiv, lipsa unei vitamine speciale pe care Goldberger o numise întâi factorul Preventiv al Pelagrei (prescurtat factorul P-P) iar acum e cunoscută sub numele de vitamina B_2 (şcoala engleză) sau Vitamina G (şcoala americană).

Studiul vitaminii B_2. Conceptul vitaminelor în general şi al vitaminii B în special schiţat de Eijkman încă din 1890, conturat mai precis de MacCollum, tinde să se clarifice din ce în ce mai mult. Experienţele pe animale şi mai ales cercetările chimice de identificare a structurii au progresat cu paşi repezi în ultimii ani. Intocmai cum în ipoteza lui Laplace, din nebuloase ce a constituit origina Lumii noastre, s'au desprins rând pe rând diferitele planete, tot aşa din conceptul vag al vitaminii B putem identifica azi se pare cel puţin 6 vitamine B din care şobolanul are nevoe de 4

Componenţii vitaminii B necesari şobolanului.

Termo şi alkalilabile	B^1 (Eijkman)	Antiberiberică
	B^4 (Reader)	In lipsa ei persistă turb. nerv. carecteristice
Termo şi alkalistabile	B^2 (Smith Hendrick) Goldberger	Antidermatitică
	Y (Chick)	Asigură creşterea

Desigur nu toate aceste fracţiuni sunt deopotrivă de bine identificate. Vitamina B_2 e prima care a fost individualizată de Smith şi Hendrick [29]) şi a fost întâi numită Vitamina creşterii. A fost recunoscută apoi de Goldberger ca Factorul antipelagros şi azi e se pare cea mai bine cunoscută din componenţii grupului B. Se deosibeşte de vitamina B_1 pentru că e foarte rezistentă la cald (rezistă la autoclavare la 120^0 timp de 7 ore) şi are ca-

ractere chimice de solubilitate şi de adsorpţie particulare. Distribuţia ei în alimente e de asemeni puţin diferită de a vitaminii B_1.

Conţinutul diferitelor alimente în vitamina B^1 calculat la greutatea lor uscată luând conţinutul drojdiei egal cu 100 După Roscoe 1931 (citat în Chick (30).

Drojdie de bere	100	Portocale, tomate	5—10
Ficat de bou	80	Embrion de grâu	
Albuş	20—40		
Verdeţuri	20—40	Grâu, porumb	
Gălbenuş	10—20	Orez, mei	sub 5
Lapte, carne	10—20	Mazăre	
Morcovi, Napi		Cartofi	

Cercetările cu totul recente par că au ajuns la cunoaşterea nu numai a structurii chimice, ci chiar la înţelegerea mecanismului acţiunii metabolice a acestei vitamine. Ea pare că face parte din o clasă nou studiată de pigmenţi organici, hidrosolubili, Liocromii cum îi numeşte Ellinger [31, 32]), care se deosibesc de pigmenţii liposolubili Lipocromii prin o serie întreagă de caractere. S'a izolat astfel din elementele bogate în vitamină B_2 liocromi numiţi după originea lor: Lactoflavină, ovoflavină, levuroflavină, cu o compoziţie ce pare a fi $C_{17} H_{20} N_4 O_6$. Dacă grupul vitaminelor liposolubile pare compus de lipocromi cu compoziţie ternară, grupul vitaminii B pare să fie reprezentat de substanţe azotate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue să stăruim puţin şi asupra vitaminii B_4 pe care a descris-o şi în ultimul timp se pare că a obţinut-o sub formă cristalină Reader [33, 34, 35, 36, 37, 38]).

Formula empirică a cristalilor ar fi $C_4 H_4 N_4 H Cl$. Constituţia chimică pare asemeni cu Adenina dar adenina pură pare totuşi lipsită de acţiune vitaminică şi e probabil că de fapt Vitamina B_4 e adsorbită numai ca o impuritate pe produsul cristalin adenimic obţinut.

Faptul interesant e că după cercetările lui Gyorgy, Kuhn, Wagner, Jauregg [38, 39, 40]), flavinele singure izolate din alimentele bogate în vitamină B_2 nu ar avea acţiunea acesteia. Asociate însă cu cristalii de B_4 ele se comportă întocmai ca vitamina antipelagroasă şi probabil ele reprezintă astfel însăşi vitamina B_2. Pe de altă parte trebue să amintim că Warburg [41]) a izolat un ferment oxidoreductor, a cărui compoziţie chimică e o flavină asociată cu un pol'zaharid. Putem înţelege deci de ce organismul are nevoe neapărat de vitamina B_2 (deci de flavine) căci numai aşa se poate sintetiza fermentul ce pare indispensabil funcţiei celulare.

Vitamina B_2 pare strâns legată şi de activitatea factorului antianemic. După Castle şi Strauss [42]), Goodall [43]) factorul antianemic, activ în formele pernicioase e rezultanta a 2 componenţi. Unul intrinsec, ferment produs de mucoasa digestivă, altul extrinsec substrat asupra căruia lucrează factorul intrinsec şi care

se găseşte în o serie de alimente, drojdie de bere, muşchi etc. Ficatul nu ar putea înmagazina principiul antianemic dacă organismul nu are la dispoziţie factorul intrinsec şi factorul extrinsec.

Se pare că sucul gastric de pelagros conţine factorul intrinsec deşi din punct de vedere al restului compoziţiei chimice e aşa de modificat şi de insuficient (Spies[41]). Factorul extrinsec ar putea fi înrudit sau chiar identic cu vitamina B_2 şi aceasta ar stabili o legătură între anemiile pernicioase sau tropicale, Sprue, (care e o boală caracterizată prin turburări digestive şi anemie) şi pelagră, în care de altfel leziuni ale sângelui au fost constatate. Alimentele bogate în vitamina B_2 sunt bogate (cu excepţia albuşului de ou) şi în factorul extrinsec antianemic. Drojdia de bere tratată prealabil cu suc gastric de om sănătos sau de animal poate fi un medicament bun în unele anemii întocmai ca şi ficatul sau extrasele lui.

Critica ipotezei avitaminozice. In sprijinul ipotezei avitaminozice vin e drept o serie de argumente.

Toate dietele expermentale pentru animale sunt astfel alcătuite, ca să fie pe cât se poate, complecte, cu excepţia factorului B_2. Sindromele obţinute sunt prevenite sau vindecate prin adaosul acestei vitamine. Distribuţia vitaminii B_2 în alimente pare identică cu aceia a factorului preventiv al pelagrei umane. Aceleaşi alimente pre in sau vindecă după Goldberger şi Wheeler şi pelagra umană şi sindromele expermentale. Singura excepţie asupra cărei voi reveni mai jos, e aceia a cerealelor care deşi par să conţie o cantitate de Vit. B_2 nu sunt protective împotriva pelagrei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Totuşi nici ipoteza avitaminozică nu poate să ne satisfacă pe deplin. Existenţa vitaminii B_2 nu poate fi negată, sindromele expermentale sunt bine individualizate. Cea ce nu putem afirma însă tot atât de sigur, e dacă aceste sindrome reprezintă în adevăr o pelagră a animalelor.

Aspectul clinic chiar dacă ar fi mai asemănător şi tot ne-ar putea înşela. Dovadă că Underhill[45]) a obţinut tot la câne un sindrom în totul asemănător cu black-tongue-ul lui Goldberger dar prin diete lipsite în special de vitamina A şi curabile prin caroten nu prin drojdia de bere sau vitamina B_2. Iată deci acelaş sindrom aparent produs etiologic prin 2 carenţe deosibite carenţa de B_2 la Goldberger şi carenţa de Vit. A la Underhill. Mai recent Tatcher[46]), Gurin şi Eddy[47]) cercetând histologic leziunile dermatitei expermentale, nu le găsesc identice cu ale pelagrei umane. Dermatita e de altfel un fel de reacţie destul de frecventă a animalelor în boli de nutriţie din cele mai variate. In schimb Gurin şi Eddy obţin la şobolan leziuni cutane mai asemănăotare pelagrei cu alte diete care conţineau totuşi vit. B_2. Spies[48]) publică de asemeni observaţia destul de ciudată, a câtorva cazuri de pelagroşi vindecaţi în spital cu diete lipsite nu numai de vitamina B_2 dar şi de vitamina C şi care conţineau şi păpuşoi, grăsime de porc, zahăr şi orez.

IPOTEZELE ADMIŢÂND O ORIGINE TOXICĂ

Legătura strânsă între pelagră şi păpuşoi. Obiecţia capitală care poate fi adusă ipotezelor aplastice e că nu ţin seamă îndestul de factorul păpuşoi. Şi totuşi, cum de mult accentuase Babeş, Nitzescu, pentru noi care trăim în o regiune pelagroasă, rolul păpuşoiului e evident. Observaţia populară o afirmă: Babeş citează faptul că în Mexic pelagroşii sunt numiţi Enmaizados. Pelagra s'a ivit în Europa odată cu cultura porumbului şi urmăreşte şi azi porumbul în extensiunea lui spre Africa ecuatorială (Rhodesia). E drept sunt o serie de cazuri autentice de pelagră la indivizi care nu consumau porumb. Ele au fost adunate de Chick [30]) şi Aycroyd [2]), ([49]—[56]). Aceste cazuri sunt însă prea puţine faţă de marea masă a pelagroşilor mâncători de porumb. Pelagra a apărut şi la noi în Bucureştiul ocupat de Germani la 1918 odată cu introducerea alimentaţiei cu păpuşoi, cea ce a permis lui Babeş să stabilească ca timp de incubaţie a boalei 2—3 luni. Mitchell [57]) a făcut aceiaş observaţie în o închisoare din Africa (Uganda). Din potrivă acolo unde cultura porumbului a fost înlocuită cu grâu (Sudul Franţei), pelagra a dispărut în acelaş timp şi ea.

De altfel, după cum putem observa şi la noi în ţară sau cum a notat în Georgia Kandelaki [58]), acolo unde trăesc alături populaţii având un regim alimentar deosibit (săteni şi orăşeni la noi), acei care nu consumă sau consumă puţin păpuşoi nu fac boala. Atâtea populaţii trăind în mizerie şi suferind carenţe alimentare nu fac totuşi pelagră. Aycroyd [59]) a arătat că porumbul nu e chiar lipsit de vitamina B_2 şi că în orice caz e mai bogat decât meiul sau ovăzul. Cu toate acestea populaţii sărace (Abisinienii), care consumă meiul aşa cum consumă pelagroşii porumb, sunt ferite de pelagră.

E interesant de observat de altfel că însăşi dietele pelagrogene ale lui Goldberger şi Wheeler conţin o cantitate apreciabilă de păpuşoi. Faptul e destul de explicabil căci autorii se sileau să adapteze dietele lor pe cât se poate condiţiilor locale. Iată de exemplu unul din regimurile lui Wheeler comparat cu alimentaţia unei familii de pelagroşi din plasa Tomeşti Iaşi, calculată după date inedite ale Institutului de Higienă.

Regim provocând pelagra expermentală la om (Wheeler 1933.

Făină de păpuşoi	270 gr.	Suc de tomate	127 gr.
Mazăre	42 gr.	Unt. de peşte	14 gr.
Făină de grâu	21 gr.	CO^3Ca	3 gr.
Grăsime de porc	42 gr.	Sirop de Iodură de fer	II picături
Ulei de bumbac	10 gr.	Sol. dil. Acid. Clorh.	XC picături
Calorii totale	1730	Procentul caloriilor din porumb	54%
Proteine totale	36	Procentul proteinelor din porumb	66%

In unele experienţe valoarea calorică era ridicată la 2500 calorii prin adaos de sirop de zahăr de trestie 180 gr. şi pâne

90 gr. sau prin alimente a căror valoare antipelagroasă era verificată.

Alimentaţia unei familii de pelagroşi în plasa Tomeşti Iaşi (Dec. 1933).

Calorii totale	3185	Procentul caloriilor din păpuşoi	79%
Proteine totale	95	Procentul proteinelor din păpuşoi	71%

Ipoteze admiţând o toxină maidică. Bazaţi pe asemenea observaţii vechii pelagrogişti, în special Lombrozo [60]) şi Babeş au admis că porumbul trebue să aducă un element toxic special. Lombrozo a popularizat ideia toxinelor produse în porumbul alterat de anumite ciuperci parazite (Ustillago Carbo). Babeş izolase din păpuşoiul alterat o toxină, care fapt extrem de important părea neutralizată specific de serul pelagroşilor. Păcat că experienţele acestea nu au mai fost reproduse nici de Babeş, aşa că toxina aceasta nu a mai fost regăsită ulterior. Alţi auotri au atribuit o acţiune toxică chiar porumbului nealterat deşi Babeş credea că e foarte greu să nu se găsească chiar în cel mai bun păpuşoi unele grăunţe alterate.

O serie de experienţe păreau să arate că chiar păpuşoiul nealterat şi însăşi zeina e toxică. Prof. Nitzescu [61]) a pus în evidenţă prin reacţia lui Abderhalden prezenţa în sângele pelagroşilor a fermenţilor de apărare împotriva zeinei şi i-a putut produce expermentul la câne. Mai de curând Sabry admite că substanţa toxică pelagrogenă e un alt aminoacid, strâns înrudit cu substratul pigmentului cutanat: dioxifanilalaninasau cum se zice prescurtat Dopa. Păpuşoiul, dar şi alte alimente (fasolea) ar conţine în special acest aminoacid toxic pelagrogen.

Toxine fotosensibilizante. Un răsunet mai mare a avut ipoteza toxinelor fluorescente sensibilizante la lumină. Aschoff, Raubitscheck [63]), Horbaczewski [64]) au fost sprijinitorii cei mai de seamă ai acestei ipoteze interesante. Şoarecii albi hrăniţi sau injectaţi cu extracte de păpuşoi galben mureau cu fenomene toxice şi dermatite îndată ce erau expuşi la lumină, ca şi cum toxina sensibiliza ţesuturile la acţiunea nocivă a luminii, sau era activată ea însăşi de radiaţiile luminoase. Umnus [65]) admitea existenţa a 2 substanţe de acestea. Una prezentă numai în păpuşoiul galben, răspunzătoare de fenomenele dermatitice, iar a doua prezentă şi în păpuşoiul alb, răspunzătoare de restul fenomenelor toxice. Nocivă chiar la întunerec aceasta din urmă ar fi şi ea activată de lumină şi acţiunea ei toxică exagerată. Ipoteza fotosensibilizării a fost reluată de Jobling [66]), care ar fi reuşit să izoleze din scaunele pelagroşilor o ciupercă producând in vitro o toxină sensibilizantă. Acţiunea luminii în producerea dermatitei pelagroase e incontestabilă. De asemeni existenţa unor fenomene de sensibilizare cu produse maidice pare posibilă. Babeş însăşi făcuse câteva observaţii similare. Dar de aci şi până la confirmarea ipotezei, că aceasta e cauza pelagrei, e o distanţă prea mare. „Sup-

primez le soleil et vous supprimez la pelagre", afirmase Landouzy. Dar după cum spune Babeş, pelagra nu e în primul rând o dermatită. In fiece primăvară recidivele încep cu fenomene nervoase sau digestive, mai înainte de acţiunea soarelui şi a dermatitei caracteristice. Pe de altă parte, animalele hrănite cu păpuşoi şi care rămân expuse la soare, nu prezintă niciodată fenomene de fotosensibilizare deci această toxină ipotetică nu e activă cel puţin în orice condiţii.

Dermatita pelagroasă apare în schimb cu aceiaşi intensitate la negri, care ar fi trebuit să fie protejaţi înpotriva luminii prin pigmentul lor cutanat. De altfel Aycroyd[59]) nu a putut confirma la şobolanul alb experienţele lui Horbaczewski.

Alte încercări de a izola o toxină pelagrogenă continuă şi în prezent. Stockman şi Johnston[67]) au reuşit să obţie din câteva cereale, porumb, grâu, orz, mei, o toxină producând la maimuţă de altfel bine hrănite, cu lapte, pâne, unt, leziuni nervoase grave dar nu dermatită.

IPOTEZELE MIXTE TOXICOAPLASTICE

Nici ipotezele toxice maidice nu pot să ne satisfacă pe deplin. Nu numai că nici o toxină pelagrogenă nu a fost sigur identificată până azi, dar chiar principial problema apare mai complexă. Dacă aproape exclusiv toţi pelagroşii sunt mâncători de porumb, nu toţi mâncătorii de porumb sunt pelagroşi. Suprafaţa de distribuţie a pelagrei e mult mai restrânsă decât aceia a culturii păpuşoiului. In Brazilia sunt se pare regiuni mari unde se mănâncă chiar păpuşoi mucegăit fără să se cunoască pelagra. De altfel în Statele Unite de unde ne vine păpuşoiul şi unde acesta a fost cultivat din timpuri străvechi, pelagra pare o boală recentă, semnalată abia la finele secolului trecut, ea a devenit relativ repede un adevărat flagel social, sugerând prin extensia ei rapidă un caracter epidemic infecţios. Personal am cunoscut un medic bătrân, care credea că e primul care a diagnosticat un caz de pelagră în Statele Unite. Dacă deci porumbul era consumat şi înainte, alte cauze determinante au trebuit să intervie aducând rapida extensie a boalei, eventual mizeria sau anumite schimbări dietetice.

Trebue să notăm încă, că în încercările lor profilactice Goldberger şi Wheeler cred că pot preintâmpina pelagra ameliorând dieta cu suplimente bogate în vit. B_2, chiar dacă indivizii continuă să consume porumb.

Dacă deci păpuşoiul pare indubitabil unul din agenţii necesari apariţiei pelagrei, trebue să mai căutăm încă şi alţi factori suplimentari. Cea mai veche formulă a fost plastic dată de Raymond (citat de Babeş). „Pelagra e rezultatul asocierii păpuşoiului cu mizeria". In ce fel intervine însă mizeria?

Dietotoxicii. Patologia boalelor infecţioase ne-a deprins într'un mod oarecum simplist să căutăm în etiologia unui sindrom o cauză unică, agentul patogen. Sindromele de nutriţie sunt însă mult mai complexe. Manifestările clinice mai mult sau mai puţin

variate pot fi datorite unui întreg complex de cauze fie pozitive, toxice, fie negative, carenţe sau chiar numai unei variaţii a echilibrului sau proporţiilor între diferiţii componenţi ai dietei. Kollath[68]) a putut obţine astfel sindrome variate, oscilând între aspectul de avitaminoză B sau de avitaminoză C, nu prin substituţia unei carenţe în locul celeilalte, ci păstrând neschimbat sportul vitaminic şi variind numai restul componenţilor dietei - mai ales natura grăsimilor ei. Mac Carison[69]) atrage atenţia de mult, că nici etiologia clasicului Beriberi uman al mâncătorilor de orez în India nu poate fi explicată numai prin simpla vitaminoză B. El crede că şi aci trebue să admitem alături de avitaminoză şi acţiunea a cea ce numeşte un factor pozitiv indispensabil producerii boalei. In toate sindromele de nutriţie trebue tot mai mu't să recunoaştem că nenumăraţi factori dietetici, higienici şi individuali au fiecare rolul lor particular.

Mouriquand[70]) a descris sub numele de Dietotoxici - o serie de factori alimentari, care devin toxici numai în anumite condiţii de desechilibru dietetic. Iată un exemplu: Colţul de orz pare foarte toxic pentru cobai. Dacă acesta consumă numai colţ de orz, moare în 2—3 zile cu simptome gastrointestinale. Dacă odată cu colţul cobaiul consumă şi grăunţele întregi de orz atunci, nu numai că colţul nu mai e nociv, dar pare chiar indispensabil, căci aduce vitamina C pe care grăuntele neîncolţit nu o conţine. Grăuntele neutralizează deci toxicitatea colţului şi avem astfel un exemplu de aliment care în unele împrejurări e indispensabil iar alteori foarte vătămă'or.

Lucrările lui E. Mellamby[71], [72]), Nitzescu, Popoviciu, Opreanu[73]) au pus în evidenţă prezenţa în cereale a unor asemenea principii dietotoxice. Nitzescu a studiat în special acţiunea decalcifiantă pe care o exercită o alimentaţie cu păpuşoi. Mellamby accentuase acelaş fapt pentru ovăz şi admitea existenţa unui principiu opus vitaminii D, a unei „Toxamine" decalcifiante. O alimentaţie bogată în vitamina D e capabilă să neutralizeze această acţiune decalcifiantă, o alimentaţie săracă în vitamina D o lasă să acţioneze intens demineralizând.

Mellamby a găsit în germenul bobului de grâu o altă toxamină analoagă unui principiu toxic găsit în ergotul de secară. Această toxamină nervoasă produce în cazul avitaminozei A, leziuni nervoase medulare caracteristice, care au fost comparate cu cele de pelagră. Ergotul însăşi nu ar fi în stare să producă asemenea leziuni, dacă alimentaţia conţine o cantitate suficientă de vitamină A şi ergotismul cu caracterul lui epidemic nu ar apărea decât în epocile de foamete sau carenţe alimentare. La fel s'ar putea explica şi alte intoxicaţii alimentare cum e de exemplu Latyrismul produs prin consumarea unor specii de mazăre. Leitch[74]) admite de altfel că şi în etiologia pelagrei avitaminoza A are un rol şi citează pe Wright[75]) care a descris o boală asemănătoare pelagrei în Siera Leone şi care e atribuită avitaminozelor A şi B. Trebue să subliniez totuşi că în dietele expermentale ale lui Gold-

berger şi Wheeler, era suficientă vitamina A (unt de peşte) şi că avitaminoza A nu pare necesară sindromului pelagros. La noi alimentaţia pelagroşilor cu atât păpuşoi galben aduce o cantitate bună de caroten, provitamina A.

Aceiaşi influenţă a compoziţiei dietei asupra sindromului clinic a putut fi observată şi în cazul vitaminii B_2. Leader [76]) obţine dupe voe la şobolan, deşi nu schimbă cantitatea redusă de vit. B, fie dermatita similipelagroasă, fie beriberi, numai după cum variază natura zahărului din dietă. Dieta cu 60% zahăr de trestie dă dermatită, dieta cu 60% amidon de orez beriberi. Iată de exemplu:

Variaţii în producerea sindromului de polinevrită şi pelagră prin variaţii în natura hidrocarbonaţilor dietei (după Leader).

Complexul de vit. B e dat ca extract de drojdie de bere (marmită) în cantitate de 0,25 cgr. Dieta bazală cazeină purif. 23%, oloi de palmier 15%, Amestec salin 5%, Unt de peşte 2 picături, Marmită 0,25 gr.

ZAHARURI	REZULTAT
Amidon de orez 40%	Unele animale cresc şi fac dermatită.
Zahăr de trestie 17%	Cele care nu cresc nu fac dermatită.
Amidon de orez 60%	Animalele cresc puţin şi fac polnevrită.
	Dacă se adaogă apoi zahăr de trestie apare în plus dermatită.
Zahăr de trestie 60%	Animalele nu cresc, dar dermatita apare chiar fără creştere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E de notat că americanii din regiunile pelagroase, care în orice caz consumă mai puţin porumb ca ţăranul român, consumă în schimb melase din trestie de zahăr. Chiar în unele din dietele sale pelagrogene pentru om, Wheeler a introdus o cantitate de zahăr de trestie (vezi mai sus). Pe de altă parte experienţele lui Leader atrag iarăşi atenţia asupra raportului strâns între orez şi beriberi în afara rolului avitaminozii B. Are oare păpuşoiul oarecum proprietăţi comune cu zaharul de trestie provocând de predilecţie dermatite, aşa cum orezul ar produce de predilecţie beriberi?

Kollath [77]) crede că sindromul pelagrei nu ar putea apare decât cu condiţia ca dieta să conţie o anumită cantitate de Vitamină B_1 şi că de asemeni se cere şi prezenţa unei cantităţi de Magneziu. Alimentele protectoare înpotriva pelagrei ar fi sărace în Magneziu.

De aceia ne putem întreba cu D-ra Chick [30]) dacă o ipoteză mixtă toxică-aplastică nu ar putea rezolva mai satisfăcător mult discutata problemă a etiologiei pelagrei. Factorul toxic pozitiv din păpuşoi nu ar deveni pelagrogen decât în lipsa vitaminii B_2 din

dietă sau poate şi a unei carenţe proteice. De altfel de curând Sherman [78]) arată că şobolanul care are în dieta lui mai multă albumină, rezistă mai bine avitaminozei B_2.

Atunci formula „păpuşoi plus mizerie" s'ar putea transforma în formula mai explicită „păpuşoi plus avitaminoză B_2".

De altfel în ce priveşte Şcoala românească, ipoteza aceasta mixtă la care se raliază azi autorii englezi nu e o noutate. Experienţele profesorului Nitzescu îl făcuseră să adopte încă din 1915 o opinie de acelaş fel. Iată concluziile sale:

„Prin urmare în patogeneza acestor turburări (la animalele de experienţă şi la pelagroşi) intră, pe lângă insuficienţa plastică a regimului cu mămăligă, şi un element toxic".

„Nu mai încape nici o îndoială că, dacă porumbul sănătos are aceste neajunsuri, cu atât mai mult porumbul stricat, care pe lângă diminuarea substanţelor nutritive, mai adaogă şi o otravă exogenă".

„Foarte posibil că, alături de aceşti factori patogenici să intervină şi alţii în producerea boalei. E probabil că fenomenele fotodinamice să aibă de asemenea un rol patogenic în anumite manifestaţiuni".

„Poate chiar că turburările născute prin mecanismul patogenic indicat de noi, să nu fie decât pregătirea terenului pentru o cauză specifică, a cărui acţiune nu s'ar putea însă produce fără acele turburări".

ROLUL PREDISPOZIŢIEI INDIVIDUALE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chiar admiţând această ipoteză mixtă, tot rămân încă o serie de fapte neexplicate. Nu toţi indivizii care trăesc în mizerie şi mănâncă păpuşoi fac pelagră. Ori cât de important ar fi din punct de vedere social numărul pelagroşilor, el reprezintă un procent redus din numărul ţăranilor mâncători de porumb. Chiar admiţând cum e logic, că în afara cazurilor patente mai sunt o serie de indivizi în stare de carenţă, eventual de pelagră inaparentă, aşa cum se întâmplă în general cu toate bolile de nutriţie, şi tot trebue să recunoaştem că în afara condiţiilor generale, la care sunt supuşi toţi locuitorii mai mult sau mai puţin de o potrivă, mai intervin şi cauze predispozante.

De altfel toţi semnalează predispoziţia evidentă a sexului femenin pentru pelagră şi e interesant de constatat că statistici făcute în puncte ale globului opuse şi în timpuri diferite dau aproximativ aceiaşi proporţie relativă între sexe. Iată de exemplu:

Frecvenţa pelagrei după sex:

România în general 69%	(Babeş)
Plasa Tomeşti Iaşi 79%	(Inst. Hig. Iaşi)
Statele Unite (Mississipi) 72%	(Nitzulescu)
Rusia (Georgia) 73%	(Kandelaki)

Am putea vorbi şi de o predispoziţie mai generală care sensibilizează pentru pelagră anumite populaţii, datorită probabil unui complex de cauze speciale, între care regimul ocupă primul

loc. Babeş semnala faptul interesant că în lagărele germane de prizonieri fie în Balcani sau în Germania unde se găseau alături Ruşi şi Români supuşi aceluiaş regim de lipsuri şi osteneli, Românii făceau pelagră şi eventual şi scorbut, dar Ruşii făceau numai scorbut. Românii erau predispuşi la pelagră deşi unii se pare că nu mai avuseseră nici un atac anterior şi deşi unii se pare că nici în lagăr nu consumau în momentul apariţiei boalei păpuşoi. E păcat că acest din urmă fapt nu a fost verificat şi cercetat mai de aproape.

CONCLUZII.

Am ajuns la capătul acestei desfăşurări de ipoteze şi teorii. Trebue să constatăm astfel că cu toate nenumăratele cercetări întreprinse, soluţia definitivă nu e încă dată. Oricât de atractivă ni s'ar părea ipoteza lui Chick, ea rămâne încă deodată o ipoteză de lucru. Şi totuşi, cum spuneam la început, problema etiologiei pelagrei e pentru noi de o importanţă practică particulară. Profilaxia socială nu poate aştepta rezolvarea definitivă a problemei ştiinţifice. Italia a făcut progrese mari în diminuarea mortalităţii şi morbidităţii pelagroase.

Din cele ce putem şti de odată, care sunt deci normele cele mai practice pentru a lupta împotriva pelagrei?

In primul rând se impune lupta împotriva păpuşoiului alterat. Se impune să facem toate sforţările pentru ameliorarea culturii şi conservării lui. Această măsură profilactică ar corespunde în special ipotezei originei pelagrei în porumbul avariat.

Ipoteza aplastică, sau cea care admite toxicitatea chiar a păpuşoiului sănătos, ar impune eforturi noi pentru suplimentarea hranei ţăranului cu alimentele considerate antipelagroase, carne, lapte, legume, ori chiar o luptă pentru înlocuirea cât mai mult a păpuşoiului cu grâu. Crearea de brutării la ţară pare să fi dat rezultate încurajatoare în Italia. Nitzescu recomandă şi el înlocuirea mămăligii cu pâne.

Numai că toate aceste măsuri rămân încă în sărăcia noastră de azi iluzorii, simple propuneri platonice. De aceia trebue să considerăm cu o atenţie deosibită o a treia modalitate profilactivă, realizabilă eventual mai uşor şi cu mai puţină cheltuială şi anume tratamentul cu drojdie de bere.

Acest tratament a fost propus de Goldberger şi de şcoala lui ca cel mai bun tratament cu vitamină B_2. El crede că o doză 30 gr. (6 linguriţe) de pulbere de drojdie date zilnic, constituie cel mai bun medicament preventiv şi curativ al pelagrei. Metoda e acum aplicată pe o scară întinsă în Statele Unite. Totuşi rezultatele sunt încă insuficient de concludente. Personal am avut ocazia să încep o anchetă asupra efectului curativ al drojdiei de bere, pe când mă găseam în vara anului 1928, în Statele Unite, în plasa Sunflower, din statul Mississipi, o regiune aproape tot aşa de pelagroasă ca şi unele din satele noastre moldoveneşti. 180 de pacienţi au primit un tratament ambulator zilnic de câte

30 gr. pulbere de drojdie fără să-şi întrerupă ocupaţiile. Iată rezultate'e obţinute:

Vindecaţi în 1—2 săptămâni	43,4%
Vindecaţi în 3—4 săptămâni	43,5%
Vindecaţi peste 4 săptămâni	9,4%
Rezistenţă	2,9%
Morţi	0,9%

Cele mai uşor ameliorate erau simptomele cutanate. Cele mai rezistente erau cele nervoase, asupra cărora drojdia cel puţin în scurtul timp cât am urmărit efectul, nu a părut să aibă un efect remarcabil. De altfel faptul că simptomele cutane au o tendinţă spontană la retrocedare fac şi mai dificilă o concluzie pripită şi se ştie că atâtea alte tratamente au putut da la fel iluzia unei acţiuni favorabile în pelagră.

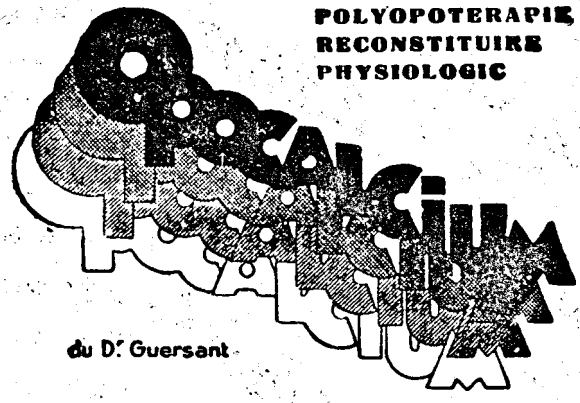
Totuşi, cercetările întreprinse paralel cu ale mele în o plasă vecină de Doctorul Carley [79]), au putut fi continuate mai îndelung şi pot fi mai concludente, 31 de pacienţi care au urmat tratamentul profilactic necontenit timp de 13 luni nu au făcut în acest timp nici o recidivă. Din 137 bolnavi care au luat drojdia la început 50 de zile, numai 33 au recidivat în primăvara următoare 24%, pe când în general Goldberger socotea procentul mediu al recidivelor de 40%. Tscherkes [80]) pubică şi el rezultate bune cu drojdia de bere.

In definitiv după cum remarcă şi Underhill [81]) drojdia se pare să aibă mai degrabă efect profilactic decât efect curativ. Chiar dacă din punct de vedere etiologic acest fapt nu ar fi în favoarea ipotezei lui Goldberger, din punct de vedere practic încă ar avea o importanţă deosibită.

In orice caz lucrările lui Goldberger au adus o contribuţie preţioasă la studiul pelagrei. Ele au dovedit încă o dată limpede că ameiorarea dietei suprimă recidivele şi apariţia cazurilor noi de pelagră şi au arătat că pelagra ar putea să dispară. Nu voi uita prima vizită pe care am făcut-o în primăvara anului 1928 în laboratorul acestui savant, care întrunea pe lângă calităţile de muncă şi metodă şi un suflet entusiast şi afabil. După ce mi-a arătat pe rând animalele în experienţă, i-am cerut permisiunea să examinez şi un număr de bolnavi. „Imi pare rău" mi-a răspuns el, „pentru un moment deşi suntem în plin sezon de pelagră nu-ţi pot arăta aci la mine nici un caz. Eu nu mai am printre pacienţii azilului acesta nici un pelagros, căci acum ştiu să fac o profilaxie eficace. Singurele cazuri care se ivesc sunt la noii internaţi". In azilul acela unde după observaţiile lui recidivele atingeau 40% din foştii bolnavi, acesta era un succes elocvent. Decât, într'o instituţie restrânsă, posibilităţile de ameliorare a dietei sunt infinit mai favorabile. De aceia acţiunea profilactică a drojdiei de bere ar merita să fie studiată pe o scară mai largă. Poate graţie ei ne-am putea mai degrabă apropia de momentul în care am putea constata cu aceiaş satisfacţie ca Goldberger că nu mai avem pelagră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUIRE
PHYSIOLOGIC



du Dr. Guersant

OPOCALCIUM Cachete, Comprimate, Granule

OPOCALCIUM IRRADIÉ Cachete, Comprimate, Granule

OPOCALCIUM Arseniat — Cachete

OPOCALCIUM Galacolat — Cachete

LABORATOARELE OPOCALCIUM, A. RANSON Dr. IN FARMACIE, 121 AVENUE GAMBETTA PARIS.

COLICISTITA CRONICA
CONGESTIA FICATULUI și
A CĂILOR BILIARE - ICTER
și CHOLEMIE — LITIASĂ
BILIARA

AGOCHOLINE
Dr. ZIZINE
Șef de Laborator la Spitalul Sf. Antoine, Paris

PEPTONE DE CARNE
SULFAT DE MAGNEZIE

Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate.

Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate.

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S.A.R.— Str. Sfț. Ionică No. 8.— Bucureşti I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In anemii, debilitate, convalescenţe, tuberculoza, limfatism, surmenaj, prescriţi un reconstituant chimio-opoterapic de o indiscutabilă putere tonică:

Extr. de ficat
" splenic
" măduvă osoasă roşie
Calcium glicerofosfat
Vitamina D.
Extr. de Kola
" " Quinquina
Colomba şi Nuca Vomică
în vin de Malaga sau
sirop de vanilie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TONICUL

OPOTONINA

„GALENO"

VIN SI SIROP

BIBLIOGRAFIE

1) *Slătineanu, Alexa:* Plasa sanitară Tomeşti 1930—1931. Publ. Inst. Hig. Iaşi. — 2) *Aycroyd*: Pellagra Nutr. abstr. and Rev. 1933) III. — 3) *Babeş*: Travaux sur la pelagre Ann. Inst. Path. et Bact. Bucarest VIII (1922—1923). — 4) *Harris:* Pellagra Maemillan (1919). — 5) *Goldberger:* (1916) U. S. P. H. Rep. 31 3159. — 6) *Bliss*: Science (1930) *72* 577. — 7) *Stucky, Brand*: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. (1933) *39* 1404. — 8) *Wilson*: J. Am. Med. Ass. (1932) 37. J. Of. Hyg. 1921 XX 1. — 9) *Tkomas*: Arch. f. Physiol. (1909) 219. — 10) *Smith* Arch. Int. Med. (1931) *48* 907. — 11) *Payne, Perlzweig*: J. Clin Inv. (1933) *12* 899. — 12) *Chick, Hume* (1920) Bioc. Journ. *14* 135. — 13) *Boas Fixsen, Jakson*: Bioc. Journ. (1932) 26 1919. — 14) *Vögtlin, Neil Hunter*: U. S. Pub. H. Hyg. Lab. Bull (1920) 116. — 15) *Wheeler*: U. S. P. H. Rep. (1933) *48* 67. — 16 *Goldberger, Tanner*: U. H. P. H. Per. (1925) *40* 54. — 17) *Goldberger, Lillie:* U. S. Pub. H. Rep. (1928) 675 Rep. Nr. 1216. — 18) *Goldberger, Wheeler*: U. S. Pub. H. Rep. (1926) 1025 Rep. Nr. 1083. — 19) *Goldberger, Wheeler:* U. S. P. H. Rep. (1928) 172 Repr. Nr. 1205. — 20) *Goldberger, Wheeler, Lillie, Rogers*: U. S. Pub. H. Rep. (1928) 1385 Repr. Nr. 1231. — 21) *Chick, Roscoe*: Bioc. Journ.°/₀ (1927) *21* 698 (1928) *22* 790. — 22) *Findlay*: J. Path. Bact. (1928) *31* 353). — 23) *Bing., Mendel:* (1929) J. Nutr. *2* 49. — 24) *Goldberger, Wheeler:* U. S. Pub. H. Serv. Hyg. Lab. Bull. 120. — 25) *Walker, Wheeler*: U. S. Pub. H. Rep. (1931) *46* 851. — 26) *Wheeler*: U. S. Pub. H Rep. (1933) *48* 67. — 27) *Wheeler, Hunt:* U. S. Pub. H. Rep. (1933) *48* 754. — 28) *Geer, Guthrie* : J. Am. Med. Ass. 1930) *95* 1912. — 29) *Smith, Hendrick:* U. S. Pub. H. Rep. (1926) *41* 201. — 30) *Chich*: Lancet (1933) II 341. — 31) *Ellinger, Koschara*: Ber. d. Deutsch. Chem Ges. (1933) *66* 315. — 32) *Ellinger, Koschara*: Ber. d. Deutsch. Chem Ges. (1933) *66* 1411. — 33) *Reader:* Bioc. Journ. (1930) *24* 1827. — 34) *Vitamins:* Med. Res. Council. Spec Rep. Series Nr. 167. — 35) *Barnes, O'Brien, Reader*: J. Phys. (1932) *76*. — 36) *Heard, Kinnersley, O'Brien, Peters, Reader*: Nature (1933) *191* 617. — 37) *Barnes, O'Bbrien, Reader*. Bioc. Journ. (1932) *26* 2035. — 38) *Kinnersley, O'Brien, Reader, Peters*: Bioc. Journ. (1933) *27* 225. — 39) *Gyorgy, Kuhn, Wagner, Jauregg*: Klin. Woch. (1933) *12* 1241. — 40) *Wagner, Jauregg, Ruskin:* Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. (1933) *66* 1428. — 41) *Warburg, Cristian:* Bioch. Zeitschr. (1933) *258* 496. — 42) *Strauss, Castle*: Lancet (1932) II. — 43) *Goodal,* Lancet (1932) II 781. — 44) *Spies, Payne:* J. Clin. Inv. (1933) *12* 229. — 45) *Underhill, Mendel:* Am. J. Phys. (1927—1928) *83* 589. — 46) *Thatcher, Sure, Walker:* Arch. Path. (1931) *11* 425. — 47) *Gurin, Eddy:* J. Exp. Med. (1931) *54* 421. — 48) *Spies:* Proc. Soc. Exp. Biol. Med. (1931) *29* Am. J. Phys. *104* 18. — 49) *Stannus*: Trans. Soc. Trop. Med. Hyg. (1912) *5* 112 (1913) 32 — 50) *Sheppard:* (1912) Br. Med. Journ. II 1773. — 51) *Wilson:* J. Hyg. 20 1 (1921). — 52) *Siler, Garison Mc. Neal:* (1913) Rep of Thompson Mac Fadden Pellagra comis. — 53) *Sambon:* (1913) Br. Med. Journ. II 119 297. — 54) *Kassirski, Burova:* Arch. Schif. u. Trop. Krank. (1932) *36* 323. — 55) *Watson:* 11 an. rep. of board of lunacy control (1924) 123. — 56) *Shelley:* Trans. Roy. Soc. Trop. Med (1930—1931) 24 9. — 57) *Mitchell:* East Afr. Med. Journ. (1933) 38 in Nutr. Abstr. III 560. — 58) *Kandelaki:* Mon. Dept of state edition Georgian Republ. (1930) Nutr. Abstr. I. 818 — 59) *Aycroyd*: Bioch. Journ (1930) *24* 1479. — 60) *Lombroso*: Tratato della Pellagra Torino 1892.— 61) *Nitzescu:* D. Med. Woch. (1914) 614. — 62) *Sabry:* Lancet (1931) II 1021. — 63) *Raubitscheck:* Centr. Bl. f. Bact (1911) orig. LVII 193. — 64) *Horbaczewski*: Das Oest. Sanit. (1910) 345 (1912) 417. — 65) *Umnus:* Zeit. f. Imm. Forsch. (1912) 461. — 66) *Jobling:* J. Am. Med. Ass. (1923) 80 365. — 67) *Stockman, Johnston:* J. Hyg. (1933) *33* 204. — 68) *Kollath:* Kl. Woch. (1931) *10* 1841. — 69) *Mac Carrison:* Nutr. Abstr. and. Rev. (1932) II 1. — 70) *Mouriquand:* Presse Mad. 1926) 545. — 71) *E. Mellamby:* J. Phys. (1926) *24* 61. — 72) *E. Mellamby:* Brain (1931 *54* 247. — 73) *Nitzescu, Popoviciu, Oprean:* Rev St. Med. (1933) Nov. — 74) *Leitch:* (1930) Dietetics in warm climats (Harrison sons London). — 75) *Wright:* (1926) Sierra Leone ann. med. and sanit. rep (in Vitamins Med. Res counc. Spec. rep. 167. — 76) *Leader:* Bioc. Journ. (1930) *24* 1172. — 77) *Kollath:* Arch. f. exp. path. u. pharm. (1932) *168* 424. — 78) *Sherman, Derbigny:* J. Biol. Chem. (1932) *99* 165. — 79) *Carley:* New Orleans Med. Surg. Journ, (1930) *82* 740. — 80) *Teherkes:* (1929) Res. on Pellagra Dept. Nutr. Ukraine (in Vitamins Med. Res. counc. spec. rep. 167. — 81) *Underhill:* J. Am. Med. Ass. (1932) *99* 120. — 82) *I. Nitzescu şi G. Niculescu:* Patogenia şi Tratamentul pelagrei Tip. Conv. Lit. Bucureşti 1921.

Doc. I. NITZULESCU: *L'étiologie de la pélagre dans la lumière des recherches actuelles.*

Après avoir examiné les différentes hypothèses pour expliquer la cause de la pélagre (les théories aplastiques, les hypothèses toxiques et les hypothèses toxico-plastiques) ainsi que la cause de la prédisposition individuelle, l'auteur conclut que la solution définitive n'est pas encore trouvée. Cherchant des moyens pratiques de lutte contre la pélagre, l'auteur croit les faits suivants: prémièrement s'impose la lutte contre le maïs altéré, l'alimentation des grands consommateurs de maïs avec d'autres aliments considérés comme antipélagreux (viande, lait, légumes).

Le traitement le plus facile et bon marché est celui obtenu par l'administration de la levure de bière (la vitamine B^2) preconisé par Goldenberg, il consiste en l'ingestion par jour des 30 gr. (6 cueillerées) de levure en poudre.

I. NITZULESCU: *Die Gründe der Pelagra im Lichte der gegenwärtigen Forschungen.*

Nachdem der Verfasser der Reihe nach die verschiedenen Möglichkeiten prüft, die in der Erklärung der Gründe der Pelagra dargestellt wurden (die aplastischen Theorien, die toxischen Möglichkeiten, die toxischen-plastischen Möglichkeiten) sowie die Rolle der individuellen Anlage, schliesst er das die entgültige Solution noch nicht gefunden sei. Indem er zu den praktischen Mitteln des Kampfes gegen die Pelagra übergeht, glaubt der Verfasser folgendes: in erster Linie ist unbedingt nötig der Kampf gegen den verdorbenen Maïs; dann die grosse Menge der die Maïs verzehren, soll auch andere antipelagrischen Nahrungsmitteln verbrauchen (Fleisch, Milch, Gemüse).

Die leichteste und biligste Behandlung ist mit Heffe (die Vitamine B^2) von Goldberger empholen die besteht in täglichen Verbrauch von 30 gr. (6 Löfelchen) von Staubheffe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NOU
ANTIPIRETIC POTENȚAT
ANTIREUMATIC
GERMICID
TABLETE
Oxichinolinsulfochinizin
3-6 tablete pe zi
INDICAT ÎN:
Gripă-Reumatism-Lumbago-Sciatică-Dureri articulare-Dureri musculare, precum și în toate durerile provenite din răceală.
Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București
Str. Cazărmii 89

INTREŢINEREA APARATELOR DE RADIOLOGIE *)

de

ERNEST ZIKELI
Ing. Dipl. în Electrologie

Intreţinerea aparatelor de radiologie este azi o problemă foarte importantă şi actuală, având în vedere criza economică, care ne bântue de atâţia ani. Majoritatea radiologilor, mai cu seamă cei din provincie nu prea au posibilitatea bugetară, ca să-şi cheme inginerul specialist mai des pentru a le revizui aparatele de radiologie. Deci, se înţelege dela sine, că aceşti radiologi şi proprietari de aparate, sunt nevoiţi a se specializa şi, din punct de vedere technic, pentru a putea face faţă cerinţelor celor mai elementare, în ceeace priveşte întreţinerea, respectiv revizuirea instalaţiunilor de raze X. Şi totuşi este de preferat, ca cel puţin odată anual, să vie specialistul casei furnizoare la faţa locului, ca să-şi vază aparatul, să controleze tuburile de diagnostic, de terapie, precum şi chemotroanele, să verifice stativul, masa de examen, instrumentele de măsurat şi celelalte dispozitive, etc., deşi instalaţiunile acestea au foarte mare rezistenţă în privinţa aceasta, totuşi e bine ca radiologul să fie prudent şi prevăzător pentru a evita eventuale surprinderi neplăcute.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Această revizuire anuală este preferată atât pentru proprietarul aparatului radiologic cât şi pentru casa, care i-a furnizat aparatele. Radiologul este mai liniştit, dacă specialistul casei i-a controlat aparatele şi le-a găsit în bună stare de funcţiune, iar casa furnizoare are o reclamă bună, căci un medic mulţumit nu poate să dea, decât referinţe bune despre un aparat periodic controlat şi bine întreţinut. Este foarte regretabil ceeace sunt silit să constat, că majoritatea, cel puţin 80% a aparatelor de raze X sunt într'o stare deplorabilă, fiindcă proprietarii acestor aparate, instituţiuni şi medici particulari au neglijat nu numai revizuirea lor periodică din partea caselor furnizoare, ci şi întreţinerea cuvenită unei astfel de instalaţiuni costisitoare. Aud zilnic dela D-nii Medici: „Bolnavul m'a chemat în ultima zi. Şi-a neglijat boala, aşa încât nu puteam să-i ajut cu nimic!"

---

*) Conferinţă ţinută la şedinţa Soc. de Radiolog. şi electrolog. med. din România din 11 Febr. 1935.

Această părere putem s'o exprimăm şi noi specialiştii technicieni din branşă despre o mare parte a D-lor Doctori radiologi şi proprietari de aparate! De câte ori sună telefonul: „Să vină imediat inginerul! S'a defectat aparatul! S'a prăbuşit port-tubul! S'a ars tubul!" etc. etc. Şi de câte ori am fost chemaţi numai pentru o siguranţă arsă, sau pentru un lucru de nimica! De câte ori ne-au chemat D-nii Doctori, când deja tubul era ars sau s'a întâmplat un defect, pe care cu o întreţinere raţională sau printr'o revizuire la timp s'ar fi putut evita. Tot aşa sunt D-nii medici, cari se ocupă cam superficial cu chestiunile technice de mare importanţă şi spun:

„Ce? parcă e mare lucru, technica radiologiei? Avem câteva butoane, manete de reglat, de învăţat, cum să le învârtim şi atât!" Nu-i tocmai aşa! O manevrare greşită şi tubul costisitor s'a dus! Deci partea technică a unui aparat radiologic este o chestiune de mare importanţă şi pentru acest motiv îmi propun să studiez alături de D-voastră o instalaţie de raze X şi factorii, cari influenţează asupra întreţinerii acesteia. Pentru a putea intra în obiectul nostru, instalaţia de raze X o împărţim în cinci părţi principale:

1) Reţeaua cu tabloul de distribuţie.
2) Generatorul de înaltă tensiune cu conductele respective şi masa de comandă.
3) Tubul de raze X (lampa Coolidge).
4) Stativul, masa de examen, şi
5) Diferitele accesorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I.— REŢEAUA CU TABLOUL DE DISTRIBUŢIE

Nici până astăzi nu s'a obişnuit ca să se facă după intrarea curentului primar în casă un tablou de distribuţie. Ce este un tablou de distribuţie a unui aparat radiologic? Un tablou de marmoră cu întrerupătorul principal, siguranţe separate pentru aparate, eventual un voltmetru cu regulator de tensiune şi, în cazul când este o reţea de curent continuu la dispoziţie, reostatul convertisorului. Eventual se mai poate monta pe el şi contorul electric al Uzinei. In puţine locuri, unde găsim un astfel de tablou de comandă, în majoritatea cazurilor el este montat pe dos, fie lângă generatorul periculos de înaltă tensiune sau în alt loc nejustificat. In orice caz el trebue să fie montat pe perete în dreapta medicului examinator, în imediata apropiere a mesei de comandă, ca să fie totdeauna la îndemâna medicului pentru a-i putea da posibilitatea de a întrerupe curentul primar din reţea, cât se poate de repede la nevoie. Trebue să ne îngrijim pentru siguranţe, să nu le reparăm cu liţă, ci să avem totdeauna o serie de siguranţă de rezervă. Să nu fie mai mari, decât cele din cofret, căci în caz de supraîncărcare se ard siguranţele cele mai mici. Dacă ale noastre au fost mai mari decât cele din cofret, atunci s'au ars acestea din urmă şi noi n'avem voie să umblăm la ele, deoarece sunt ale Uzinei Electrice din localitate. Pentru acesta e bine să notăm pe tablou sub siguranţele noastre amperajul siguranţei dinafară. Orice caz din când în când să verificăm siguranţele noastre, ca să nu avem neplăcerea, ca în momentul radiografiei să se ardă, stricându-se şi filmul.

In ceeace priveşte reţeaua ne interesează un singur factor: „Tensiunea!" Ca să avem o tensiune bună şi constantă, trebue să avem o Uzină electrică bună, conductă de joasă tensiune destul de groasă şi deja dela început raţional calculată, ca să nu avem scăderi şi fluctuaţiuni de tensiuni, căci periclităm şi viaţa unui tub radiologic. Pentru controlul tensiunei din reţeaua electrică ar trebui un voltmetru separat, montat înaintea aparatului radiologic, care ne arată dacă avem tensiunea normală sau scăzută, sau chiar o supratensiune. Totodată se poate controla şi scăderea de tensiune în timpul radiografiilor, care reglementar nu este admis să depăşească peste 5% din valoarea totală a tensiunei din reţea.

II.—GENERATORUL DE INALTĂ TENSIUNE, CONDUCTĂ SPECIALĂ ŞI MASA DE COMANDĂ A GENERATORULUI

Intreţinerea aparatului propriu zis, diferă după felul lui, adică dacă redresarea curentului produs, de înaltă tensiune se face prin chenotroane (aparat cu 1, 2, 4, 6 chenotroane), prin contact turnant, (aparat cu redresare mecanică) sau prin tubul de radiodiagnostic însuşi, numit aparat cu jumătate undă. La toate aparatele avem un transformator de înaltă tensiune, care este compus din ferul, bobina, iar acestea sunt în ulei special, al cărui nivel trebue controlat sistematic.

Rostul uleiului este de a fi un izolator perfect, iar pentru ca să facă faţă acestei condiţiuni, uleiul trebue să fie de primul rang, de o rezistenţă de pătrundere KV. pro cm. cât se poate de ridicată, să nu conţie bule de aer, să nu aibă apă şi materiale străine în el. Uleiul acesta soseşte la fabrici plumbat, neatins. El trebuie să fie turnat cu atenţie în transformator, adică fără umezeală şi bule de aer, pentru a evita ca între bobinele învecinate să rămâie goluri de aer sau alte materiale străine. Pentru acest scop se usucă transformatoarele fără ulei în săli speciale evacuate de aer şi umezeală, iar după un timp să se toarne uleiul în ele. După aceea se introduce în alte săli tot evacuate de aer, unde se ţine la o căldură de 80 de grade un timp de 24 ore. Dacă totuşi se întâmplă, ca în timpul transportului să se scurgă prea mult ulei din ele, atâta că bobinele şi fierul nu mai sunt acoperite cu ulei, îl putem complecta şi noi cu oarecare atenţie. Luăm un tub de cauciuc, care îl băgăm în rezervor, puţin sub nivelul uleiului rămas şi apoi turnăm ulei încet de tot, ca bulele de aer să iasă afară. Am avut un caz, unde s'a scurs în timpul transportului 45 kgr. de ulei şi am fost nevoit să complectez la faţa locului, pierzând numai cu turnarea uleiului 6½ ore. Vă închipuiţi 45 kgr. ulei turnat în 6 ore şi jumătate. După ce s'a umplut transformatorul cu ulei, el trebue mişcat puţin ca să iasă afară aerul. Nu se poate lucra imediat cu el, ci trebue aşteptat cel puţin 24 ore.

Uleiul din transformator se dilată. Deci transformatorul nu trebue pus în apropierea unei sobe sau a unui calorifer. Umezeală din aer este dăunătoare pentru ulei. Am auzit despre mai multe cazuri, când s'a ars transformatorul, deoarece el a fost ţinut în ume-

zeală, în pivniţe, în magazine făcute din scânduri, etc. Alt fenomen: O pată de ulei pe podea; în cazul acesta transformatorul trebue bine controlat de specialişti.

Un mare inamic al unui aparat radiologic este praful. Acesta cu umezeala din aer formează o pastă, care este bună conducătoare de electricitate, deci face scurt circuit, unde nu e nevoie. Pe de altă parte murdăria aceasta distruge cu timpul şi culoarea frumoasă a aparatelor, dacă nu se şterge la timp şi regulat.

Inalta tensiune cu aerul ambiant — după cum ne este cunoscut — formează acizi nitraţi, cari se aşează ca un strat bun conducător de electricitate pe suprafaţa conductelor, deci trebue neapărat curăţiţi. Izolatorii, unde sunt, se vor curăţi cât se poate de des. La nevoie este bine, ca ei să fie frecaţi cu o pastă semilichidă formată din var vienez (Wiener Kalk) şi alcool. După aceea se şterge cu o cârpă uscată şi curată. Medicul radiolog cu ştergerea exterioară a prafului nu şi-a făcut încă datoria lui, căci praful trebue şters şi în interiorul aparatului, mai ales al mesei de comandă, ceeace trebue făcută cu oarecare atenţie şi eventual în prezenţa unui reprezentat al casei furnizoare.

Fiecare aparat trebue legat la pământ. Pentru acest scop să se facă o legătură ideală din sârmă neizolată cu o dimensiune de cel puţin 4 mm.,^{2} care este lipsită la o scurgere sau la o placă metalică zincată şi băgată în pământ până la adâncimea, unde umiditatea naturală a pământului a fost atinsă. Cu dimensiunile sârmei nu trebue să facem economie, ca să nu se oxideze prea repede. Legătura bună la pământ este importantă pentru descărcări electrice, în urma cărora se produce o încărcare statică a părţilor metalice, care trebue evitată atât pentru siguranţa persoanelor, cât şi pentru durata vieţii aparatelor.

La aparatele cu chenotroane este foarte important controlul periodic al chenotroanelor, a căror încălzire trebue bine pusă la punct şi cel puţin anual odată controlată, de care control depinde în parte durata ventilelor. Este de remarcat că nu facem nici o economie, dacă încălzim numai puţin filamentul chiar. Intr'un ventil puţin încălzit se scade tensiunea înaltă şi el lucrează ca un tub diagnostic; părţile metalice ale lui se încălzesc prea mult, ceeace îl distruge, iar radiografiile nu reuşesc, emisiunea electronilor fiind prea slabă. Deci, mai bine să încălzim chenotroanele puţin peste valorile prescrise, decât să lucrăm cu ventile puţin încălzite.

La aparatele cu contact turnant se va întreţine lagărele motorului synchron cu precauţiune, în care se pune ulei uşor de maşină, căci altfel motorul nu porneşte de loc, sau porneşte cu multă greutate. Uleiul prost poate distruge lagărele delicate ale motorului. Din când în când lagărele trebue să fie spălate bine cu gaz şi se va turna ulei proaspăt în ele. Cantitatea uleiului să nu fie nici prea puţină, nici prea multă. Dacă e prea puţină, lagărele sunt periclitate, iar dacă s'a pus ulei prea mult, motorul asvârlă surplusul de ulei afară. O eventuală defectare a motorului synchron în cele mai multe cazuri atrage după sine defectarea transformato-

rului de înaltă tensiune. Crucea rotativă de redresare să fie bine pusă la punct faţa crucei fixe şi, acestea să aibă întotdeauna un contact cât se poate de bun. Adică distanţa între ele să fie cât de mică pentru a evita mare pierdere de tensiune. Cu timpul se aşează murdărie (sgură, acid, nitrat, etc.) pe ele, ce se formează în urma scânteelor. Având în vedere că la aparatul cu contact turnant este şi o parte rotativă putem constata, că aparatele de genul acesta cer o îngrijire mai mare, decât cele cu chenotroane.

In ceeace priveşte conductele de înaltă tensiune e bine, ca ele să fie raţional, estetic montate şi bine întreţinute. La trecere dintr'o sală în alta să aibă izolaţie suficientă, ca nu cumva să vină în contact cu un perete umed. Se va şterge murdăria de pe ele peste tot ca şi de pe izolatorii, iar conducta dublă, care merge la filamentul tuburilor radiogene să fie verificată din când în când ca să n'aibă vre-un scurt circuit, din care cauză radiologul nu mai poate lucra. Troleurile la fel să fie controlate des şi firele uzate să se schimbe la timp. Unde sunt şi comutatoare de terapie, ele trebuesc frecate, ca să se asigure o comutare ideală, fără nici o pierdere.

Dintre instrumentele de măsurat, miliampermetrul şi kilovoltmetrul sunt acelea, a căror întreţinere trebue să ne intereseze şi mai mult. Datele exacte ale miliampermetrului au o importanţă considerabilă. E bine să avem la instalaţiuni mari afară de miliampermetru şi un instrument special, care ne înregistrează numărul de m. H. pe sec. Unde nu este decât un singur miliampermetru este de preferat, ca acest instrument să fie verificat în Uzinele reprezentanţilor de aparate, chiar odată anual. Ştim ce înseamnă un miliampermetru, care arată inexact, căci nu reuşim să scoatem o radiografie bună, iar la terapie dosăm neregulat, expunând viaţa pacienţilor. Deci este o crimă să se lucreze cu un miliampermetru neexact (neprecis), atât pentru instalaţie, pentru medic, cât şi pentru bolnav. Tot aşa important este verificarea periodică a ceasornicului de timp de poză. Vă închipuiţi ce dăunătoare este eroarea de poză pentru tubul radiodiagnostic, mai ales la o cantitate de curent mai mare. Deci relaisul de timp de poză trebue să aibă necondiţionat o preciziune cât de mare, mai ales la un institut supraîncărcat, unde zilnic se face câteva zeci de radiografii. Ceasurile de timp de poză să fie verificate din când în când cu discul rotativ de plumb (Bleikresel), pentru a putea evita posibilităţile de inexactitate. Mai sunt şi alţi factori, despre cari nu-mi îngădue timpul disponibil ca să vorbesc, ci trec la

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.—INTREŢINEREA TUBURILOR RADIOGENE

Imi daţi voie aici să vorbesc puţin mai detailat. Inamicii tubului sunt în primul rând: praful şi umezeala. Praful, cum v'am spus, conduce electricitatea. Intre altele am avut un caz interesant la o instalaţie din provincie. Doctorul cere telegrafic un tub, fiind al lui defect. Noi îi expediem imediat tubul cerut. A doua zi, soseşte o telegramă, ca să vină imediat inginerul, căci nici tubul nou nu funcţionează. Am presupus că tuburile sunt bune, deoarece tubul

expediat fusese verificat de mine înainte de a-l trimite. Mi-am pregătit o cantitate de var vienez, scule necesare şi am plecat. Sosind la faţa locului am constatat că, învelişul protector al tubului era plin de murdărie şi dealungul acestui înveliş s'a dat naştere la un circuit secundar (Nebenschlüss), aşa încât înalta tensiune a trecut acolo făcând scântei, iar tuburile n'au dat nici o rază.

Am curăţit bine cu soluţia preparată din alcool cu var vienez cupola protectoare cu toate dispozitivele ei şi spre ciuda medicului, amândouă tuburi au funcţionat. Deci trebue curăţit atât praful depus pe corpul lămpii cât şi acela depe cupola de protecţie. Alt factor important pentru un tub este vidul din interiorul lui. Recepţionarea lămpii pentru aceasta se face prin verificarea exterioară. După aceea tubul se va pune prudent sub înaltă tensiune redusă şi se încearcă un timp scurt, fără filament. Se va observa cu atenţie, dacă în lampă apar lumineşcenţe roşii sau albastre, sau se formează scântei între electrozii. Când se constată prezenţa unuia din fenomenele de mai sus, avem deaface cu o lampă în care a pătruns aer, deci ea nu poate fi folosită. Câteva puncte mici cu luminescenţă albastră izolată pe gâtul de sticlă n'au dinpotrivă nici o importanţă. După ce s'a verificat vidul şi tubul a fost găsit fără aer, urmează proba de încărcare a lui. Se introduce curentul de încălzire în filamentul tubului, care va fi la început redus, se va mări treptat, ţinând seamă de indicaţiunile etichetei. Pentru a realiza economie de timp, la radiografii şi a prelungi durata vieţii tubului se recomandă întocmirea unei diagrame, în care se vor trece valorile curentului de încălzire în Amperi sau în Volţi în funcţie de valorile miliamperajului.

Fiecare tub are o etichetă de încărcare sau un tablou separat, conţinând limitele de încărcare indicate de casele furnizoare, deci încărcarea maximă la aparatele cu redresor nu va depăşi valorile acestea. La aparatele cu jumătate undă — trebue luat în consideraţie — că tubul funcţionează totodată şi ca redresor şi din experienţă s'a dovedit că valoarea efectivă a miliamperajului nu poate fi decât $2/3$ din valoarea maximală indicată de Casa furnizoare. In caz contrariu metalul „Wolfram" al oglindei anodului este expus unei supraîncărcări, care poate aduce cu sine crăparea sau pulverizarea metalului în focarul tubului. Această pulverizare sau evaporare a Wolframului poate cauza „autoexcitaţia" tubului Röntgen, dat fiind că vaporii Wolframului sunt uşor ionizaţi de câmpul electric şi aruncaţi pe catodul incandescent şi 'napoi. Deci prin „autoexcitaţie" (Hochschaukelung) se înţelege creşterea rapidă şi spontană a miliamperajului, fără ca să fie mărit curentul de încălzire al filamentului. „Autoexcitaţia" are totdeauna ca urmare pe deoparte nereuşita radiografiei (cauzată de scăderea kilovoltajului în urma creşterii miliamperajului), pe de altă parte distrugerea tubului.

Alt fenomen interesant este „Recroşajul" (Ruckzündung), care se naşte tot la aparatele cu jumătate undă la o încărcare anodică prea mare, neadmisă, şi ea poate aduce după sine distrugerea imediată a tubului. Acest fenomen nedorit apare, când pe lângă electronii emişi de catodul incandescent şi anodul încălzit peste limită,

începe a emite electroni în semiperioada de repaus. Prin aceasta se produce un curent de sens contrar în interiorul tubului. Fascicolul de electroni, cari pornesc din anod, topesc filamentul incandescent al catodului sau după sistemul lămpii, atacă şi perforează peretele de sticlă al tubului. Pentru împiedecarea unui recroşaj, trebue să nu depăşim la aparatele cu jumătate undă niciodată $^2/_3$ a valorilor admise maximale.

In ceeace priveşte dispozitivele de răcire ale anodului se va avea în vedere, dacă răcirea se face cu aer, că radiatorul (aripioare) degajează căldură în atmosferă. Deaceea se va avea grijă ca aerul să poată circula liber în jurul radiatorului. Acesta nu poate fi închis într'o cutie protectoară. La tuburile acestea obişnuite azi anodul ajunge uşor în stare supraîncălzită, nefiind prevăzute cu sisteme de răcire destul de puternică, deci la radioscopii de lungă durată, precum şi la terapie superficială se recomandă întrebuinţarea tuburilor răcite cu apă. La tuburile răcite cu apă, rezervorul se va umple totdeauna la $^2/_3$ cu apă şi se va avea grijă, ca răcitorul să nu fie niciodată mai jos de axa tubului, deoarece apa în poziţia aceasta numai ajunge la anodul tubului. Umplerea se face foarte prudent, ca nici o picătură de apă să nu ajungă la sticla lămpii, fiindcă înalta tensiune o plesneşte imediat, dacă aceasta s'a umezit. In timpul funcţionării tubului, apa poate fierbe, însă cantitatea de apă evaporată să fie înlocuită la timp cu apă proaspătă, distilată.

ACC. Cluj Central University Library Cluj

La radiografiile în serie sau când un tub este mult solicitat, capul anodului se încălzeşte câteodată prea tare. Acest lucru trebue evitat, deoarece anodul în stare supraîncălzită degajează gaze, cari strică vidul tubului. Dacă la un tub răcit cu apă se observă, că apa după întreruperea tensiunei înalte, nu încetează imediat de a fierbe, vom avea dovadă, că anodul este prea încălzit şi se va suspenda pentru un timp funcţionarea. Pentru o întreţinere raţională se mai poate pretinde, ca filamentul catodului să nu fie lăsat aprins fără nici un motiv, mai ales sub curenţi de încălzire prea mari, deoarece durata filamentului, deci şi a tubului va fi scurtată.

IV.— STATIVUL, MASA DE EXAMEN

Masa de examen a unei instalaţiuni trebue bine ferită de umezeală şi de praf. E de preferat, ca părţile lemnoase ale acesteia, anual odată să fie lustruită cu un lustru subţire, care o fereşte de umezeală, dându-i totodată un aspect plăcut. Părţile metalice nichelate se vor unge săptămânal uşor cu vaselină pentru a-şi menţine culoarea lor strălucitoare. Se va da o deosebită atenţie părţilor mişcătoare, mai ales acolo unde sunt rulmenţi speciali cu bile ca să nu intre praf în interiorul acestora, sau dacă a intrat să fie desfăcuţi şi spălaţi cu gaz şi unşi din nou cu vaselină. Porttubul, portecranul şi portcaseta la stative sunt suspendate prin nişte lanţuri de oţel special, iar la aparatele vechi prin sârma de oţel. Acestea din urmă trebuesc controlate de specialişti. Dacă se neglijează această revizuire poate să prăbuşească tot porttubul sau portecranul şi în

loc de câteva sute de lei, ce ar fi costat o revizuire din partea unei case de specialitate poate să cauzeze cheltueli mult mai mari.

Trebue să ne mai gândim ca toate părţile metalice ale stativelor să fie bine legate la pământ, căci în caz contrariu bolnavul şi medicul examinator pot fi expuşi unei electrocutări mortale. Tot aci vă amintesc şi despre aranjarea şi aşezarea raţională a conductelor de înaltă tensiune cari fac legăturile dintre transformator şi tub. Distanţa între legăturile acestea şi toate părţile metalice ale stativului trebue să fie cel puţin 20 cm-i, pentru a evita descărcări electrice urmate de pocniturí sfâşietoare, cari demoralizează spiritul pacienţilor, ne mai vorbind de posibilităţile de accidente.

Tendinţa a fost dela început de a elimina acest desavantaj al stativelor şi s'a construit diferite sisteme de protecţie, cum sunt reţele metalice, paravane izolatorii, însă acestea au limitat posibilitatea de mişcare a tubului în diferite poziţii, cari sunt foarte importante pentru radiologi. S'au construit pentru acest scop diferite dispozitive de întrerupere instantanee a curentului în caz de atingere a conductelor de înaltă tensiune, cum este între altele „Securo", însă nici acesta, nici altele n'au dat rezultatele aşteptate, ci numai au împiedicat pe medicii în activitatea lor de lucru.

Ce este deci de făcut!? După cum ne este cunoscut din literatură modernă şi din conferinţa d-lui Inginer v. *Balku* ţinută cu ocazia congresului naţional de radiologie, s'a găsit o soluţie şi azi avem aparate speciale cu complectă protecţie contra înaltei tensiuni şi a razelor, cari au fost construite de curând. Problema este rezolvată şi dispozitivele acestea pot fi adaptate chiar şi la aparatele vechi.

Am văzut din cele expuse, ce importanţă are o întreţinere raţională şi justificată asupra stării generale a aparatelor costisitoare de radiologie. Am văzut câţive factori indispensabili şi ar fi trebuit să mai vorbesc şi despre întreţinerea aparatelor de terapie profundă, a dosimetrelor, a dispozitivelor de protecţie contra razelor primare şi secundare, cari pot distruge organismul omenesc şi despre întreţinerea accesoriilor necesare radiografiilor, însă toate acestea formând fiecare o specialitate şi un obiect restrâns, le-am neglijat să le tratez aci, în sepranţă că vom avea ocazie de a vorbi şi despre acestea la tratarea detailată a noutăţilor.

Ing. ERNEST ZIKELI: *Instandhaltung der Röntgen-Apparate.*

Einleitung: Die Notwendigkeit einer rationellen Revision seitens der Lieferfirmen.

Gegenstand des Vortrages

I. Netz und Schalttafel.

a) Schalttafel und deren rationelle Montage, Sicherungen; b) Netzspannung eventuell ein Voltmeter für die Kontrolle derselben, wenn nötig.

II. Hochspannungsgenerator

a) Einteilung der Röntgenapparate; b) Der Zweck des Öles in den Hochspannungstransformatoren, Qualitäten und Eigenschaften desselben, sowie der Vorgang bei nachträglicher Füllung; c) Die schädliche Wirkung des Staubes,

elcher ein guter elektrischer Leiter ist. Dessen Reinigung ist die allererste ufgabe des Arztes; d) Die Wichtigkeit einer guten Erdleitung; e) Instandhalung der Gross-Apparate mit Ventilen; f Instandhaltung der Apparate mit echanischem Gleichrichter; g) Instandhaltung der freien Hochspannungsleitungen nd der Therapieumschalter; h) Die Notwendigkeit einer rationellen Verifizierung er Messinstrumente; i) periodische Eichung der Zeitrelais

III. Röntgen-Röhren.

a) Die Gefahr, welche bei Nichtreinigung des Staubas für eine Röntgenöhre besteht; b) Untersuchung einer Röhre bezüglich Heizfaden, Vakuum und elastung; c) Aufstellung einer Belastungstabelle für Röntgenaufnahmen; d) chutz der Röhre gegen Überlastungen; e) Hochschaukelung der Röhre bei Überastungen; f) Rückzündung der Röhre bei zu hoher Belastung der Anode; g) ühleinrichtungen zur Kühlung der Anode und deren Instandhaltung; h) systemaische Kontrolle der Anode bei hohen Belastungen. (Serienaufnahmen und Durcheuchtungen von längerer Dauer); i) rationelle Heizung des Heizfadens.

IV. Röntgenstativ, Untersuchungstisch.

a) Feinde des Röntgenstatives sind Feuchtigkeit und Staub; b) Einfetten er vernickelten Teile; c) periodische Kontrolle der beweglichen Teile; d) Die Vichtigkeit einer guten Erdleitung, die Gefahr bei Fehlen einer solchen, oder ei einer zerstörten Erdleitung; f) Legung der Hochspannungsleitungen.

Allgemeines: a) Die Notwendigkeit eines Vollschutzes gegen die Berühung der Hochspannungsleitung. Schwierigkeiten bei der praktischen Durchührung derselben; b) primitive Schutzvorrichtungen; c) Das Problem ist gelöst urch die Konstruktion von Vollschutzanlagen mit Tutohauben und Spezialkabeln.

Abschluss: Der Zweck gegenständlichen Vortrages

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMES 0f50
AMPOULES 2f & 5f
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

SIMPTOME ALE CRIZEI DE ORGANIZARE *)

de

D-r CARTUŢĂ GABRIEL

Prin introducerea concursurilor ca mijloc de selecţiune a medicilor în serviciile Ministerului Sănătăţii, s'a creiat în acelaşi timp şi mijlocul prin care marea massă a medicilor să-şi manifeste tendinţele, deci să se pronunţe asupra modului cum înţelege să fie organizată sănătatea publică în ţara noastră. Numărul mare al candidaţilor prezentaţi la diferitele concursuri, pe lângă că arată că majoritatea cerea şi aştepta introducerea concursurilor, arată şi pregătirea profesională a medicilor noştri, pentrucă, indiferent de rezultatul concursului, nu se poate admite că cea mai mare parte dintre candidaţi s'a putut prezenta la un concurs până nu s'a simţit în stare să-i facă faţă. Urmează deci că concursurile, instituite la început cu scopul de selecţionare a medicilor, capătă acum şi un alt interes, prin aceea că după numărul candidaţilor se poate deduce şi măsura în care acel concurs constitue pentru medici un obiectiv, deci devine un indicator al tendinţelor care agită massa medicilor.

Pe când o instituţie oarecare poate rămânea indiferentă la numărul candidaţilor, neavând nici o concluzie de tras din faptul că numărul acestora este mare sau mic şi mulţumindu-se să considere pe primul sau pe primii reuşiţi la concurs, Ministerului îi serveşte chiar şi experienţa făcută de acea instituţie, inspirându-se din ea.

Considerând concursurile din punctul de vedere de mai sus ni se pare evident că se degaje două concluzii însemnate, care sunt de altfel şi logice: 1) Medicii doresc să lucreze în Institute medicale organizate (spitale, sanatorii); 2) In lipsa acestora, medicii doresc să lucreze la oraşe, probabil tot în dorinţa de a avea un contact mai mult sau mai puţin strâns cu aceste institute. Acest ideal comun nu poate fi decât spre lauda medicilor, deoarece arată că ei au înţeles marea răspundere ce au ca medici şi că înţeleg să se

*) Lucrare primită la redacţie la 18 Febr. 1935.

achite de această răspundere în modul cel mai conştiincios posibil, căutând mijlocul să-şi exercite profesiunea în condiţiuni ştiinţifice şi tehnice cât mai bune. Cunoscători ai cerinţelor populaţiei în mijlocul căreia trăesc, ei sunt cei mai în măsură a cunoaşte modalitatea împăcării acestora cu posibilităţile medicinii şi cu necesităţile medicinii sociale.

S'a spus că medicii nu vor să meargă la ţară şi cu drept cuvânt, — ceeace nu este tocmai evident pentru vremurile actuale. Organizarea sănătăţii publice trebue să găsească motivul acestei constatări şi să caute a-l îndepărta. Căci dacă faptul încă nu este atât de manifest astăzi, când o stare economică anormală impune multor medici să renunţe la orice ideal profesional, el se va manifesta net odată vremurile acestea trecute. Şi nu se poate baza o instituţie ca sănătatea publică pe o stare de lucruri tranzitorie. Ea trebue să aibă drept temelie tendinţa generală pe care o manifestă toate categoriile de medici, obiectivul lor în carieră.

Concursurile, abia introduse, formează un obiectiv pentru cea mai mare parte din medici. La concursul de medici de spitale mixte. cu toate că a fost anunţat într'un termen foarte scurt s'au prezentat 20 candidaţi. La concursul pentru medici primari în chirurgie, însă, anunţat din timp s'au prezentat 60 candidaţi, cu toate condiţiile destul de grele impuse la admitere.

Sunt deci 60 candidaţi pregătiţi să devie chirurgi operatori, pe când Ministerul nu a putut plasa nici pe cei 7 reuşiţi la concursul din anul trecut. Lucrul va fi identic pentru medicină, iar pentru spitalele mixte numărul candidaţilor se va înzeci.

La această stare de lucruri Ministerul Sănătăţii se va mulţumi oare să răspundă prin a însărcina pe un funcţionar cu ţinerea unui tablou de sute de medici reuşiţi la concursuri, care peste câţiva ani să înceapă să taie pe cei care nu au putut fi plasaţi în termen de 5 ani, după cum spune legea? Dar, dintre cei 60 de candidaţi pentru chirurgie, nu vor fi plasaţi nici 5 în aceşti 5 ani, presupunând că nu se va plasa nici unul din candidaţii de la concursurile din anii următori. Ar urma de aci că concursurile, deabia instituite, au şi atins punctul mort, probă a inutilităţii lor. Şi nu credem că ar mai dori cineva să reînvie vremurile de acum câţiva ani, când concursurile nu se ţineau.

Facultăţile de Medicină din ţară, în urma reformelor de program introduse, vor scoate cu fiecare an serii de medici din ce în ce mai bine pregătite. Şi este natural ca un medic, cu cât este mai bine pregătit, să aibă şi simţul responsabilităţii mai desvoltat şi să nu se poată dispensa şi mai puţin de utilajele diagnostice şi terapeutice moderne. In cât este de aşteptat că seriile viitoare de medici vor simţi şi mai mult nevoia de a lucra în institute orgagnizate. Aceasta este cu atât mai sigur, cu cât deja generaţiile de azi de medici puse între cerinţele publice şi modul de organizaţie sanitară, manifestă o tendinţă netă de a-şi exercita profesiunea în astfel de institute, — dispuşi, pentru a ajunge la acest scop, să facă sacrificiile cele mai mari pentru a satisface condiţiile impuse la admiterea la diferitele concursuri.

Lăsându-se condus de manifestările medicilor cu ocazia orientării lor în carieră, Ministerul va creia adevărata organizare sanitară a țării, și mai cu seamă a mediului rural. Tendințele generale ale medicilor constitue pentru el un simptom și un avertisment; ele nu vor putea fi mult timp ignorate, fiind un adevărat *vox populi,* Directivele generale de conduită pentru Minister sunt deci trasate.

Sarcina sa viitoare este să dea amploare spitalelor mixte, urmând a fi în viitor nuclee sanitare, organizate și utilate ele vor atrage pe medici, care astfel se vor găsi în situația de a'și exercita conștiincios profesiunea, pentrucă aceasta este cauza care face pe medici să nu rămână la țară.

Surplusul de medici și chirurgi reușiți la concursuri, practicând ca *semispecialiști* în aceste spitale, va satisface în mod științific nevoile țăranului, prin aceasta făcându-se și propagandă în mod demonstrativ în pătura țărănească.

De altfel medicina, afară de puține centre mari, unde specializarea câtorva medici este necesară, nu se poate practica decât în semispecialitate, atât la orașe cât și la țară. Acesta a și fost motivul care ne-a făcut să susținem altădată organizarea Sănătății publice în „Centre Medicale", unde să lucreze practicieni semispecializați. Din concluziile trase din manifestările medicilor cu ocazia concursurilor, rezultă că această organizare coincide de fapt cu tendința generală a medicilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Instituind concursuri așa cum sunt cele existente, adică sau de specializare excesivă sau lipsite de orice specializare (ex. spitale mixte), Ministerul Sănătății rămâne oarecum în domeniul teoriei. Problemele care i se pun ca: mortalitate infantilă, tuberculoză, boli sociale, epidemice, etc., de o parte și cancer, obstetrică, accidente, etc., de altă parte, nu pot fi rezolvate nici prin specializarea, nici prin nespecializarea medicilor: în primul caz, specializarea cerând un număr prea mare de medici, iar în celalt, nespecializarea comportând lipsa de competință.

Rămâne ca Ministerul să introducă un nou concurs, poate cel mai conform cu realitatea practică, *concursul de semispecialitate,* pentru cele trei mari împărțiri ale medicinii practice: medicală, chirurgicală și socială, fiecare înglobând și ramurile înrudite de specialitate și să dea o utilitate rațională semispecialiștilor.

Urmarea va fi un început de abordare și rezolvare a problemelor de sănătate publică, probleme care până în prezent nu s'au soluționat nici măcar în parte, din cauză că se organizează sănătatea publică fără să se țină seamă de condițiile pe care le cere medicina pentru a duce la realizările ei practice.

MEDICINA EMPIRICA ŞI MEDICAMENTE EMPIRICE *)

de

D-r HECTOR SARAFIDI — Constanţa

Medicina empirică este rezultantă observaţiunei.

Experienţa vârstei, care pe lângă altele observă şi suferinţele, formează pe specialiştii artei de a vindeca, adică pe empirici.

Ast-fel medicina empirică există din timpurile cele mai îndepărtate şi a fost la toate popoarele.

Toate societăţile au cunoscut efectele ei, atât cele din ţară cât şi orăşenii.

Prin urmare este natural ca fiecare popor să aibă medicina lui empirică, la care să imprime mentalitatea lui, precum şi spiritul lui de observaţie mai mult sau mai puţin avansat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Părintele medicinei *Hipocrat* spunea că, întregul organism al omului se găseşte în strânsa relaţiune cu lumea şi prin urmare nu e logic să-l separăm de totul armonios al ambiantului. După clasică teoria hipocratică, nu se poate separa omul de ritmul universal al vieţii.

Medicina populară merge mână în mână cu ştiinţa medicală a veacurilor şi a popoarelor, de oarece ea dă o adevărată imagine a progresului spiritului uman în dealungul timpului.

Din acest spirit observator al popoarelor a eşit ştiinţa medicală. Acest spirit observator a ştiut să descifreze misterele corpului şi, din cele mai primitive cunoştinţe asupra suferinţelor umane a eşit studiul biologiei, care face uimitoarele progrese, ce le constatăm azi în domeniul ştiinţei medicale.

Dar empirismul n'a fost numai apanajul timpurilor vechi şi al societăţilor înapoiate. El există şi astăzi.

Este adevărat că scepticismul ştiinţific, ce domină spiritul medical actual, ne face foarte rezervaţi faţă de reprezentanţii acestui sistem, dar uneori suntem nevoiţi să-l primim şi să căutăm să explicăm provenienţa lui.

Vă citez un exemplu pe care mi l-a istorisit într'una din zile repetatul meu maestru D-rul **Leonte.** Prin anul 1893, avea în clinica lui un bolnav,

*) Lucrare primită la redacţie la 30 Oct. 1934.

ce fusese supus unei intervenţii chirurgicale. Alături de patul acestui operat era ospitalizat un om suferind de epitelioma feţii, diagnosticată istologiceşte, inoperabilă din cauza mărimii tumorii, ce cuprinsese o mare parte din faţa bolnavului. Ca deobiceiu în vizita zilnică se discuta în jurul patului acestui om printre chirurgii Spitalului Filantropia, unde pe atunci **Leonte** avea serviciul lui.

Intr'una din zile operatul de lângă patul acestui bolnav de epiteliomă, propune D-rului Leonte să-i dea voie să vindece pe inoperabilul ospitalizat, zicând că cunoaşte o babă dela periferia Bucureştilor, unde locuia şi el, care prin buruieni fierte aplicate pe rană, este în stare să vindece pe acest bolnav, pentru care ştiinţa nu putea face nimic. **Leonte** a primit această experienţă, care s-a şi executat după vindecarea bolnavului operat.

Acel om a venit regulat la Spital şi a aplicat o cataplasmă preparată de babă, cataplasmă făcută din buruieni fierte şi după un timp, ce a durat destule săptămâni, epitelioma s-a cicatrizat şi omul a eşit vindecat dela Spital.

Medicii Spitalului curioşi de a şti, ce fel de buruieni au fost aplicate, au trimis după omul intermediar, dar în acel interval omul murise accidentat şi nu s-a putut ştie nici de urmele babei, nici de medicaţiunea aplicată.

Acest exemplu ne arată că empirismul încă în zilele noastre este perpetuat şi că aplicările lui sunt uneori fericite.

Dar să intrăm în subiectul nostru: Ce este medicina emiprică? Şi înainte de definiţia ramurei să definim rădăcina: ce este medicina?

Prin termenul medicină, înţelegem orice tentativă de a vindeca prin propriile noastre mijloace ori prin ajutorul altuia durerea ori stricăciunile produse de vre-o maladie. Aceasta este opera instinctivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Animalele care suferă de febră se scaldă în apă, alungă paraziţii ce-i supără, ling rănile lor pentru a micşora durerile. S'a observat adesea că un câine ce are o fractură şi nu poate să umble, un alt câine îl ajută să facă mişcările trebuincioase pentru transportul lui.

Medicina empirică are obârşia ei la această necesitate de a micşora suferinţele ori personale ori cele ale semenului.

Ceeace omul primitiv nu putea să înţeleagă, adică nu putea să conceapă: efectul unei cauze directe, în chestia de boală, îl silea să creadă că o forţă supra-umană era factorul suferinţei şi al boalei. Atunci imensitatea lumei ce-l înconjura era crezută de el ca motivul boalei şi de aceea prima cauză extra-cosmică a fost atribuită aştrilor.

Şi această credinţă a durat multe secole, până la *Hipocrat*, care prin genul lui a fondat teoria lui că maladia este un efect cosmic.

Deci, prima sorginte a empirismului a fost observaţia cauzelor proxime ori aceea a cauzelor îndepărtate, astrale. Atunci şi omul se îndreaptă spre natură, căutând în ea mijloacele de a se vindeca prin căldură, apă, soarele, etc.

Pe urmă atenţiunea omului primitiv este atrasă de către animalele pe cari le imită, când ele la boalele lor se îndreaptă spre

CALCIGÉNOL-UL

DOCTORULUI PINARD

Flaconul de 250 cc. **110 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de supă. Copii: 2-3 linguri de dessert. Sugaci: 2-3 lingurite de cafea.

(AROMATIZAT ŞI INDULCIT)

CALCIGENOL-ul PINARD SIMPLU, suspensiune coloidală de Fosfat tricalcic extras din oase, asigură o asimilaţie maximă a Calciului. Administrarea sa nu are contra-indicaţiuni. El trebue să fie preferat la sugaci şi oridecâteori voim să tratăm un început de demineralizare. (Nici o intoleraţie de temut).

PRETUBERCULOZĂ - SARCINĂ - FRACTURI - FOSFATURIE - NEVROZE.

CALCIGÉNOL

IRADIAT

AL DOCTORULUI PINARD

Flaconul de 250 cc. **130 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de supă. Adol.: 2-3 linguri de dessert. Copii: 2-3 lingurite de cafea.

(EMULSIE PLĂCUTĂ DE LUAT)

CALCIGENOL-ul IRADIAT aduce Ergosterol iradiat în soluţie uleioasă fin emulsionată într'o suspensiune coloidală de Fosfat de Calciu şi **permite să se realizeze medicaţiunea recalcifiitantă sub forma sa cea mai activă,** căci Vitamina D. se găseşte aci în soluţie uleioasă, condiţiune necesară pentru a-i permite să-şi păstreze eficacitatea. Vitamina D. conţinută în doză slabă în Calcigenol-ul iradiat (450 unităţi fiziologice pe lingura de supă) lucrează ca un catalizor al Calciului şi permite un tratament prelungit fără teama de accidente hypervitaminice.

RACHITISM - TURBURĂRI DE CRESTERE - PRETUBERCULOZĂ - ALĂPTARE FRACTURI.

CALCIGÉNOL

OPOTERAPIC

AL DOCTORULUI PINARD

Flaconul pentru 8—10 zile de tratament **120 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de dessert. Copii: 2-3 lingurite de cafea.

(GRANULE CU GUST PLACUT)

CALCIGENOL-ul OPOTERAPIC trebue prescris de preferinţă la bolnavii care au nevoe de calciu şi cari prezintă insuficienţă endocriniană. hypofiza şi paratiroida lucrând ca fixatori ai calciului.

OSTEOMALACIE - SLĂBIRE - DEBILITATE GENERALĂ - CAŞEXII.

N. B. Calgigenol-ul simplu şi Calcigenol-ul iradiat se amestecă cu laptele, fără a-i descompune, avantaj capital pentru tratamentul copiilor şi sugacilor.

Agent Gen. p. România: R. DUNOD, Str Toamnei, 103 – Bucureşti

Mare scoborâre de preţuri pentru

Ampulele de „Calcium-Sandoz"

Prima preparaţie calcică INDO LORĂ PRIN INJECŢIUNI INTRA MUSCULARE (până la 80 cc. pe zi

Valoarea terapeutică a „Calciu lui Sandoz" este confirmată pri mai mult de 600 lucrări ştiinţific

FORME:

Pulvere granulată
Comprimate ciocolatate
Tablete effervescente
Ampule de 5 şi 10 cc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Depozitul la Bucureşti:
Drogueria D. NESTOR, Str. Şepcari 6.

Depozitul la Cluj:
Drogueria „ROYAL" Piaţa Unirii 26.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUE CI-DEVANT SANDOZ

BÂLE SUISSE

plante. De acolo a eşit terapeutică calmantă prin buruenile stupefiante, ori aceea a evacuării prin plante excitante ale mucoasei stomacale, ori producătoare ale peristaltismului stomacal.

Concepţiunea demoniacă care intră ceva mai târziu în medicina primitivă, are şi ea obârşia ei în empirism. Paserea, ce se înalţă spre cer şi şarpele care venind din pământ aduce influenţa morţilor, sunt cele două puteri reprezentative ale puterii supra naturale cari au efect asupra răului din boală. Iar oamenii cari pot explica această influenţă ori o ştie întrebuinţa, sunt reprezentanţii medicinei demoniace. De aici începe influenţa vracilor şi puterea exoreismelor lor (adică sugestia modernă).

Amuletele iau fiinţă, şi tatuajul devine un mijloc de apărarea contra spiritelor rele. Aceste rituri sunt până astăzi perpetuate la evrei, cari fixează la uşile lor rulouri protectoare. In oraşele din orient la colţurile acoperişurilor sunt atârnate vechi obiecte însoţite de pierte albastre în formă de mătănii.

Creştinii au luat acest obiceiu, făcând cruci la pragul uşilor, iar amuletele contra jetaturei în Italia de Sud şi în Sicilia fac aceeaşi funcţiune de a prezerva de rău.

Mahomedanii poartă în amulete de ştofă triunghiulară atârnată de gâtul lor, versete de coran protectoare. Din aceiaşi sursă vine obiectul de a substitui un nume cu un altul la caz de boală, precum şi portul măştilor pentru a face că boala să greşească adresa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar opoterapia ultra-modernă precum şi cea veche, are începutul ei dela primitivii, cari luau un organ dela inamicii lor pentru a înlocui funcţiunea deficientă unui organ dela ei.

Dela această atmosferă a misticismului iese ideea de persecuţie a morţilor apăruţi în vis, ori de aceea a oamenilor în viaţă cari deochiează pe semenii lor. De aici concepţiunea animistă, care a inspirat vindecarea prin amuletele aşa zise apotropaice.

Aceste practice empirice au fost primele baze ale medicinii, care a fost magică. Vracii erau observatori şi terapeuţi, şi dacă erau înzorzonaţi cu tot felul de haine şi de aparate, acesta era un mijloc ca să se impună prin sugestie asupra bolnavilor. Şi afară de sugestie era şi un mic început de observaţiuni: Culoarea roşie aplicată la tratament, este de actualitate.

Empirismul medical deci este vechiu ca şi lumea şi după adagiul vechiu, că obicinuinţa este o a doua natură, este foarte greu să-l desrădăcinăm.

Dar înainte de a intra în empirismul modern facem o mică digresiune în domeniul ştiinţei, în care intrase acest empirism formând o şcoală — şcoala empirică — a Alexandrinilor.

Această şcoală a fost desvoltată într'un principiu fundamental medical în Alexandria în secolul al 3-lea înaintea erei creştine.

Empirismul din Alexandria a câştigat o mare importanţă, căutând să facă din concepţia hipocratică, în intima ei esenţă, un principiu.

Empiricii au părăsit spiritul dogmatismului cu speculaţiile lui,

bazându-se numai pe practică. După ei medicina nu trebuia să fie o ştiinţă teoretică, ci o artă bazată numai pe experienţă. Baza experienţei trebuia să fie observaţia, iar analogia urma să vie în urmă. *Heraclide* din Tarent a fost un ilustru reprezentant al şcoalei; el a făcut un comentariu asupra lui *Hipocrat;* iar *Cratenas,* medicul lui *Mitridate,* empiric şi el, a lăsat lucrări importante asupra otrăvurilor.

După decadenţa acestei şcoli, medicina cade în ocultism şi misticism, iar practicele magice năvălesc în toate domeniile ale ştiinţei dela începutul evului mediu.

E de notat că empirismul a trecut şi el, urmând evoluţia umanităţei prin diferitele etape ale ei, adaptându-se la moravurile şi la mentalitatea popoarelor.

Şi prin etapele lui a influenţat şi cealaltă medicină, care s-a împrumutat multe dela el, trecând bineînţeles prin ciurul logicei, tot ce erea de admis.

Empirismul a rămas încă în practică la popoarele din Orient, fără ca şi Occidentul să scape de el. Noi, popor ce suntem pus între Orientul Asiatic şi Occidentul European, n'am putut scăpa de practica empirismului. Este adevărat că un studiu comparativ de diferite empirisme nu s'a făcut şi cea d'întâiu încercare a fost făcută în Congresul internaţional de istoria de medicină din Bucureşti în 1932, când Profesorul Bologa din Cluj a propus să se facă investigaţiuni metodice în această direcţiune.

Practicele empirice dela noi au fost obiectul studiilor multor cercetători, şi noi am publicat câte-va lucrări asupra empirismului românesc, iar în Congresul din Liége dela 1905, am făcut un raport în extenso asupra acestei chestiuni pusă la ordinea zilei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceeace e interesant e că empirismul are baze de observaţie foarte profunde şi este curios cum medicina, care are obiceiul de a observa lucrurile de aproape, n'a vrut să intre în detaliile acestor tratamente, cari au o evidenţă influenţă asupra maladiilor. Adesea un studiu al acestor tratamente ne aduce să constatăm spiritul de observaţie şi de bun simţ ce-l au popoarele, inventând tratamente empirice, dela cari umanitatea suferindă a tras foloase reale.

Prima instituţie ce a fost orânduită pentru studierea practicei empirice este institutul creat în Germania acum 2 ani, pe lângă Facultatea de Medicină din Düsseldorf, pus sub direcţiunea Profesorului *Haberling*. Acest institut are de scop să studieze de aproape chestiunile privitoare la medicina empirică, analizând fiecare chestiune aparte, cu aplicaţii practice.

Medicina ştiinţifică în Orientul nostru nu este popularizată de mult timp. Mai înainte de câte-va decenii ea era apanajiul câtor-va privilegiaţi. Poporul venea în contact cu ea mai rar şi într'un mod incomplect. De altfel poporul cere că intervenţia medicului să fie miraculoasă: Medicul trebuia să vindece dintr'odată, aşa cum vindecă vraciul ori baba satului, ce este o practicantă de mai mult timp, şi care cu un descântec ia boala cu mâna.

Dar şi până astăzi chiar în clasa burgheză-mijlocie, chirurgul preţueşte mai mult decât un medic internist.

La o boală internă încep tatonamentele, purgativul, antipyreicul, revulsivul, vomitivul, ghiaţă, anestezicul, vin diagnozele una peste alta: durerea este apendiculară, e a colitei, are ceva vezica biliară, nu o fi colică ureterală, să nu fie vr-o torsiune a trompei, să facem analizele urinei, cele de sânge de mai multe feluri şi pe urmă să vedem!

Pe câtă vreme când e vorba de un abces, chirurgul intervine, cavitatea este golită, bolnavul a scăpat de dureri şi doarme bine. Chirurgul este ridicat în slava cerului! Ori poporul vrea ca toate bolile să fie vindecate ca prin intervenţia chirurgicală. Şi aceasta o promite medicina empirică.

De aici lipsa de încredere a poporului incult faţă de medicină şi aceasta nu numai la noi.

In plin secol al XX-lea într'una din ţările cele mai civilizate, în Franţa, se găsesc peste tot concurenţii empirici ai medicinei ştiinţifice. In cursul anului trecut unul din ziarele Parisului a făcut o anchetă printr'un redactor al lui, în provincia „Poitou"; acest redactor a descris o serie de practicieni fără nici o cunoştinţă medicală, de acei care vindecă prin pipăire, de specialiştii de chirurgia osoasă, de oamenii cari prin aplicări de religne vindecă arsurile, de specialiştii cari adoarme pe clienţi, şi de aceia cari dorm ei singuri şi în timpul somnului lor găsesc boala şi vindecarea ei şi, înfine cei cari — mai moderni — vindecă cu unde.

Dar un lucru şi mai interesant: unul dintre aceşti vraci era un adevărat medic, diplomat al facultăţii, care rugase pe reprezentantul ziarului, să nu-i descopere identitatea, căci în acest caz era să-şi piarză încrederea clientelei!

Şi dece să ne mirăm de starea aceasta de ignoranţă a poporului, când, după cum ne spune *Delaunay* în istoria lui despre cholera din 1832, când pentru *Casimir Perier,* Preşedintele Consiliului de miniştri al Franţei, când plecau medicii dela căpătâiul bolnavului, familia lui chema pe empirici şi un magnetizor ca să-l vindece dela cholera de care suferea.

Cazul de a se refugia la empirici nu este specific la cei simpli de spirit. Acest obiceiu ancestral, care face pe oameni în cazuri grave să dezispere de ştiinţă şi să se refugieze la empirici, este într'un mod magistral descris în cartea lui *Emil Zola* „Le docteur Rameau".

Empirismul în România ori medicina babelor este o compilaţie de medicaţiuni, de mijloace fizice, de procedeuri de magie şi de rugăciuni (descântece). Empirismul este mai mult exersat la ţară, dar şi oraşele mai mari în periferia lor au şi ele centrele lor de medicină a babelor.

Dar nu numai bolile sunt atribuţiunile empirismului; el se ocupă de sentimentele, de interesele particularilor, de căutarea obiectelor pierdute şi se ocupă şi de veterinărie.

Emiprismul nostru are şi el origina lui în ajutorul nimbual ce primitivii purtau pentru semenii lor în caz de boală; *Herodot* şi *Strabon* descriu că în Orient bolnavii erau culcaţi înaintea caselor

lor, astfel că trecătorii ce vedeau pe bolnav se interesau de el şi în caz când cineva ştia vr'un medicament ori suferise de aceeaşi boală şi se vindecase, să comunice şi celor din casă mijloacele ce le întrebuinţase pentru vindecarea lui.

Acest procedeu se întrebuinţa şi până ieri şi la noi. Dar şi medicina teurgică este şi ea perpetuată la noi: nici toate ale doftorului, nici toate ale popii, arată că medicul şi preotul se confundă la aceeaşi concepţie.

Poporul nu face altceva decât să continue concepţiunea uzuanţelor din epoca bizantină, aşa cum se găseşte în Geoponicon (editură de Veneţia), unde formule medicale figurează alături de descântece.

Şi aceasta fiindcă poporul nu consideră boala ca o perturbaţie a funcţiunilor vitale, ci ca o manifestaţie exo-cosmică, provenind de duhul cel rău, ce acaparează organismul. Vestitul descântec, care apelează la cei doi medici fără de arginţi, *Cosma* şi *Damian*, este un exemplu clar de această credinţă.

Mijloacele de tratament ale empirismului sunt multiple cum am relatat mai înainte:

Apa joacă un mare rol, ca un element ce se găseşte pretutindeni. Multă lume dela ţară ştie că febra palustră se vindecă turnându-se apa pe paludic: dar această apă trebuie să fie nevorbită, şi femeia ce toarnă apă pe bolnav, să nu fie măritată după starea civilă şi biserică, decât după ce a fost furată de soţul ei! Tot apa nevorbită serveşte şi la tratamentul pneumoniei peste toţi Balcanii.

Febra palustră are mai multe tratamente şi natural, ca una dintre cele mai răspândite boale în ţară; profilaxia ei este obţinută dacă omul ţine în brâul lui un amulet conţinând trei bucăţi de ştofă uzată, 4 bucăţi de fier scoase dintr'o sapă (din cele 4 colţuri ale ei), 3 bucăţi de tămâie, 3 fire de mătură, 3 bucăţi de păianjen, şi o cantitate de cenuşă.

Talismanele de metal pe care sunt grevate caractere misterioase prezervă de maladii, comunicând forţe supranaturale corpului. Precursoare ale colierelor lui *Lakowski* care prezervă de cancer!

Descântecele vindecă multe boli: dela muşcătura de şarpe, dela amigdalită şi până la epilepsie, provoacă eşirea părului, fac ca beţivii să piardă gustul vinului, ajută ca să se schimbe dispoziţia unei persoane duşmane, provoacă amorul şi fac să dispară runculele.

Multe din aceste obiceiuri au fost aduse în ţară de Romani, care instalându-se în Dacia au introdus şi practicele lor empirice, dintre cari una a rămas şi până astăzi: vindecarea herniei şi a tusei măgăreşti prin ingestiunea cărnii de broască ţestoasă.

Substanţele medicamentoase nu sunt considerate de către popor ca o materie, ce acţionează contra celulei bolnave. Se crede că în această substanţă este ceva supra-natural, ce goneşte boala dela organism.

Farmacopeea galenică, adică tratamentul prin vegetale, are şi ea origina ei în diversitatea concepţiunii despre puterea ei de vin-

lecare, la care joacă rol culoarea, forma, numele plantei şi alte cu-
iozităţi. Şi vă puteţi închipui ce variaţiuni sunt uzitate, când se ştie
că poporul uzează de 280 de plante pentru tratamentul lui.

Herborizarea se face în luna lui Maiu, (la noi în Dobrogea
n luna Iunie) când plantele sunt în flori.

O varietate a feligei, face să iasă părul, fiindcă rădăcina plan-
ei este de culoare neagră, ştirul (borşişor) vindecă gălbinarea din
cauza floarei galbene; forma joacă de asemenea un rol, sinonimul de
asemenea, laptele de măgăriţă contra tusii măgăreşti, din apropie-
rea sunetelor, mâna maicei Domnului prin forma ce în dilataţie iau
oranşele ei ajutând la dilatatea mitrei la faceri.

Animalele joacă şi ele un rol însemnat, căci 90 de specii intră
în terapeutica populară (dintre cari face parte şi păduchele). Printre
animalele ursul este foarte popular, dând părul lui contra febrei
palustre şi făcând masaje asupra celor suferinzi de reumatism, de
impaludism şi de frică.

Formele sub cari se administrează medicaţiunea sunt şi ele ca
şi în medicina oficială multiple: inhalaţii, infuziuni, maceraţiuni, dec-
veţiuni, alcoolate, emulsiuni, măgiunuri, prafuri, loţiuni, masaje, ca-
taplasme, alifii, fumigaţii, băi, etc.

Dar toate maladiile nu sunt evidente şi nu prezintă simptome
clare pe cari bazându-se empiricul să se apuce de tratament. In a-
ceste cazuri diagnosticul este obţinut prin diferite mijloace magice:
Este consultată oglinda, care probabil are secrete cunoscute vracilor;
partea corpului ce se prezumă de a fi bolnavă este atinsă cu latul
cuţitului pe care se imprimă forma organului bolnav. De asemenea
plumbul ori ceara topite şi vărsate în apă, dau formele organelor
suferinde.

De asemenea datul cu cărţi, ghiocul şi bobi dau detalii despre
boală.

Nu ne putem întinde foarte mult asupra empirismului absurd,
care a fost expus aci mai mult ca documentaţie de interes istoric.

*Empirismul are însă şi o latură serioasă, fiindcă nu toate prac-
ticele ale empiricilor sunt de lepădat.*

Empirismul are şi buna lui tradiţie şi acuma ne vom ocupa de
el ca o practică folositoare.

Printre medicaţiunile şi tratamentele empirice sunt câteva, care
arată un bun simţ rar şi o observaţie demnă de a fi studiată şi
chiar urmată.

Mulţi dintre medici s-au ocupat de aceste practice. Noi de
mai multe decenii ne-am îndreptat spre acest studiu şi am reuşit
să facem o selecţiune printre aceste tratamente, dintre cari unele au
fost chiar obiectul publicaţiunilor la cele mai serioase reviste medi-
cale din ţară şi străinătate; am făcut şi comunicaţii la Congresele in-
ternaţionale.

Dobrogea noastră a avut empirici cari au fost în serviciul gu-
vernului turcesc şi mai pe urmă în serviciul Ţării, fiind bine re-
tribuiţi.

Nu putem să intrăm în detalii de tratamente, pentru cari sunt

scrise şi mai trebuiesc scrise tratate întregi. Ne vom mărgini numai la câteva tratamente empirice, căutând să dăm explicaţiile necesare pentru utilitatea lor.

Chimistul german *Carl Max Gesseler* a descoperit o acţiune fiziologică cu totul curioasă a parfumurilor.

Bazându-se pe psihologia olfacţiunei, a divizat parfumurile în 3 grupe:

1) Acelea cari au putere idealizantă, precum este aroma cafelei şi tutunului.

2) Cele ale câtorva rădăcini ori plante exotice, cum este tămâia, scorţişoara şi smirna, care determină în noi o impresie de reculegere, precum şi o mai mare stăpânire de noi înşine.

3) Cele ce lucrează asupra inteligenţei, la tonice şi stimulante ale celulei cerebrale.

Şi mi-aduc aminte de o bătrână din Constantinopol, care îmi spunea, pe câtă vreme ca elev al liceului eram în gazdă la ea, că rădăcina de scorţişor fortifică memoria.

Atunci râdeam de această opinie a unei femei agramate, dar care avea aşa de multă dreptate, cum altfel afirmă *Galien* despre virtuţile parfumurilor, ce este actualmente admisă de medicii experimentatori.

Ne vom mărgini în câteva medicaţiuni, din domeniul fizioterapiei, opoterapiei, metaloterapiei şi galenoterapiei. Ca exemplu ne vor servi bolile cele mai frecvente, cari bineînţeles au atras şi atenţia poporului, care găsindu-se la nevoie de a vindeca ceeace este mai des, acolo a îndreptat şi spiritul lui de observaţie, precum şi isteţimea lui de a găsi leac.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Una dintre boli cele mai frecvente, este colica de ficat. Această boală a atras atenţia empirismului din cauza durerii. Durerea este elementul — adesea salvator — căci ea aduce pe suferindul la medicul său. Bolile cele fără dureri sunt în multe cazuri neglijate, şi numai când bolnavul vede că viaţa lui se periclitează, atunci recurge şi la oficiile medicinei.

Cum vindeca şi vindecă poporul colica de ficat?

Prin pipote de găină. Dar ce a făcut spiritul observator al omului să se îndrepteze spre acest organ? Foarte simplu: ţăranul nostru, (tratamentul prin pipote provine dela ţărani), fiind în contact cu animalele din curtea lui, a observat că pietrele mici ce le înghit galihaceele, şi cari servesc spre a tritura grăunţele ce intră în stomacul lor, sunt topite şi ele împreună cu celelalte alimente. De acolo a pornit concepţia că stomacul acesta, care fărămiţează pietrele în conţinutul lui, ar avea puterea de a lucra la fel şi când intră în organismul omului, în ale cărui ficat ori în conductele excretorii, ori în vezica biliară, calculele de ficat prin volumul lor mare provoacă durerile.

Tratamentul este foarte raţional. L-am aplicat încă dela 1914 şi miile de cazuri ce au fost vindecate — căci tratamentul din gură în gură a fost transmis la cunoştinţele suferinzilor — e o probă de eficacitatea lui. Nu ne-am mărginit numai la aplicarea medicaţiunii

în clientelă, dar am scris despre acest tratament. D-l Profesor *Haberling*, despre care am pomenit, l-a introdus printre tratamentele laice ce se aplică la Clinicile lui.

In cursul anului trecut vorbeam de acest tratament cu d-l Profesor *Delbet*, un cercetător neobosit de fiziopatologie; el a explicat eficacitatea acestui tratament prin chlorura de magneziu ce, în mare cantitate se găseşte în muşchiul stomacal al găinei. Ori se ştie că chloruri de magneziu este un cholagog forte, care prin calitatea lui de a acţiona activitatea bilei, provoacă suprafuncţionarea ficatului, ce topeşte calculele biliare.

Iacă cum bunul simţ al poporului a pătruns în aceste detalii ştiinţifice fără să le cunoască chimia ori fiziologia. Ceeace e cert că a reuşit să se vindece de această dureroasă şi adesea periculoasă boală.

O altă boală ce a atras atenţia oamenilor a fost reumatismul, boală atât de răspândită printre oamenii ce muncesc în locuri umede. Reumatismul curat, adică acela care nu depinde de boli infecţioase, cel care este şi cel mai frecvent se vindecă cu masajul cu petrol. Petrolul e un lubrefiant, proprietate ce facilitează introducerea lui în corp; el a fost o medicaţiune ce din secole este în întrebuinţarea poporului nostru, care a fost favorizat dela natura cu un teren petrolifer destul de intens. Ca primă impresie nu ni se pare ceva serios.

Omul nostru s-a frecat cu o unsoare, precum ar fi aplicat orice alt lucru. Dar de ce a ales petrolul?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiindcă a observat că petrolul îl vindecă de durerile lui, am căutat să explic prin hydrocarburele ce le conţine acest produs al solului eficacitatea masajului. Incă dela 1900 a apărut prima mea lucrare, ce a fost publicată în „Revista Medico-terapeutică" din Paris, publicaţia urmată de mai multe articole în recenzie şi comentată în multe reviste de specialitate. Tratamentul s-a întrebuinţat de Profesorul *Brieger*, director al Institutului de fizioterapie din Berlin, de Şeful serviciului din Salpiétrière din Paris *Kouindgy*, şi în alte ţări. Acei câţiva ani, când mă găseam la Atena, şi incidental am făcut cunoştinţa într'o farmacie cu un coleg, când a auzit numele meu mi-a spus:

— D-ta eşti cel cu petrolul la reumatism? L'am întrebuinţat şi îl întrebuinţez la clientela mea cu mare satisfacţie. Petrolul, adică tratamentul prin petrol, are şi o mare binefacere pentru reumatizanţi: nu lasă să se facă complicaţii din partea inimei. Lucrul îl observasem încă dela 1905, când la Congresul de fizioterapie dela Liége, am raportat acest fenomen, ceeace era greu de explicat.

Acum în urmă, Profesorul *Lemoine* din Paris şi D-rul *L. Neuens* din Bruxelles prin observaţiile lor au constatat că cardiopatiile complicând reumatismul provin dela medicamentele antifebrile ce sunt administrate (ex. salicylatul de sodă) la reumatizanţi.

Nu este cazul să intrăm în amănuntele fiziopatologiei ca să explicăm acest lucru, dar este adevărat că empiricii noştri întrebuinţând petrolul ca un agent antireumatismal, au evitat bolile de cord ce complică adesea reumatismul.

Mai avem de relevat un tratament empiric: ceaiul de pătrunjel contra calculelor renale. Acest tratament de o eficacitate constatată de mulţi medici era cunoscut şi în Italia de mai multe secole. In antichitate de asemenea se întrebuinţează contra pietrei de rinichi: de acolo şi numele lui în antichitate: petroselinum = ţelină contra pietrei.

Dar spiritul observator al poporului se arată într'un caz de vindecare prin sugestie a negilor, ceeace se credea că este o absurditate. E un obiceiu că acei cari au negi, în ziua de Rusalii să se ducă la Biserică şi la sfârşitul oficierei când preotul începe ruga lui prin fraza „ieşi", să întinză mâna spre oficiantul şi să repete de trei ori fraza: să se usuce. Acest tratament care era luat în deriziune, dar care acum în urmă s-a constatat că este un tratament adevărat de dispariţia negilor, este pur ştiinţific. Observaţiile din anii din urmă ale D-rului *Bonnet* şi ale D-rei D-r *Gumach* din Koenigsberg au demonstrat că tratamentul negilor prin sugestiune este adevărat, şi, că este suficient să injectezi puţină apă printr'o seringă mică bolnavului, care se va vindeca în câteva săptămâni de negii lui.

A enumăra aici tratamentele ce au o bază ştiinţifică este imposibil; ne-am mărginit să arătăm câteva medicaţiuni empirice, cari la baza lor au un nucleu de ştiinţă, care analizat ne arată cât spirit observator se găseşte în aceste tratamente.

Am încercat să demonstrez că medicina poporului este bazată pe observaţie şi, că în aceasta nu diferă într'un nimic de medicina cealaltă oficială, ştiinţifică. Şi, ca un ultim argument vă aduc chestiunea alinării cancerului prin tratamentul lui *Montlaesser* din New-York cu veninul de Cobra. Istoricul acestui tratament este foarte instructive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1929, un lepros dela insula Cuba, care suferea de dureri nevritice foarte intense, este muşcat, accidental, de un şarpe. In urma acestui accident leprosul vede că durerile lui dispar. D-rul **Montlaesser** auzind acest fapt divers, s-a gândit că ar fi posibil că o neurotoxină ce este conţinută într'o porţiune notabilă în veninul de şerpi, ar fi un bun medicament contra durerilor atroce ale canceroşilor. Lucru devine obiectul studiilor regretatului **Calmette,** care experimentează cu veninul şarpelui Cobra. Se constată atunci că evoluţia cancerului se opreşte la om, iar la animale se produce o rezorpţie rapidă a tumorilor.

Şi, D-rul *Bouquet,* care descrie cazul se întreabă:

„Inaintea misterului nedescifrat al cancerului, care este omul ce nu poate să se gândească, că empirismul, ce a servit la primele aceste încercări, empirism transformat mai pe urmă prin spiritul ştiinţific şi rezonată cercetare, în tratament să fie posibil să ne aducă scăparea ...şi chiar lumina?".

HECTOR SARAFIDI: *La médecine empirique et les médicaments empiriques.*

HECTOR SARAFIDE: *Die empirische Medizin und die empirischen Arzneien.*

MIŞCAREA MEDICALA ROMÂNEASCA

I.

REVISTA ANALITICĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII — TEZE — EXTRASE *)

HAŢIEGANU — GOIA: **TRATAT ELEMENTAR DE SEMIOLOGIE ŞI PATOLOGIE MEDICALĂ** — Vol. I, Cluj, 1934.

In 725 pag., ilustrate cu 246 figuri (fotografii sau microfotografii, radiograme, reproduceri, figuri schematice, tablouri sinoptice), în plus planşe ilustrate, cari formează vol. I al TRATATULUI ELEMENTAR DE SEMIOLOGIE ŞI PATOLOGIE MEDICALA, autori, Prof. I. Haţieganu şi I. Goia, dela Facultatea de medicină din Cluj, cuprind elementele generale de semiologie şi noţiunile sumare de patologia aparatelor respirator, circulator şi renal.

Cuprinderea laolaltă a acestor 3 aparate, sintesă clinică personală, subliniază *Concepţia de ordin fisiopatologic*, care a condus pe autori în elaborarea operei prezente.

Este o primă şi fundamentală caracterizare, care situiază lucrarea în pasul concepţiunilor medicale prezente şi o face astfel de vie actualitate.

In rândul al II-lea, cetitorul va găsi aci toate noţiunile de semiologie din ultimul timp, aduse la cunoştinţa publicului medical prin diferitele reviste medicale străine, noţiuni dintre cari unele au fost menţionate în cărţile mai recente de semiologie, iar altele încă nu şi-au găsit acest loc de consacrare; lipsesc desigur dintre acestea acelea cari n-au fost îndeajuns de controlate, sau pe cari autorii au găsit cu cale a nu le menţiona, pentru-că nu aduc o contribuţie reală şi utilă la arsenalul semiotic; şi bine au făcut, o ciuruire cât mai fină fiind necesară atunci când este vorba de materialul didactic de servit studentului în medicină; — precum tot aşa de fericit au

*) *Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.*

procedat atunci când n'au trecut cu vederea atâtea alte semne, perimate, cari nu şi-au dovedit valoarea, dar cari pentru menţinerea legăturei cu tradiţia nu trebuiau omise.

Această procedare dă lucrării un *Caracter de bogată documentare, de operă complectă,* care satisface pe cei mai pretenţioşi; am în vedere în special descrierile syndromelor, a acelor ansambluri funcţionale, din care se degaje apoi diferitele boale ca tot atâtea localizări şi individualizări nosologice, şi, cari deşi variate şi disparate ca etiologie, dar stau alături ca mecanism patogenic.

In cadrul acestui caracter semnalez capitolul „INTRODUCERE IN SEMIOLOGIA ŞI CLINICA MEDICALĂ" care constitue o adevărată introducere la studiul medicinei; — de asemenea capitolul „NOŢIUNI GENERALE DE PROPEDEUTICA MEDICALĂ" cu cele 3 paragrafe, cari tratează despre *Anamneză-interogator* (a căror luare este într'adevăr o adevărată artă), *Examen obiectiv* (a cărui conducere scurtată şi precizată în circa 40 pagini scrutează orizontul) şi *Metodele fizice de explorare* (a căror noţiuni clare asupra percuţiei şi auscultaţiei rezumând zeci de pagini din manualele de altădată pun diagnosticul semiotic), capitol datorat Prof. I. Goia şi care constitue abecedarul stagiarului de spital; — şi mai ales capitolul „NOŢIUNI GENERALE DE CLINICA MEDICALĂ", în care Prof. I. Haţieganu tratează despre *Constituţia şi anomaliile constituţionale,* D-rul T. Sparchez despre *Sistemul nervos al vieţei vegetative,* iar D-rul I. Gavrilă expune *Noţiunile generale de endocrinologie;* capitolul acesta, care nu se întâlneşte de obiceiu, şi atunci numai scindat, decât în tratate speciale, redă în germene concepţia biotipologică a lui Pende; el îşi găseşte aci un loc fericit, căci odată cu considerarea semiotică a individului dat, putem în acelaş timp face caracterizarea lui din punctul de vedere al vieţei interioare, condiţionată de predecesori şi redijată de sistemul lui vegetativo-endocrinian.

Semnalăm apoi *Caracterul didactic* al acestei lucrări, care la fiecare pagină face teorie aplicată la clinică; instrueşte pe student, şi trimite unde îl interesează în specie pe medic, „îndrumând" în acelaş timp pe unul şi „orientând" pe celalt.

Intreaga lucrare, la care *participă cu maeştrii şi elevii lor,* este fructul unei şcoale *„Şcoala de medicină internă dela Cluj",* care prin eclectismul noţiunilor ce prezintă, redă fisionomia adevărată a medicinei moderne şi constitue în prezent una din laturile cele mai fericite ale medicinei româneşti.

Acest început frumos pentru medicina internă, al cărui întreg merit revine profesorilor dela Cluj, ar trebui urmărit şi complectat şi pentru celelalte feţe ale medicinei şi chirurgiei cu diferitele lor ramuri.

Aspectul unei singure şcoale este fatal mărginit, şi cu atât mai mult al unei opere personale, fie protagonistul sau autorul lor oricât de excepţional.

Mai ales în medicină *eclectismul* trebue practicat şi apreciem în cel mai înalt grad acest caracter, care se desprinde din lucrarea D-lor Profesori I. Haţieganu şi I. Goia.

După apariţia celorlalte 2 volume, cari vor călca desigur pe urmele celui dintâi, atât prin documentare, claritate, cât şi prin contribuţie colectivă a tutulor celor cari gândesc şi acţionează în acelaş spirit — vom putea considera posibilitatea de apariţie în fascicole a unui mare *Tratat de medicină şi chirurgie românească,* care în felul marilor tratate din străinătate, franceze sau germane, să redea toate aspectele şi toate detaliile medicinei contimporane.

In tratatul de medicină românească, la care năzuim, autorii de faţă în colaborare cu oficianţii dela bisericuţile şi a celorlalte facultăţi de medicină din ţară, vor avea posibilitatea să desvolte cu acelaş succes deplin Noţiunile de patologie medicală, cari aci au trebuit să cedeze pasul Noţiunilor de semiologie şi sindromatologie.

Până atunci lucrarea aceasta, al cărei cuprins din 1 volum vom reda mai jos după propria sa *tablă de materie,* se va situa în locul întâi, de altfel unic, al *Semiologiei medicale româneşti.*

CUVÂNT INAINTE

INTRODUCERE IN SEMIOLOGIA ŞI CLINICA MEDICALĂ

NOŢIUNI GENERALE DE PROPEDEUTICĂ MEDICALĂ

(Prof. D-r I. Goia).

1) **Anamneză — Interogatoriu.**

2) **Examenul obiectiv.**

1) Examenul general sau de ansamblu: a) Atitudinea; b) Fizionomia; c) Starea psihică; d) Statura, constituţia şi starea de nutriţie; e) Examinarea tegumentelor; f) Ganglionii limfatici — Adenopatii; g) Temperatura.

3) **Metode fizice de explorare:** 1) Percuţia. 2) Auscultaţia.

CC-BY-NC-SA Babeş-Bolyai University Library Cluj

NOŢIUNI GENERALE DE CLINICĂ MEDICALĂ.

1) **Constituţia şi anomaliile constituţionale** (Prof. I. Haţieganu):

2) **Sistemul nervos al vieţii vegetative** (Asistent D-r T. Spârchez): 1) Probele vegetative. 2) Etiologia sindromelor vegetative. 3) Clasificarea sindromelor vegetative. 4) Sindrome funcţionale neuro-vegetative. 5) Sindrome vegetative localizate. 6) Tratament.

3) **Noţiuni generale de endocrinologie** (Doc. D-r I. Gavrilă): 1) Glanda tiroidă. 2) Glandele paratiroide. 3) Ipofiza. 4) Glanda suprarenală. 5) Glandele genitale. 6) Epifiza. 7) Timusul. 8) Insuficienţa pluriglandulară.

APARATUL RESPIRATOR:

1) **Noţiuni anatomo-fiziologice** (Doc. D-r I. Daniello).

2) **Semiologia aparatului respirator** (Prof. D-r I. Goia).

a) Explorarea indirectă a aparatului respirator: 1) Interogatoriul. 2) Simptomele funcţionale.

b) Examenul obiectiv al aparatului respirator: Topografia generală a toracelui: 1) Inspecţia. 2) Măsurătoarea. 3) Palpaţia. 4) Percuţia aparatului respirator. 5) Auscultaţia aparatului respirator. 6) Combinarea auscultaţiei cu percuţia.

c) Metode complementare pentru explorarea aparatului respirator: 1) Puncţia exploratoare a cavităţii pleurale. 2) Explorarea radiologică a aparatului respirator (Doc. D-r L. Daniello).

3) **Bolile aparatului respirator:**

A) Consideraţiuni generale asupra afecţiunilor căilor respiratorii în raport cu Clinica Medicală (Prof. I. Haţieganu).

B) Bolile bronşiilor: Bronşitele (Prof. I. Haţieganu). Dilataţii bronşice (Doc. D-r L. Daniello). Astmul bronşiar (Prof. I. Haţieganu).

C) Bolile pulmonare: Congestiile pulmonare. Pneumonia lombară. Bronhopneumonia. Embolia şi infarctul pulmonar. Apoplexia pulmonară. Edemul pulmonar. Supuraţii pulmonare (abces simplu, gangrenos, gangrenă) (Doc. D-r L. Daniello). Emfizemul pulmonar (Prof. I. Haţieganu). Sclerozele pulmonare (Doc. D-r L. Daniello). Pneumoconiozele. Tumorile pleuropulmonare. Chistul hidatic pulmonar. Afecţiunile micozice ale plămânilor (oosporoza, sporotrichoza, aspergiloza, blastomicoza, actinomicoza) (Prof. I. Haţieganu). Distomiaza pulmonară (Prof. I. Haţieganu). Sifilisul pulmonar. Tuberculoza pulmonară (Doc. D-r. L. Daniello).

D) Afecţiunile pleurale: Pleureziile. Simfizele pleurale, Pneumotorax. Accidentele bronhopneumonice la intoxicaţii cu gaze asfixiante (Prof. I. Haţieganu). Sindromul mediastinal. Bolile diafragmului.

APARATUL CIRCULATOR:

1) **Noţiuni generale de anatomie, fiziologie şi patologie** (Prof. D-r I. Goia).

2) **Semiologia aparatului circulator** (Prof. I. Goia).

a) Explorarea indirectă a aparatului circulator: 1) Interogatoriul. 2) Simptomele funcţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) Examenul obiectiv: 1) Inspecţia regiunii precordiale. 2) Palpaţia regiunii precordiale. 3) Percuţia inimii. 4) Auscultaţia inimii.

Simptomatologia leziunilor valvulare ale inimii.

Semiologia aparatului vascular: 1) Examenul arterelor. Tensiunea arterială. 2) Examenul venelor. Aritmiile.

c) Metode complementare pentru explorarea aparatului circulator: 1) Explorarea radiologică (Şef de lucrări D-r M. Hăngănuţ). 2) Metoda electrocardiografică (Asistent D-r A. Moga).

3) Bolile aparatului circulator (Prof. D-r I. Haţieganu).

Introducere la bolile aparatului circulator.

Inima în deosebitele stări fiziologice şi patologice.

Graviditatea şi bolile inimii.

Afecţiunile endocardului: a) Afecţiunile evolutive: Endocarditele; b) Afecţiunile stabilizate: Leziunile valvulare. Tromboza cardiacă.

Afecţiunile pericardului: a) Afecţiunile evolutive: Pericarditele; b) Afecţiunile stabilizate: Simfizele pericardice. Hidro-emo-pericardul şi pneumopericardul.

Afecţiunile miocardului. Afecţiunile miocardice datorite unei turburări în circulaţia coronariană.

Afecţiunile congenitale ale inimii.

Afecţiunile vaselor: Aortita. Anevrismul arterio-venos. Scleroza arterei pulmonare. Arteritele acute şi subacute. Tromarterita obliterantă (boala lui Buerger). Periarterita nodoasă Kussmaul-Maier). Arterioscleroza. Arterita diabetică, tuberculoasă şi sifilitică. Tromboza şi emboliile arteriale. Flebitele, tromboflebitele. Varicele.

Sindromele cardio-vasculare: Ipertensiunea arterială. Ipotensiunea arterială. Iper şi ipotensiunea venoasă. Sindromul ipertensiunii pulmonare. Stările cardio-pulmonare. Angina de piept. Neuroza cardio-vasculară. Insuficienţa circulatorie.

Alte afecţiuni ale inimii: Sifilisul inimii şi a vaselor. Tuberculoza cardio-vasculară. Tumorile inimii. Paraziţii inimii. Traumatismele inimii. Teplasările inimii: Dextro-sinistro-cardie

Prognosticul bolilor de inimă.

Tratamentul afecţiunilor şi sindromelor cardio-vasculare.

APARATUL RENAL.

1) **Noţiuni de anatomie şi fiziologie** (Prof. D-r I. Goia)

2) **Semiologia aparatului renal.**

a) Interogatoriul — Simptomele funcţionale; b) Explorarea fizică a aparatului renal: 1) Inspecţia. 2) Palpaţia. 3) Percuţia. 4) Explorarea fizică a vezicei; c) Analiza urinii: Compoziţia şi caracterele fizice ale urinii normale şi patologice: 1) Volumul urinii. 2) Culoarea. 3) Aspectul urinii. 4) Reacţiunea urinii. 5) Densitatea specifică. 6) Mirosul urinii.

A) Elementele organice ale urinii normale.

B) Elementele anorganice ale urinii.

C) Substanţele anormale ale urinii: 1) Albuminuria. 2) Albumozuria. 3) Ematuria. 4) Emoglobinuria. 5) Ematoporfirinuria. 6) Glicozuria. 7) Acetonuria. 8) Piuria. 9) Lipuria. 10) Bilirubinuria. 11) Melanuria. 12) Alcaptonuria. 13) Reacţia Diazo.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D) Examenul microscopic al urinii.

Explorarea clinică a funcţiunii renale: 1) Proba de diluţie şi concentraţie. 2) Explorarea funcţiunii renale în baza eliminărilor de substanţe colorante. 3) Explorarea funcţională a rinichiului prin analiza sângelui. 4) Explorarea funcţională a rinichiului prin raportul dintre concentraţia unei sangvine şi debitul ei în urină.

3) **Bolile aparatul renal** (Prof. D-r I. Haţieganu): Marile sindrome renale. Sindromul urinar. Sindromul cardio-vascular. Sindromul cloruremic. Sindromul azotemic. Sindromul uremiei. Stările cardio-renale. Nefropatiile duble renale. Nefritele. Noţiuni generale asupra clasificării nefritelor. Etiologia şi anatomia patologică a nefritelor. Nefrita acută (glomerulita). Nefrita subacută. Rinichiul gravidic. Nefropatia gravidică. Arterioscleroza rinichilor. Rinichiul gustos. Rinichiul diabetic. Amiloidoza renală. Congestiile renale. Infarctul renal. Bolile parazitare al căilor urinare.

Bolile renale cu caracter mai mult chirurgical: Tuberculoza renală. Litiaza renală. Supuraţiile renale. Rinichiul mobil (nefroptoza). Hidro-nefroza. Cancerul renal. Chistele renale.

Este de prisos a mai recomanda cetirea acestei fundamentale opere româneşti de semiologie medicală, în care autorii „renunţând la date istorice; nume de autori şi teorii neconfirmate" şi-au propus „a pune la dispoziţia studentului un îndrumător", cu atât mai folositor, şi „să asigure viitorului practician un învăţământ elementar" care mai târziu să-i „dea putinţa unei orientări cu atât mai rapidă în privinţa concepţiunilor actualmente valabile în medicina internă".

Cea mai bună recomandaţie o face acestei lucrări *numele autorilor*, cari o semnează şi şcoala, din care ese.

Spicuind mai departe din *„Cuvântul înainte"* pe care lipsa de spaţiu ne împedecă a-l reproduce în întregime, autorii „tratând toate problemele în mod elementar" au făcut cu atât mai bine „să prezinte semiologia şi clinica împreună"; pentru-că cu adevărat „o înţelegere a clinicei fără semiologie este imposibilă".

„Gândirea fisio-patologică de care s-au lăsat conduşi" le-a situat lucrarea, precum am mai spus, în pasul concepţiunilor actuale în medicină, de aceea au şi făcut o operă vie, de durată trainică, a cărei „valoare didactică experienţa de 15 ani în învăţământ o garantează" cu prisosinţă.

„Gândirea medicală eclectică", pusă în elaborarea acestei opere, gândire care constitue *„Specificul facultăţii de medicină din Cluj"*, au tot dreptul autorii să o releveze şi să o revendice cu mândrie, ca pe un patrimoniu al lor, demn de invidiat; — precum trebue reliefat, cum trebue şi gestul de eloquentă abnegaţie al acestor *Intemeietori de şcoală*, cari şi-au asociat la operă pe elevii lor.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doc. D-r N. IONESCU: **TURBAREA LA OM ŞI ANIMALE** — 1 vol. de 400 pag., Tip. Bucovina, 1935, Bucureşti 300 lei.

In această monografie autorul pornind deia lucrările clasice ale lui Pasteur, Koch, Victor Babeş şi a unui număr mare de autori din străinătate ne redă totalitatea cunoştiinţelor noastre asupra turbărei, realizând o vedere de ansamblu la care se adaugă cercetările sale personale în turbare.

Urmărind autorul în expunerea sa găsim: capitole consacrate istoricului, definiţiei, naturei şi caracterului virusului rabic, a corpusculilor lui Negri, urmează apoi capitole despre recoltarea materialului suspect de turbare, fixarea, incluziune şi metode de coloraţiune. Face o descriere precisă a leziunilor histo-patologice ale sistemului nervos central şi periferic şi a glandelor salivare.

Autorul a studiat modificările hematologice în cursul turbărei la om înainte şi după tratamentul antirabic. Studiază apoi virusul de stradă şi virusul fix.

Intr'o serie de articole clare şi documentate ne arată: punerea în evidenţă a virusului în organism, modul de transmisiune a turbărei, patogenia infecţiunei rabice, virusul fix şi virusul de stradă, diversitatea virusurilor fixe şi de stradă, identificarea unui virus rabic, turbarea experimentală, semnele clinice în turbarea experimentală, turbarea spontană la animale, diagnosticul diferenţial al turbărei la animale, turbarea la om, diagnosticul turbărei la om. In capitolul vaccinarea omului după muşcătură ne face cunoscut diferite procedee de vaccinare preconizate în alte ţări şi se opreşte la vaccinarea propusă de Prof. D-r V. Babeş şi Puşcariu. Trece apoi la tratamentul antirabic la Bucureşti,

aşi, Cluj, Cernăuţi şi Chişinău; accidentele paralitice ale tratamentului antirabic şi rezultatele inoculărilor antirabice, descentralizarea serviciilor antirabice, serul antirabic, cercetări asupra seroterapiei; imunitatea contra turbărei, imunitatea naturală şi termină cu vaccinarea antirabică la animale, cu măsurile de profilaxie contra turbărei şi în anexe statistică şi proect de lege pentru combaterea turbărei (alcătuit cu colaborarea Institutului D-r V. Babeş).

Acest volum constitue sub o formă condensată un tablou din cele mai interesante asupra turbărei, o bună şi preţioasă călăuză pentru noile cercetări la care se adaugă date şi cercetări personale; astfel în capitolul descentralizarea serviciilor antirabice examinează în toate aspectele sale dacă descentralizarea e practicabilă, economică şi mai ales folositoare pacienţilor trataţi.

Trimiterea vaccinului la distanţe de institute s'ar putea realiza cu vaccinurile ucise, eterizate (Hempt) sau fenicate după metoda Semple cu toate inconvenientele asupra rezultatelor (mortalitatea ridicată) ori cu vaccinuri vii (Fermi, Högyes, Philips, Puntoni), acestea din urmă cu toate neajunsurile în ceeace priveşte accidentele paralitice.

După ce arată părerile Directorilor de Institute antirabice, autorul crede că nu trebue să se admită o metodă de tratament antirabic numai pe motive de economii, uşurinţă de technică şi ori-care alte argumente ar fi ele atunci când această metodă determină o mortalitate cât de puţin mai ridicată faţă de o altă metodă care îşi are experienţa sa deja făcută.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vaccinurile fenicate ucise, eterate ucise produc o mortalitate ridicată şi dau mai des accidente paralitice.

Autorul recomandă o profilaxie intensă căutând a micşora numărul cazurilor de turbare.

O serie de cercetări făcute de Profesorul Proca cu autorul, de autor singur asupra seroterapiei preventive a turbărei, a imunităţei naturale complectează datele actuale asupra turbărei.

Este o monografie clară care va fi citită cu mare interes de cei ce doresc a se iniţia la recentele progrese, la cunoştiinţele privitoare la biologia virusului rabic, la manifestările clinice ale turbărei şi mai ales la mijloacele de profilaxie şi tratament a acestei boli care nedecelată la timp face atâtea victime.

D-r R. Hirsch.

* * *

Profesor PREDESCU-RION: **CRENOTERAPIE INHALATORIE CU APELE MINERALE ROMÂNEŞTI** — Raport făcut celui de al 12-lea Congres român de Oto-Rino.-Laringologie. Bucureşti, 28—30 Septembrie 1934.

Inhalaţiunile ca mijloc terapeutic sunt cunoscute dela Hipocrat, care a şi inventat un aparat de inhalaţie. Aetius, Plinius s'au servit de el, Galenus recomanda pacienţilor săi anginoşi de a se aşeza pe marginea unui vulcan pentru ca să inhaleze emanaţiunile sulfuroase.

In 1847, Auphan din Euzet întrebuinţează cel dintâi apele minerale nebulizate. In 1856, Sales Giron din Pierrefonds imaginează un inhalator. Richardson, apoi Siegle inventează inhalatoare la îndemâna tuturor. Dar Bulling este acela care întrebuinţează cel dintâi aerul comprimat în crenoterapie.

Raportorul studiază fisiologia şi mecanismul inhalaţiunei. Trece apoi în revistă experienţele asupra animalelor, precum şi analizele făcute asupra diferitelor secreţiuni umane culese după inhalaţie, ca urina, sudoarea, saliva, etc., în care se regăseşte urma substanţelor inhalate. Din experienţele lui Niculescu şi Vasiliu rezultă, după injecţiuni intravenoase la un câine de 50 de c. c. de apă minerală de Slănicul Moldovei No. 1%, 52 Na. $Cl._2$, 20 Bic. de Na., că secreţiunile bronşice se măresc după o jumătate de oră cu 50%, Băltăceanu şi Vasiliu au făcut aceeaşi experienţă cu apă sulfuroasă de pucioasă şi, au constatat că secreţiunile bronşice diminuiază şi devin mai limpede şi mai fluide.

Indicaţiunile terapeutice ale inhalaţiunilor cu ape minerale trebue să ţină seamă de: 1) apa minerală întrebuinţată, şi 2) de individul tratat.

I.

Crenoterapie inhalatoare în România se poate face cu ape minerale: 1) Sulfuroase. 2) Clorosodice bicarbonatate. 3) Arsenicale. 4) Iodate. 5) Silicioase. 6) Feruginoase, şi 7) Nedeterminate.

1) **Apele sulfuroase** în România sunt: a) simple: Mangalia, isvorul Grotei, cu $75^0/_{00}$ H_2S; b) Sulfuroase clorosodice; Govora, isvorul Regele Carol, şi c) Sulfuroase clorosodice bicarbonatate: Slănicul Moldovei, isvorul No. 1, No. 1 bis, 3 şi isv. Cascadei. Sulful introdus pe orice cale în organism, ese în mare proporţie prin mucoasa aparatului respirator (Claude Bernard, Bergeon, Lassagna). Din cauza proprietăţilor sale excitante, sulful este indicat în astm şi în coriză spasmodică. Ca microbicid el atenuiază desvoltarea infecţiunilor secundare pe mucoase. Ca congestiv el poate provoca epistaxis, emoptizii, emoragii, Indicaţiuni: ozenă. Ca anestezic şi ca tonic, apele sulfuroase inhalate sunt indicate tot în ozenă. Autorul le consideră chiar ca fiind superioare la toate celelalte tratamente în catarurile diverse ale căilor respiratorii.

2) **Apele clorosodice şi clorosodice bicarbonatate** au ca proprietate de a mări secreţiunile mucoaselor nasale şi bronşice la început: Malnaş, Borsec.

3) **Apele arsenicale:** Dorna, cu $0,0064^0/_{00}$ arsenit de Na., dau prin inhalaţie o uşoară iperemie, cu reducerea secreţiei (Lassagna).

4) **apele silicioase:** Bibartsfalva, isv. Borhegy, cu $0,084^0/_{00}$ acid salicilic, au o acţiune ipotensivă. Cu apa de Slănic, isv. No. 5 conţinând $0,005^0/_{00}$ acid salicilic, autorul a obţinut la 15 bolnavi, cu o tensiune maximă variând între 21—24, o reducere de 2,3 până la 4 diviziuni.

5) **Apele iodate:** Govora, i. Brătianu, cu $0,0224^0/_{00}$ de IMg. şi INa. In 1919, Sărăţianu a regăsit iodul în urină ale unui mare număr de bolnavi trataţi de către autor cu inhalaţiuni cu apă de Govora.

6) **Apele feruginoase,** tip Buziaş, isv. Mihai are $0,125^0/_{00}$ Fe.

7) **Apele nedeterminate** sau indiferente: Slănicul Moldovei, isv. No. 5, în care nu prevalează niciun element, au o admirabilă influenţă asupra mucoaselor iperestezice, pe care le calmează, în coriză, cronică, bronşite spasmodice, astmă, etc.

II.

Predescu-Rion menţine clasificaţia generală a maladiilor în torpide şi eretice şi pentru maladiile aparatului respirator care au nevoie de un tratament crenoterapic prin inhalaţie. Torpizii care răcesc, fac cataruri la nas, la faringe, tracheă, bronşii, au nevoie de inhalaţiuni cu ape clorosodice bicarbo-

SORAMIN
PENTRU TOALETA INTIMĂ A FEMEII
PENTRU UZUL EXTERN

SORAMIN

Zinkaminoformbichlorid Dr. Wander

Un nou produs pentru a trata în mod rațional

LEUCOREEA PATOLOGICĂ

DECONGESTIV-ASTRINGENT
DESINFECTANT-DESODORIZANT

PARFUMANT PLĂCUT ȘI DISCRET
ÎN TOALETA INTIMĂ A FEMEII.

Conținutul unui plic se diluiază în 1-1½ litru de apă pentru irigațiuni vaginale.

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazărmii 89

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TERAPIA CLASICĂ A GRIPEI:

TRANSPULMIN

Chinină și camfor în uleiuri eterice.

IN COMERȚ: Cutii cu 10 fiole de 1 cmc. și 2 cmc.
„ „ 5 „ „ 2 cmc.
Flacoane cu 15 cmc. soluție

COMBINAT CU

SOLVOCHIN

Soluție apoasă de 25% chinină bazică.

IN COMERȚ: Cutii cu 3 fiole de 2 cmc. și
„ „ 10 „ „ 2 cmc.

REPREZENTANȚA GENERALĂ
FREDERIC SPODHEIM & Co. S. A.
BUCUREȘTI I, Str. Sf. Constantin No. 4

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:

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Voies respiratoires

SIROP FAMEL
a base de Lactocréosote soluble

ACTION RAPIDE ET SÛRE

calme la toux
facilite l'expectoration
relève l'état général

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Ch. Taulègne, 11-13 strada Gh. Coşbuc Bucarest IV

natate simple sau sulfuroase. Cei cu eretism vor fi tratați pentru catarurile lor cu inhalații ușor alcaline, silicioase și mai ales cu ape nedeterminate. Acestora să li se evite apele clorosodice sau bicarbonatate simple sau sulfuroase, căci ele ar putea să deslănțuie la acești bolnavi niște crize serioase foarte greu de oprit.

Iată, după raportor, care sunt apele minerale de inhalat în diversele maladii oto-rino-laringologice.

1) In coriză cronică, sau repetate, faringite, laringite, amigdalite, angine, traheite repetate sau cronice, bronșite, în otitele catarale sau vechi, se vor recomanda apele minerale **clorosodice:** Băltățești, i. Cuza-Vodă, Ocna-Sibiului, i. Iosif Vaida Meledi; apele **bicarbonatate sodice:** Bicsad, i. Clara, Bodoc, i. Matilda, Brebu, Fidelis, Covasna, i. Horgas și Fântâna Porumbeilor, Malnaș, i. Maria și Siculia, Monteoru, i. No. 1 și 2, Parva, i. Carpatia, Stoiceni și Sângeorgiu; apele **bicarbonatate** (Na., Mg., Ca., Li., Fe.): Anieși, Iacobeni, Malnaș, i. principal, Perla, Bodoc, Repat, Tușnad, i. principal, Zizin, i. Luis-Ferdinand.

2) Când în afecțiunile de mai sus sunt fenomene de iperestezie mai ales faringiană, faringo-laringiene, traheo-bronșice, se va prescrie apele bicarbonatate calcice: Borsec, i. Baltazar, Zizin, i. Luis.

3) La copii în perioada de creștere, să se prescrie inhalații cu ape feruginoase: Buziaș, i. Mihai, Valea Vinului, i. Székény, Corond, i. principal, Covasna, i. Cifra, Fidelis, i. Carol, Dorna-Vatra, Homorod, i. Gyargas, Tușnad, i. Reszo, Mikeș, Vălcele, precum și apele arsenicale dela Vatra Dorna.

4) Adenoidienilor limfatici, anemici, pretuberculoși să se prescrie inhalații cu ape conținând Na. Cl. Fe. și As.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) La ipertensifi, cu prurit senil se va recomanda inhalații cu ape silicioase: Bibertsfalva, i. Borhégy, Malnaș, i. nou.

6) La cei cu eretism și cu mucoasele fragile și sensibile se va recomanda inhalații cu ape nedeterminate: Covasna, i. Cifra, Mikeș, Georgiu, i. Rozalie, Episcopia, i. Artezi, Felix, i. Balint, Călimănești și Slănic No. 5.

7) In fine ozena va beneficia de apele minerale din Mangalia, Herculane, Bughia, Căciulata și Slănic, i. No. 1.

Profesorul Predescu-Rion termină interesantul său raport prin câteva considerațiuni asupra mecanismului vindecării maladiilor oto-rino-laringologice cu ajutorul apelor minerale aplicate sub formă de inhalații. Din practica sa de toate zilele ar rezulta că radioactivitatea acestor ape nu joacă niciun rol în efectele terapeutice prin inhalații. Aceasta, D-sa a putut constata în inhalatorul său din București. Efectele inhalațiunilor se produc prin bombardarea picăturilor de apă reduse la proporții microscopice asupra mucoaselor bolnave, picături încărcate cu corpuri chimice, care sunt absorbite de mucoase pătrunzând astfel în organism și influențiază astfel starea generală.

Lucrarea D-lui Profesor Predescu, prima și unică în acest gen pentru apele minerale românești luate sub formă de inhalație, ar comporta o desvoltare mult mai mare, ținând seamă de interesul ce-l prezintă pentru multiplele maladii cărora această terapeutică li se poate aplica chiar în țară la noi. Aceasta m'a și îndemnat să fac o succintă analiză a lucrării de față, care ar trebui citită în text.

D-r Lazăr Mayersohn.

Doc. D-r PETRE VANCEA: **INTRODUCERE LA NEUROLOGIA OCULARA.**— Vol. 248 pag. Edit. Transilvania, Cluj 1934.

D-l D-r Vancea face să apară în volum, zece din Conferinţele ţinute la Clinica Oftalmologică din Cluj, în calitatea D-sale de şef de lucrări. După cum o spune şi autorul în prefaţă şi după cum se vede şi din titlurile conferinţelor, nu este un tratat de neurologie oculară ci, puneri la punct perfecte a câtorva din problemele actuale ale neuro-oculisticei.

In afară de prima Conferinţă intitulată: 1) Introducere la studiul neurologiei oculare, celelalte tratează subiecte variate din acest domeniu. Iată titlul conferinţelor:

2) Anatomia şi fisio-patologia căilor optice.

3) Localizările cerebrale în neuro-oftalmologie. Centrul cortical al vederii.

4) Staza papilară în ipertensiunea intra-craniană.

5) Prognosticul paralisiilor oculare în traumatismele închise ale craniului şi ale feţei.

6) Sifilisul sistemului nervos şi corelaţiile sale oculare.

7) Tulburările oculare în scleroza în plăci.

8) Tulburările asociate ale ochilor în encefalita epidemică.

9) Sindromele circulatorii retiniene.

10) Ochiul şi glandele cu secreţie internă.

Din expunerea titlurilor acestor conferinţe se poate constata cât de variate sunt problemele pe cari le cercetează autorul şi cât de interesante pentru neurologi, oculişti şi chiar pentru internişti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiecare conferinţă constitue cu adevărat o punere la punct a chestiunii, expunerea fiind documentată cu o bogată bibliografie şi precizată cu numeroase observaţii personale.

După admirabilul tratat de oftalmologie al D-lui Profesor Mihail, lucrarea elevului D-sale D-l Doc. D-r Vancea, dovedeşte frumoasele rezultate ştiinţifice şi didactice ale şcoalei oftalmologice Clujene.

D-r I. R.

* * *

D-r ST. ODOBLEJA: **LA PHONOSCOPIE. NOUVELLE MÉTHODE D'EXPLORATION CLINIQUE** — 1 vol. 205 pag. Edit. Doin, Paris, 1934.

Am urmărit în ultimii ani lucrările D-lui D-r Odobleja asupra fonoscopiei. Chiar în coloanele acestei reviste au fost publicate cele mai multe. Cu fiecare nou articol metoda se preciza mai mult, expunerea erea mai clară şi concisă, demonstraţiunile mai convingătoare. Şi trebue să notez cât de mult a încurajat D-l D-r Cânciulescu, Directorul revistei, lucrările D-lui D-r Odobleja şi pentru că-l impresionase munca perseverentă a acestuia, dar mai ales pentrucă dela înfiinţarea revistei a înţeles să stimuleze activitatea celor tineri, cu condiţia ca în lucrările lor să se găsească o cât de slabă licărire de originalitate.

Volumul D-lui D-r Odobleja încununează eforturile perseve-

rente din ultimii ani şi supune spre judecarea forurilor medicale competente noua sa metodă de explorare clinică.

Lucrarea se imparte în 4 mari capitole. Pentru a face inteligibile fenomenele acustice cari sunt la baza fonoscopiei, autorul precizează în primul capitol „Acustica semeiologică" toate noţiunile despre sunete şi fenomenele acustice. In al II-lea capitol precizează în general fonoscopia ca technică şi interpretare. In al III-lea capitol fonoscopia este comparată ca technică şi rezultate cu percuţia şi derivatele percuţiei, oprindu-se în special la analiza semnului banului.

Ultimul capitol se ocupă de fonoscopia aplicată. Sunt studiate pe rând fonoscopia ficatului, inimei, plămânilor, abdomenului şi a tumorilor.

Fiecare capitol este tratat cu preciziune şi însoţit de demonstraţiuni practice, astfel că din expunerea acestei metode se pare că se pune la îndemâna clinicienilor un nou mijloc de exploraţie clinică şi încă unul de o mare utilitate.

Şi autorul în prefaţa sa crede că este temerar să se vorbească de o nouă metodă clinică de exploraţie azi, când toată atenţia ne este acaparată de technică şi laborator şi după ce au trecut 170 ani dela Auenbrugger şi 100 ani dela Laënec. Dar îşi exprimă în acelaş timp credinţa că fonoscopia — ultima venită în rândul metodelor clinice de investigaţie — nu va fi ultima ca valoare practică.

Verificarea acestei noui metode de investigaţie clinică va arăta care este valoarea fonoscopiei şi avem speranţa că va confirma credinţa autorului în această nouă metodă ce propune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r I. Rosenstein.

* * *

Doc. D-r S. BRATIANU şi Drd. A. FOTIN: **CONCEPŢIUNI NOI DESPRE RELAŢIUNILE FUNCŢIONALE ALE OVARULUI CU GLANDELE ENDOCRINE.** — Monogr. Nr. 4 a Instit. de Istologie. Bucureşti, 1934.

Corelaţia interglandulară este azi un fapt precis stabilit. Noile cercetări nu fac decât să accentueze asupra acestei sinergii glandulare căreia organismul îi datorează echilibrul metabolismului său.

In seria acestor lucrări se găsesc destul de numeroase cercetări ale autorilor români. In primul rând stă şcoala Profesorului Parhon cu variate lucrări asupra relaţiilor funcţionale interglandulare. Corelaţiuni anatomice nervoase între tuber cinereum şi hipofiza nervoasă au fost descrise de Niculescu şi Răileanu, iar corelaţiuni de antagonism intersexual au fost descrise de Brătianu şi Banu.

Lucrarea D-lui Doc. Brătianu şi D-r Fotin, constitue astfel o interesantă punere la punct într'un domeniu în care cel dintâiu cu colaboratorii D-sale a lucrat şi a publicat.

In această monografie autorii examinează pe rând fiziologia ovarului, ovarul exo şi endocrin, influenţa glandelor endocrine asupra fisiologiei ovariene şi influenţa hormonilor ovarieni asupra glandelor endocrine.

Fiecare capitol cuprinde datele cele mai recente expuse într'o formă precisă şi didactică; monografia este însoţită de o bibliografie foarte bogată a chestiunei.

D-r I. Rosenstein.

Doc. Dr. A. HAGI-PARASCHIV: **PLACA MOTRICE A FIBREI MUŞCHIULARE STRIATE (STUDIU HISTOLOGIC).** — Monografia No. 6 a Inst. de Istologie din Bucureşti broş. 32 pag. 4 planşe. Bucureşti 1934.

Continuând seria monografiilor Institutului de Istologie şi Istogeneză de sub direcţia D-lui Prof. St. Besnea, autorul studiază chestiunea mult desbătută a joncţiunei myoneurale, privită mai mult din punct de vedere structural.

După expunerea autorului, placa motorie este o prelungire a fibrei nervoase dispusă la suprafaţa fibrei musculare pentru a mări astfel suprafaţa de contact; aceasta în contradicţie cu concepţia vechilor autori cari considerau placa motrice ca o formaţiune independentă în care se terminau fibrele nervoase.

In susţinerea concepţiei ce expune autorul, aduce un bogat material bibliografic şi mai ales o serie de planşe interesante şi demonstrative.

Astfel că monografia D-lui Doc. D-r Hagi-Paraschiv constitue o punere la punct a chestiunei, interesantă pentru studenţi şi specialişti, lămurind complect formaţiunile regiunei de unire a neuronului cu fibra musculară striată.

D-r I. R.

* * *

25 ANI DE ACTIVITATE A SPITALULUI DE COPII „PRINCIPELE MIRCEA" din Arad — Monografie întocmită de D-r CORNELIU RADU directorul spitalului. (Inst. de arte grafice «Concordia» Arad, 1935).

Cuvânt înainte. — Scrisul nostru în act de pioasă recunoştinţă faţă de memoria generoşilor ctitori ai acestui trainic aşezământ. Din jertfa lor să isbucnească deapururea energiile creatoare, care să le desăvârşească în viitor gândul şi fapta.

Istoric. — Cap. I. Calea dela idee până la realizare. Cap. II. Fundaţiunea „Baron Andrényi de Ghioroc". Cap. III. Fundaţiunea „Adolf Neuman senior şi junior". Cap. IV. In pribegie dela un stăpân la altul. Ideea înfiinţării unui spital de copii a fost îmbrăţişată de către societatea „Crucea Albă", pentru ocrotirea mamei şi copilului şi, înţeleasă şi patronată de două figuri proeminente ale vieţii economice din oraşul Arad: Carol Andrényi şi Adolf Neuman. In 1905, Adolf Neuman pune la dispoziţia „Crucei Albe" suma de 60.000 coroane ungare", Primăria oraşului cedează gratuit un teren cu o suprafaţă de 2000 stj. şi, în 1908 familia baron Carol Andrényi de Ghioroc, în urma pierderii celui mai în vârstă fiu al ei, oferă tot „Crucei Albe" 200.000 coroane ungare. Cu aceste sume în 1909 se începe construcţia şi la 3 Ianuarie 1910. spitalul îşi deschide porţile cu următoarea formaţie: a) Un edificiu cu etaj pentru afecţiuni interne şi chirurgicale; b) Un edificiu pentru contagioşi; c) Un mic edificiu pentru infirmiere; d) O clădire pentru etuva de desinfecţie; e) Morga. Pavilionul de contagioşi necorespunzând scopului urmărit, industriaşii Adolf Neuman senior şi junior, donează în 1912 încă suma de 250.000 coroane ungare. Noua construcţie începută în 1914, se termină în 1916. Este o copie a pavilionului din Viena, condus de celebrul pediatru von Pirquet. In 1919 fundaţiunile Andrényi şi Neuman se contopesc şi în 1920, M. S. Regina Maria acordă înalta Sa aprobare ca pe viitor acest aşezământ să

poarte numele de „Principele Mircea". Rând pe rând acest aşezământ a trecut dela administraţia primăriei la stat. Actualmente se află sub obláduirea şi jurisdicţia directă a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Organizarea Technică. — Cap. I. Repartizarea serviciilor. Două secţii: a) medico-contagioasă, şi b) chirurgie. Ambele cu 60 paturi. Prin contopirea celor două fundaţiuni efectivul se ridică la 120 paturi şi mai târziu din motive de economie bugetară se reduce la 80 paturi. Cap. II. Activitatea spitalului: Asistenţa medicală a bolnavilor spitalizaţi, în 25 ani au fost internaţi 23.060 bolnavi repartizaţi astfel: Serviciul medical: 1) boli interne 6525, 2) boli contagioase 6480, 3) boli sociale 4159; serviciul chirurgical 5896. La ambele servicii au fost 2573 de însoţitori. La secţia de chirurgie s'a practicat dela 1 Ianuarie 1920 până la 1 Decembrie 1934 un total de 6637 operaţiuni, din care 2133 operaţiuni mari şi 4504 operaţiuni mici. Cap. III. Mortalitatea: Din 23.060 bolnavi internaţi au murit 1778, deci un procent de 7,71. Cap. IV. Asistenţa bolnavilor la consultaţiunile gratuite. 36580 copii au beneficiat de instrucţiuni referitoare la îngrijirea şi tratamentul lor. Cap. V. Activitatea plajei de raze ultraviolete. Cap. VI. Activitatea ştiinţifică. Personalul medical ia parte activă la şedinţele ştiinţifice ale societăţii medicilor din Arad, cât şi la şedinţele Asociaţiei spitalelor din localitate, al cărei iniţiator a fost autorul; se redă titlul conferinţelor sau al comunicărilor ţinute la aceste şedinţe. Cap. VII. Personalul medical. Secţia chirurgicală: D-r Pavel Visky 1910—1915, medic primar şi director al spitalului. D-r Ştefan Pozsgay 1915—1919, medic primar şi director. D-r E. Cătineanu 1920—1934, medic primar. Secţia medicală D-r Eugen Lukâts 1910—1919, medic primar. D-r Pompiliu Robescu 1919—1922, medic primar şi director. D-r Virgiliu Protopopescu 1922—1925, medic primar şi director. D-r E. Goldberger, medic primar prin delegaţie, 1925—1926. D-r Corneliu Radu, medic primar, 1926. Cap. VIII. Personalul auxiliar. Cap. IX: 1) administraţia, 2) bugetul, şi 3) personalul administrativ. S'au cheltuit pentru întreţinerea spitalului pe anii 1910—1 Dec. 1934, în total 1.985.399 coroane ungare şi 30.985.880 lei. Din aceste sume 385.380 coroane şi 8.879.133 lei reprezintă cheltueli de personal, restul sunt cheltueli de materiale. Progrese realizate: Reorganizarea serviciilor de consultaţie, complectarea laobratorului, lucrări de reparaţiuni; cu acordarea unui buget autonom, spitalului, s'au realizat economii importante, care au folosit la înzestrarea serviciilor: 6 boxe tip Pasteur la pavilionul de contagioşi, aparate de electroterapie, aparat de puermotorax, aparat de radio, o serie de boxe tip Hutinel, camere pentru sugari, una cu boxe deschise. Din danii s'au obţinut aparate de ultra-violete şi cărţi pentru bibliotecă. In fine s'a amenajat interiorul, s'au construit două terase pentru cura de aer şi soare şi un aparat Roentgen.

Proecte pentru viitor: Construirea unui local pentru sugari, construirea unui adăpost propriu pentru bolnavi cu afecţiuni medicale din a 2-a şi a 3-a copilărie, a servi ca bază de îndrumare şi triaj în lupta contra tuberculozei, acţionând şi în afară de graniţele spitalului prin crearea unor preventurii la mare şi în climat subalpin, crearea unei secţii de ortopedie cu aparate de mecanoterapie şi oterier de proteze. In fine o chestiune urbanistică privitoare la canalul Mureşului-mort.

D-r Silviu Paulon.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doc. D-r E. HURMUZACHE: **ECZEMA ŞI STARILE ALERGICE LA COPIII SUGARI.**—Broşură 20 pag Iaşi 1934. Extras din «Chestiuni medicale de actualitate».

Autorul expune într'o conferinţă ţinută la „Asociaţia Asistenţilor Universitari ai Facultăţii de Medicină din Iaşi", datele recente cu privire la eczema şi stările alergice la sugari. După ce examinează pe rând teoria auto-intoxicaţiei prin insuficienţă hepato-renală, teoria hiperglicemiei, teoria hiperacidozei, se opreşte la cea mai recentă, acea a unei stări de alergie faţă de anumite albumine alimentare. In sprijinul acestei teorii aduce datele diferitor autori, precum şi rezultatele cercetărilor personale.

Din 1700 de copii, eczema a fost întâlnită de 46 ori. Holoalergia (alergia totală) a fost întâlnită mai frequent sub vârsta de 6 luni (în 80% din cazuri), în timp ce dermo-alergia se întâlneşte fără predilecţie de vârstă.

50% din cazuri au reacţionat alergic la albumina laptelui de femee; 26,4% la albumina albuşului de ou; 15,7% la albumina din peşte, şi 5,27% la albumina din fasole, carne şi lapte de vacă.

In ceeace priveşte vârsta, eczemele alergice sunt mai frequente la copiii sub 6 luni (78,9%).

După ce descrie câteva metode personale pentru prepararea antigenelor, autorul se ocupă de originea acestor alergii albuminoase pe cari le socoteşte, împreună cu alţi autori, ca fiind legată de celula germinativă şi transmisă progeniturei după legile mendeliene. Ar fi deci un fel de paralergie cum a numit-o Woringer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conferinţa se închee cu expunerea tratamentului prin utilizarea vaccinurilor microbiene şi în special a vaccinului B. C. G. Acest vaccin a dat rezultate îmbucurătoare: în 43% din cazuri dispariţia definitivă a eczemei, în alte 43 de cazuri eczema dispare după 2 luni dela vaccinare, iar în 14% din cazuri eczema se ameliorează. Vaccinul B. C. G. a fost întrebuinţat în aceste cercetări în injecţiuni subcutane.

D-r I. Rosenstein.

* * *

D-r BANU E.: **GLANDA DIASTEMATICA INTERSTIŢIALA A TESTICULULUI STUDIU HISTO-FIZIOLOGIC** — Teză Fac. de Med. Bucureşti 1934. Lucrare făcută în Institutul de Histologie de sub direcţia d-lui Prof. D-r St. Besnea.

O originală şi muncită lucrare de teză, cum sunt puţine, în care autorul, bine îndrumat, dupe îndelungate cercetări de ordin histo-fisiologic ajunge la aceste

Concluziuni: Prin criptorchidia experimentală, obţinută în urma exciziunei şi ligaturei sacului vagino-peritoneal la cobai adulţi şi impuberi, se obţine, între 30—60 zile, o distrugere **totală** sau **parţială,** definitivă, a celulelor germinale tinere şi adulte, cu atrofia testiculului criptorchidat, o hipertrofie a celulelor lui Sertoli şi o hypertrofia a celulelor interstiţiale, ale lui Leydig. Criptorchidia prelungită (14 luni), la cobai impuberi, provoacă o atrofie a testiculului, până la aproape 3/4 din greutatea sa iniţială şi o destrucţie totală a elementelor liniei seminale. Celulele interstiţiale constituesc aproape totalitatea parenchimului testiculului, ele fiind foarte desvoltate. Tubii seminiferi cu celulele lui Sertoli sunt atrofiaţi. Celulele interstiţiale provin din hypertrofia şi hyperplazia celulelor interstiţiale preexistente şi din hypertrofia celu-

lelor parietale din jurul canalelor seminifere. Semicriptorchidia şi semicastrarea, provoacă o hypertrofie compensatorie a testiculului criptorchidat, neextirpat. Această hypertrofie a testiculului e datorită unei desvoltări compensatoare, a celulelor interstiţiale. Desvoltarea glandei interstiţiale la cobai criptorchidiaţi puberi sau impuberi, se face pe tip endocrinic, în jurul capilarelor din ţesutul conjunctiv al testiculului. La cobai criptorchidaţi, adulţi sau impuberi, cu distrugerea elementelor seminale, se constată, prin secţiunile în serie ale testiculului, că această distrucţie este totală; organele genitale anexe (penis, veziculele seminale) precum şi instinctul sexual, nu sufăr nici o modificare în raport cu cobai martori, de aceiaşi greutate, vârstă şi de aceiaşi generaţie. Hormonul folicular prezintă la cobai impuberi, o acţiune manifestă, de oprire a glandei interstiţiale pe cale de desvoltare, după criptorchidie. Această acţiune de oprire determină oprirea în desvoltare a caracterelor sexuale secundare, şi anume desvoltarea veziculelor seminale, a penisului şi hypertrofia glandei mamare. Hormonul folicular prezintă o acţiune destructivă asupra glandei interstiţiale a cobailor adulţi, desvoltată după ce aceştia au fost criptorchidaţi experimental. La cobai criptorchidaţi adulţi, distrugerea pe cale hormonală a glandei interstiţiale, provoacă numai o uşoară atrofie a muşchiului veziculelor seminale cu o desvoltare manifestă însă, a mamelonului şi a zonei pigmentare perimamelonare, cu hypertrofia totală a glandei mamare. Glanda interstiţială, pare să fie un recetor electiv al hormonului folicular, care posedă o acţiune destructivă specifică, faţă de celulele interstiţiale.

D-r I. R.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r E. FRANCES: **L'ELIMINATION DE LA BILIRUBINE AU COURS DES DIFFÉRENTS ICTERES** — Teza la Fac. de Medic. din Paris, 1934.

Autorul, român originar din Craiova, face pe rând dosajul bilirubinei în urină, dosajul pigmenţilor biliari în sânge; studiază apoi pe 11 bolnavi variaţiile bilirubinemiei după orele zilei, evoluţia bilirubinemiei după fazele maladiei, precum şi raportul între bilirubinemie şi bilirubinurie şi ajunge la următoarele concluziuni:

Eliminarea bilirubinei în urină se face în tot decursul celor 24 ore, desemnând o curbă cu ridicare maximă la 5—6 ore seara; făcându-se media cantităţii de bilirubină la litru de urină pentru fiecare micţiune se găseşte o cifră vecină cu acea întâlnită la dosajul micţiunei dela ora 7 dimineaţa.

Dosajul trebue să fie făcut imediat după micţiune căci după câteva ore bilirubina este distrusă.

Cantitatea bilirubinemiei este legată de cantitatea bilirubinuriei. Bilirubinuria apare când bilirubinemia atinge 70 miligrame la litru de plasmă. Totuşi la începutul icterului bilirubinuria poate lipsi, cu toate că bilirubinemia este relativ ridicată.

Astfel că bilirubina se comportă ca o substanţă cu prag. O singură împrejurare poate interveni să rupă paralelismul între bilirubinemie şi bilirubinurie, este închiderea chiar trecătoare a filtrului renal, demonstrată prin ridicarea azotemiei.

D-r I. Rosenstein.

* * *

D-r LĂZĂRESCU C. LAUGIER VICTOR: **CERCETARI ASUPRA DIAGNOSTICULUI BUBOANELOR ŞANCROASE PRIN MIJLOACE DE LABORATOR** — Teză la Fac. de Medicină din Bucuresti, 1934.

Concluziuni: Dintre mijloacele de laborator (cultură, frotiu şi inoculare) preconizate toate pentru punerea în evidenţă a streptobacilului Ducrey în puroiul buboanelor şancroase, **cultura este procedeul cel mai sensibil.** Graţie acestui din urmă procedeu am putut obţine rezultate pozitive în 57% din cazurile examinate, pe când cu metoda autoinoculărilor rezultatele nu au fost pozitive decât în 27% din cazuri. Mediul cel mai avantagios pentru cultura primă a streptobacilului este mediul Nicolau Banciu. In 27% din cazurile examinate am putut constata concordanţă între pozitivitatea culturilor şi inoculabilitatea puroiului. **(Buboane cu conţinut streptobacilar virulent).** In 36% din cazuri, deşi streptobacilul a fost pus în evidenţă prin cultură, puroiul nu era inoculabil, chiar după o prealabilă îmbogăţire. **(Buboane cu conţinut streptobacilar viabil, dar avirulent).** In fine, în 37% din cazuri, streptobacilul n'a putut fi pus în evidenţă nici prin cultură, nici prin cercetarea directă pe lamă, nici prin autoinoculare. **(Buboane sterile).** In cursul cercetărilor noastre, am putut confirma constatările lui Frei şi Armuzzi, anume că puroiul buboanelor şancroase prezintă, independent de cultivabilitate şi inoculabilitate, proprietăţi antigenice specifice, cari se traduc prin intradermo-reacţiuni pozitive, la bolnavii şancroşi sau foşti şancroşi. Intradermo-reacţiunile practicate cu puroiul buboanelor şancroase, asupra cărora nu s'a stăruit îndeajuns, ne pare a fi o metodă extrem de preţioasă în diagnosticul buboanelor a căror natură nu poate fi precizată nici clinic, nici prin cercetări de laborator. Proprietatea antigenică a puroiului se datoreşte, fie prezenţei streptobacilului în puroi, fie numai a produselor sale de secreţie (reagina), căci puroiul buboanelor sterile se comportă ca un antigen tot atât de bun, ca acel al buboanelor streptobacilare. Cercetările noastre asupra antigenului filtrat, ne fac să admitem că reaginele sunt fixate în mod rapid de către elementele figurate ale puroiului, filtratul de puroi neavând proprietăţi antigenice. Această fixare trebue să fie din cele mai stabile, căci după cum am constatat, filtratul puroiului chiar dezagregat în prealabil este inactiv.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Valoroasa lucrare de teză, în care cercetările de laborator sunt conduse cu toată precisiunea indispensabilă, aduce o contribuţie utilă de ordin practic, la diagnosticul buboanelor şancroase prin practicarea intradermoreacţiilor obţinute prin injectarea puroiului.

D-r I. R.

* * *

D-r ZAIRA NANU: **CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CONDUITEI DE URMAT IN PRESENTAŢIUNILE FRONTALE** — Teză Fac. de Med. din Paris 1934.

Autoarea, o româncă, originară din Craiova, a trecut în faţa Fac. de Medicină din Paris, această teză de doctorat în medicină, căreia îi redăm conclusiile finale.

Concluziuni: Prezentaţia frontală, numită definitivă, este o prezentaţie bine individualizată şi autonomă care nu poate fi asimilată cu nici o altă prezentaţie cefalică.

Se disting două varietăţi de prezentaţii frontale: prezentaţii cu ter-

minare favorabilă şi spontană fără nici o intervenţie prealabilă şi cari sunt relativ frequente; prezentaţii distocice unde bazinul este transversal turtit şi unde numai maleabilitatea excesivă a capului foetal permite angajarea şi naşterea ulterioară.

Prognosticul este bun în primul grup, dinpotrivă destul de rău în al doilea.

Regulile de tratament de urmat sunt următoarele: In caz de prezentaţie neanclavată, aşteptarea în limitele compatibile cu siguranţa mamei şi a copilului va fi marea linie de conduită. Când capul este suficient mobilisabil se poate recurge la versiune. Forcepsul nu este indicat în prezentaţiile enclavate.

Cesariana se va întrebuinţa cu succes când bazinul este strâmtat şi când nu s'a făcut dilataţia.

In caz de moarte foetală se impune o basiotripsie sau cranioclasie.

Simfisiotomia este indicată în viciaţiile pelvine puţin accentuate şi când dilataţia este aproape complectă. Ea îşi găseşte indicaţia specială în infecţiunile uşoare ale naşterii, căci operaţiile abdominale sunt mai expuse. Şansele de infecţiune sunt reduse şi mortalitatea maternă şi foetală este mult scăzută.

Simfisiotomia nu însemnează numai o mărire momentană a pelvisului, ci o vindecare definitivă a insuficienţei pelviene pentru naşteri ulterioare.

D-r I. R.

* * *

Prof. IACOBOVICI şi E. JIANU: **CROCHEŢS VERTEBRAUX SIGNE D'AFFECTION PARAVERTEBRALE.** — Cu 5 radiografii. Extras din Revue d'ortopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Nr. 2. Mars-Avril 1934.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezenţa croşetelor vertebrale nu trebue să fie considerată ca consecinţă exclusivă a reumatismului vertebral, căci aceste croşete pot fi datorite la factori multipli.

Autorii n'au găsit în literatură descripţia formaţiunilor osteofitice vertebrale în afecţiuni extra-vertebrale.

Au observat croşete vertebrale în: Kist hidatic al ficatului, în ulcer juxta piloric, în calcul ureteral, în tuberculoză renală, în ptoză renală cu hidronefroză şi cudura ureterală. Croşetele sunt de partea corespunzătoare afecţiunei.

D-r Baculescu.

* * *

D-r ŞTEFAN I. JIANU: **CHOLECISTOGRAFIA ŞI EXAMENUL RADIOLOGIC IN FISTULELE BILIARE POST-OPERATORII.** — Extras dupe al V-lea congres naţional de chirurgie Noembre 1934. Bucureşti.

Autorul întrebuinţează de 5 ani calea intravenoasă pe care a aplicat-o pe 200 cazuri, după ce a întrebuinţat înainte calea bucală.

Intrebuinţează Tetragnost Merk între 3 şi 4 gr. în 50—60—80 gr. apă distilată.

In 29% calculii biliari au fost evidenţiaţi prin colecistografie. Neapariţia imaginei a fost datorită în 80% calculilor, în 11,3% a fost datorită numai leziunilor păreţilor, în 8,7% a fost datorită kistului hidatic al ficatului, cancerului pancreasului, metastazelor hepatice. Pentru fistule biliare întrebuinţează oleu iodat, în cantitate de circa 20 ctm. c.

Cholangiografia este o metodă excelentă de diagnostic al fistulelor biliare, stabilind precis cauza şi arătând momentul optim al suprimărei drenajului. In unele cazuri metoda favorizează eliminarea de calculi. Mai multe radiografii ilustrează expunerea.

D-r Baculescu

* * *

Med. General Doc. D-r GH. PÂRVULESCU: **LES AMPUTATIONS DANS LES GRANDS TRAUMATISMES DES MEMBRES ET LEURS COMPLICATIONS MMEDIATES.** – Extras din Revue Medico-Chirurgicale Iassy, Nr. 1—2 1934.

Autorul studiază în detaliu diferitele teorii emise de diferiţi autori în urma experienţelor căpătate în răsboiul mondial, precum şi din experienţa sa personală din răsboi şi din timp de pace. Se referă la indicaţiunile amputaţiunei, la momentul intervenţiunei, nivelul amputaţiunei la technica generală şi indicaţiuni technice speciale.

Conchide: 1) „Trebue să ne forţăm a face cât mai puţine amputaţiuni, pentru a menţine integritatea membrelor şi mai ales a membrelor superioare.

2) Trebue să amputăm, pentru a salva înainte de toate, viaţa rănitului".

D-r Baculescu.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **ETUDE DE LA DISPERSION DANS LE SYSTEME NERVEUX DU LAPIN DU VIRUS RABIQUE DES RUES INOCULE DANS UN NERF PERIPHERIQUE.** — Extras Soc. de biol. Ianv. Paris, 1934.

Experienţele autorilor pun în evidenţă faptul că diseminarea virusului rabic de stradă introdus într'un trunchiu nervos periferic se face simultan, de manieră explosivă, în sistemul nervos central şi periferic. Această dispersiune a germenului (septinevrita) este precoce, fiindcă are loc înaintea apariţiei oricărui simptom morbid (7—8 zile).

M. C.

* * *

S. NICOLAU et M-me KOPCIOWSKA: **ASUPRA TRANSFORMARII VIRUSULUI RABIC FIX IN VIRUS DE STRADA.** — Extras (Comptes rendus d. s. de l'Acad de Sciences 5 Févr.' Paris, 1934).

Experienţele lui Nicolle, Burnet, Levaditi, au dat rezultate negative în ceeace priveşte transformarea virusului rabic fix în virus de stradă.

Autorii reiau experienţele şi ajung la următoarele concluziuni: Un virus rabic fix, trecut în serie din nerv în nerv timp de mai mulţi ani a recuperat proprietatea, reputată ca fiind caracteristică pentru virusul rabic de stradă, de a provoca formaţiunea corpusculilor lui Negri în cornul lui Amon. Acest rezultat, care va fi urmărit, ar da de gândit că mutaţia virusului de stradă în virus fix ar putea să fie reversibilă.

M. C.

B. — CONGRESE

Primul Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie Medicală şi Jubileul de 10 ani

al Societ. de Radiologie şi Electrologie Medicală din România

In zilele de 26, 27 şi 28 Oct. 1934, a avut loc în Bucureşti primul Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie medicală, precum şi serbarea jubileului de 10 ani al Societăţii de Radiologie şi Electrologie medicală din România.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul ţinut sub patronajul D-lui Ministru al Instrucţiunei Publice D-r C. Angelescu, a avut un Comitet de organizare, datorită căruia, şi în sepcial membrilor săi: Prof. D-r G. Severeanu şi D-r G. N. Giurea se datoreşte frumoasa reuşită a acestui Congres.

Congresul a avut loc în palatul Facultăţei de Medicină, participând 179 de membrii activi, medici radiologi din întreaga ţară, precum şi 45 de membrii asociaţi (soţii de medici).

In Aula Facultăţei, o expoziţie bogat amenajată a reţinut timp îndelungat atenţiunea şi interesul membrilor participanţi la Congres, prin varietatea aparatelor electro-radiologice expuse de casele: General Electric X Ray Coorporation (Chicago); Philips (Olanda); şi Siemens, Reiniger Werke (Berlin) — Industria medico-technica, — precum şi prin filmele radiografice expuse la negatoscop de către reprezentanţii firmelor: Agfa, Ferrania, Ilford, Kodak.

Foarte interesantă şi mult cercetată a fost expoziţia de cărţi, reviste şi planşe medicale de specialitate, expuse de Librăria Jean Leon.

Programul Congresului, pregătit până la cele mai trecute detalii de către comitetul de organizaţie, a fost epuizat într'o înaltă şi frumoasă atmosferă ştiinţifică, şi într'o curtenitoare şi prietenească atmosferă de colegialitate, la cari au contribuit şi amabilitatea de toţi apreciată a amphytrioanelor Congresului, Doamnele Prof. D-r Severeanu, D-r Medea Niculescu, Margareta D-r Georgescu şi Lia D-r Jovin.

Ziua I. — Dimineaţă primei zile a Congresului a fost în primul rând ocupată cu primirea congresiştilor, distribuirea insignei a medaliei jubiliare, precum şi a lucrărilor imprimate (programe, comunicări, invitaţii, etc.).

A urmat apoi şedinţa solemnă de deschidere a Congresului sub preşidenţia de onoare a D-lui Ministru Prof. D-r C. Angelescu, Preşedinte activ fiind D-l Prof. D-r G. Severeanu, iar Secretar General D-l Medic Col. D-r Giurea.

Cuvântările festive au fost rostite de D-nii Prof. D-r Severeanu, Prof. Valaori, Secretar General din partea Ministerului Instrucţiunei, Prof. Gane, Secretar General din partea Ministerului Sănătăţei, Prof. Chiriac reprezentantul Municipiului Bucureşti, Prof. D-r G. Marinescu, Prof. Bourguignon reprezentantul societăţii franceze de Radiologie şi Electrologie, Prof. D-r Negru, reprezentantul Facultăţii de Medicină din Cluj, D-r Amilcar Georgescu, Preşedintele Societăţii de Radiologie şi Electrologie din România, D-r Drutmann din partea medicilor radiologi din Basarabia, D-r Radojevic din partea Societăţii de Radiologie din Zagreb şi D-l Colonel D-r Giurea, Secretarul General al Congresului.

A urmat după aceea fotografierea în grup a Congresiştilor, şi masa comună de cunoaştere.

In după amiaza primei zile a avut loc primele 2 şedinţe ştiinţifice:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ŞEDINŢA I.

Preşedinte: Prof. D-r *Negru;* Vice-Preşedinte: D-r *E. Andronescu;* Secretar: D-r *Munteanu I.*

Raportul I: COLECISTOGRAFIA

Raportor: Conf. D-r LAZEANU E.: Technica şi interpretarea rezultatelor obţinute prin colecistografie.

Coraportor: Agr. D-r CHRISTIDE E.: Colecistografia în chirurgia veziculei biliare.

Coraportor: Conf. D-r PAVEL I.: Valoarea colecistografiei văzută din punct de vedere medical.

ŞEDINŢA II.

Preşedinte: D-r *N. Giurea;* Vice-Preşedinte: D-r *Hângănuţ M.;* Secretar: D-r *Iliescu C.*

COMUNICĂRI:

D-r STEVO RADOJEVIC: Nos expériences avec la colecystographie par la voie intraveineuse. — Ing. von BALCU: Ultimele progrese în technica Röntgenologică. — Ing. HARANGEA: Un aparat transportabil pentru curenţi galvano-faradici cu metronom. — D-r DOBRESCU M.: Bisturiul electric şi polielectrotermul „Dobion".

Seara a avut loc o recepţie oferită în onoarea Congresiştilor de către D-na şi D-l Prof D-r Severeanu în Saloanele Palatului „Maison des Français".

A 2-a zi, după vizitarea de către Congresiști a câtorva servicii de Electro-Radiologie au avut loc.

ŞEDINŢA III.

Preşedinte: Prof. D-r *Severeanu;* Vice-Preşedinte: Doc. D-r *Pop Leonida;* Secretar: D-r *Găldău D.*

Raportul II: RONTGENDIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI INTRATORACICE LA COPII.

Raportor: D-r O. MELLER.
Coraportor: D-r O. BURILEANU.

ŞEDINŢA IV.

Preşedinte: Prof. D-r *P. Niculescu;* Vice-Preşedinte: D-r *Zinca Niculescu;* Secretar: D-r *Traian B.*

Raportul III: RADIOTERAPIA IN CANCERUL SANULUI

Raportor: Prof. D-r D. NEGRU: Röntgenterapia în cancerul mamelei.
Raportor: Prof. D r G. SEVEREANU: Radiumterapia cancerului mamelei.

ŞEDINŢA V.

Preşedinte: Prof. D-r *Mihăilescu C.;* Vice-Preşedinte: D-r *Dumitrescu Jean;* Secretar: D-ra D-r *Moga C.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportul IV: ACTINOTERAPIA IN ERIZIPEL

Raportori: D-r IONESCU V. şi D-r POPESCU C.

Discuţia Raportului. COMUNICARI TECHNICE

D-r VAN der PLAATS: L'importance du contraste et de la netteté en radiographie. — Ing. SOLOMON: Deosebirea între diatermie şi undele ultra scurte. — H. FELDMAN: Stadiul technic actual al aparatelor Röntgenogene.

In aceeaşi seară a avut loc masa comemorativă jubiliară în saloanele Hotelului Athenée Palace, într'o atmosferă de cordială colegialitate, şi la care au cuvântat D-nii Prof. D-r P. Niculescu, Prof. Bourguignon, Prof. Severeanu, D-r Ghiulamila, D-r Giurea, D-r C. N. Iliescu, D-r Bertolan, D-r Drutmann.

A 3-a zi a avut loc

ŞEDINŢA VI

repartizată în 3 secţiuni ce au avut loc în cele 3 amfiteatre ale Facultăţei de Medicină.

Secţia I. — Preşedinte: D-r *Amilcar Georgescu;* Vice-Preşedinte: D-r *Eschenasi L.;* Secretar: D-r *Stere A.*

Secţia II. — Preşedinte: D-r *Ghiulamila;* Vice-Preşedinte: D-r *Pop Ion;* Secretar: D-r *Gherman V.*

Secţia III. — Preşedinte: D-r *Jovin I.;* Vice-Preşedinte: D-r *Suciu E.;* Secretar: D-r *Drutmann.*

In aceste şedinţe s'au făcut următoarele COMUNICARI, ce prezentăm după ordinea alfabetică:

D-r DAŞCHEVICI: Actinoterapia asociată biocatalizatorilor manganofero-coloidali în ulcerele torpide. — D-ri GAVRILESCU şi CODREANU: Arachnoidita adesivă. — D-r OBLU I.: Artritele gonococice (studiu radiologic — concluziuni). — D-ri LAMBESCU şi HERŞCOVICI: Asupra unui caz de cancer al sânului (la femee) drept, inoperabil, tratat prin diatermocoagulare şi radioterapie profundă. Vindecare. — D-r MUDREAC: Asupra unui caz de perigastroduodenită pură.

D-r DOBRESCU şi Ing. IONESCU: Bisturiul electric românesc unipolar „Dobion". — D-ri MUDREAC şi TOMOVICI: Boala lui Osgood-Schlatter.

D-ri HĂNGĂNUŢ şi RĂDULEŢ: Câteva consideraţiuni asupra cholecistografiei în baza a 942 cazuri. — D-r ISAC: Câteva date radiologice asupra tuberculozei pulmonare. — D-ri A. GEORGESCU, OREVICEANU şi POPPER: Cercetări asupra aspectului radiologic al hilului normal şi patologic la copii în primul an. — D-r MENKES B.: Cercetări experimentale asupra condiţiilor de vizibilitate radiologică a leziunilor osoase. — D-r BIERER: Chestiunea diagnosticului radiologic al apendicitei. — D-ri A. GEORGESCU şi ENĂCHESCU: Chimismul şi evacuarea stomacului. — D-r JIANU ST.: Colecistografia privită prin prisma a 200 cazuri controlate operator. — D-r STOICHIŢĂ N.: Consideraţiuni asupra cavernelor tuberculoase. — D-r LAZAR L.: Consideraţiuni asupra câtorva cazuri de chist hidadic al pulmonului. — D-r ILIESCU C.: Consideraţiuni radiologice asupra maladiei Calvé-Leeg-Pertes. — Prof. HAŢIEGANU şi D-r HĂNGĂNUŢ: Consideraţiuni asupra cholecistografiei în diabet. — D-r DIMITRIU G.: Consideraţiuni asupra corectitudinei profesionale în examinările radiologice. — D-r DASCHEVICI: Contribuţiuni asupra problemei Röntgenosterilizărei. — D-r NICOLESCU V.: Contribuţiuni la tratamentul tromboflebitelor prin Röentgenoterapie. — D-r MENKES B.: Contribuţiuni la studiul radiologic al resorbţiei substanţelor colloidale din cavităţi seroase. Evidenţierea limfaticelor deferente — D-r HASNAŞ N. : Contribuţiuni la tratamentul cancerului sânului prin raze X. — D-ri MUDREAC şi TOMOVICI N.: Contribuţiuni radiologice la desvoltarea oaselor. — D-ri EFTIMESCU şi MENKES: Contribuţie la studiul reliefului mucoasei gastrice. — Conf. RADOVICI: Cum ar trebui organizat un serviciu de Electro-Radiologic? — D-r STERE A.: Cum trebue privit tratamentul medicamentos prin ionizaţie.

Ing. KROGER L.: Demonstrarea unui selector nou pentru radiografii în serie fabricat în ţară. — Ing. SOLOMON L.: Deosebirea între diatermie şi undele scurte-ultrascurte. — D-ri HĂNGĂNUŢ M. şi RADULEŢ V.: Despre anomaliile vesiculei biliare. — D-r HELLER J.: Despre Röentgenologia sânului. — Doc. D-r JOVIN J.: Despre o varietate radiosensibilă de tumoare epitelială. Lympho-Epitheliomul. — D-r HELLER I.: Despre undele ultrascurte şi diatermie în ginecologie. — D-r BRĂNIŞTEANU D.: Diagnosticul radiologic al gastritei. — D-ri MUDREAC C. şi TOMOVICI N.: Două cazuri de maladia lui Kienböck.

D-r ANDRONESCU E.: Electrocuagularea în tratamentul câtorva dermatoze ale feţei. — D-r MATYAS A.: Electroterapia în serviciul ginecologiei şi balneologie. — D-ri NICULESCU-ZINCA şi NICULESCU ZINCA: Emanoterapia. — D-r ELIESCU M.: Erori de interpretare în câteva localizări mai rare ale sifilisului. — Conf. D-r LAZEANU E.: Expresiunea radiologică a cancerului pulmonar.

D-r KAUFMAN S.: Fenomene tardive ale schijilor neextrase (diagnostic radiologic). — D-r BIERER J.: Flegmonul gazos în tabloul radiologic.

D-r ISAC C.: Hilurile pulmonare în radiologie.

D-r GOTTLIEB F.: Importanţa examenului radiologic în syndromul de urgenţă abdominală. Concluzii.

D-ri GĂLDĂU D. şi POP B.: Leziunile caustice ale stomacului. — D-r van der PLAATS: L'importance du contraste et de la netteté en radiographie.

Prof. D-r NICULESCU P.: Modificările radiologice ale celulelor hepatice în stare normală şi patologică studiate cu ajutorul dozărei glutathionului. — D-ri GATOSCHI şi MORUZI: Myelografia în compresiunile medulare.

D-ri MUDREAC C. şi TOMOVICI N.: Necroza osului scafoid al piciorului.

D-r TRAIAN B.: O formă a ulcerului duodenal penetrant. — D-r GIUREA N.: Organizarea şi funcţionarea posturilor (serviciilor) de radiologie de campanie la trupele de munte.

D-r DOBRESCU M. şi Ing. IONESCU E.: Polielectrothermul românesc „Dobion". — D-r CIOMAC S.: Posturile radiologice mobile în campanie. — D-ri PAŞCANU O. şi FLORU E.: Proba firului Einchorn sub control radiologic ca mijloc de diagnostic în ulcerele gastro duodenale.

D-r POPP L.: Radiodiagnosticul în apendicita cronică. — D-r GRAUR EMIL: Radiologia şi higiena şcolară. — D-r SANIELEVICI T.: Radiografia de contact. O nouă metodă de investigaţie în radiografia osoasă. — D-r KAFMAN H.: Radioterapia myomului uterin şi a hyperplaziei uterine (72 cazuri personale — date statistice). — D-r KAUFMAN H.: Radioterapia profundă în anexitele şi anexitidele cronice (18 cazuri personale). — D-r SZANA A.: Radioterapia în tuberculoză. — D-r JOVIN I.: Regulile statisticei raţionale raţionale în cancer. — Agreg. D-r PAULIAN DEM. şi D-r SFINŢESCU S.: Reperajul ventricular în epilepsie. — Prof. D-r NICULESCU P. şi D-r DABEJA N.: Rezultatele obţinute în studierea reliefului mucoasei colice cu lichide de contrast în suspensiune şi coloidale în diferite afecţiuni. — D-r POP ION: Rezultatele radioterapiei în 71 fibromiome uterine. — D-ri SFINŢESCU S. MIHAILESCU N.: Rezultatele Röentgenterapiei în scleroza în plăci. — D-r SFINŢESCU S.: Rezultatele Röentgenterapiei în tabes. — D-ri CIOMAC S. şi NICULESCU TITI: Rezultatele radiumterapiei asupra diferitelor localizări neoplazice în serviciul de radiologie din spitalul Colţea. — D-r FUCHELMAN I.: Röentgendiagnosticul cancerului esofagian. — D-r MAYER B.: Röentgenterapia în exeme.

D-r GOTTLIEB: Semnul ischio-pubeean în profilaxia luxaţiei şoldului zisă congenitală. — Prof. D-r IACOBOVICI şi D-r JIANU ST.: Sialografia. — Agr. D-r BĂLTĂCEANU şi D-r BANU N.: Sindrom colic drept consecutiv apendicectomiei (Studiu clinic şi radiologic). — D-r SUCIU E.: Standardisarea cholecistografiei. — D-r FELDMAN H.: Stadiul technic actual al aparatelor Röentgenogene medicale. — Prof. D-r HORTOLOMEI, D-ri DUMITRESCU JEAN şi BURGHELE: Studiu comparativ între pielografiile descendente şi ascendente.

D-r MERDINGER O.: Technica şi explorarea undelor scurte şi ultrascurte în medicină. — D-ri IUBAŞ, BERBALAU şi MOLDOVANU: Tratamentul cancerului uterin cu radium şi razele X. Statistică din serviciul Mater-

nităţei din Cernăuţi. — D-ri OLINESCU R. şi FLORU E.: Tuberculoza în Universitate.

Ing. HARNAGEA: Un aparat transportabil pentru curenţi galvano faradici cu metronom. O realizare originală unică între producţiile similare. — D-r LENART E.: Un caz atipic de hernie diafragmatică. — Doc. D-r NICHITA şi D-r PRAGOIU: Un caz de maladie osteogenică (exostoze osteogenice multiple) cu deviaţiuni şi diformaţiuni multiple. — D-r ILIESCU C.: Un caz de maladie osoasă fibrokistică Recklinghausen localizată. — D-r POPP L.: Un caz de sarcom al miocardului urechiuşei drepte a cordului. — D-ri IUBAŞ C. şi TRAJAN B.: Un caz interesant de histerosalpingografie. — Ing. BALKU: Ultimele progrese în technica Röentgenologică. — Doc. D-r BISTRICEANU: Undele scurte şi ultra-scurte în tratamentul afecţiunilor sistemului nervos. — D-r MAYER BEUNO: Undele scurte în tratamentul artritelor gonococice.

D-r EDELSTEIN: Vaccinoterapia cancerului.

D-ri I. şi F. HERSKOVITS: Zece ani de experienţă cu colecistografia (noţiuni practice).

A urmat apoi şedinţa solemnă de închidere a Congresului, în care au cuvântat D-nii Prof. D-r Severeanu, Preşedintele Congresului şi Col. D-r N. Giurea, Secretarul General.

S'au făcut diferite propuneri de către D-nii D-r Eugen Suciu, D-r Eugen Andronescu, Prof. Pătruş Niculescu, D-r Gherman, D-r Iliescu, D-r Herşcovici, D-r Rahoveanu şi D-r Caracotta.

Se hotăreşte apoi ţinerea unui Congres Profesional în anul 1935 la Timişoara, precum şi ţinerea viitorului Congres ştiinţific la Cluj, în anul 1936, luna Mai, alegându-se ca Preşedinte al viitorului Congres ştiinţific D-l Prof. D-r Negru.

D-r Eskenasi L.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

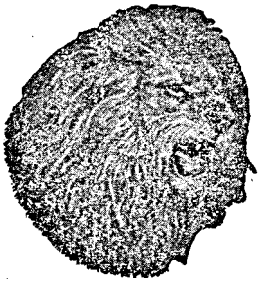
TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

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.

pag.

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: ETUDE DE LA DISPERSION DANS LE SYSTEME NERVEUX DU LAPIN DU VIRUS RABIQUE DES RUES INOCULE DANS UN NERF PERIPHERIQUE. Extras Soc. de biol. Paris, Ianv. 1934 138

S. NICOLAU et M-me KOPCIOWSKA: ASUPRA TRANSFORMARII VIRUSULUI RABIC FIX IN VIRUS DE STRADA. Extras (Comptes rendus d. s. d. l'Acad de Sciences Paris, 5 Févr. 1934) 138

Rec. de D-r M. C.

B. — CONGRESE

PRIMUL CONGRES NATIONAL DE RADIOLOGIE SI ELECTROLOGIE MEDICALA SI JUBILEUL DE 10 ANI AL SOCIET. DE RADIOLOGIE SI ELECTROLOGIE MEDICALA DIN RoMÂNIA 139

de D-r L. Eskenasi.

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 12 pagini de tipar, faptele clinice 5 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1—4 pagini	Lei 270.—	Lei 340.—	Lei 160.—	Lei 190.—
5—8 „	„ 320.—	„ 400.—	„ 210.—	„ 250.—
9—16 „	„ 400.—	„ 510.—	„ 290.—	„ 360.—

Costul clişeelor ca şi al planşelor înafară de text, din revistă şi din extrase, priveşte pe autor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte, cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul pagina şi anul.

Articolele de polemică nu vor depăşi 4 pagini de tipar (paginile în plus se vor taxa dupe tariful stabilit mai sus); ele se vor publica deodată în acelaş număr.

Abonament anual

250 Lei

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Craiova

NOVARSENOBENZOL

BILLON

RĂMÂNE
MEDICAMENTUL
CEL MAI INDICAT AL
TRATAMENTULUI DE ASALT
AL
SIFILISULUI

INJECȚII INTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

Repr. generală pentru România:
„SPECIA", Str. Ion G. Duca No. 19, Buc. III

BCU Cluj / Central University Library Cluj