

MIȘCAREA MEDICALĂREVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX ANALITIC MEDICAL ROMÂNESC**SUMARUL**

I.

	<u>Pag.</u>
<i>Cronica</i> de Doc. D-r. M. Cănciulescu	279
Comptes rendus des articles originaux	283
Grundriss der Originalarbeiten	284
A. — LUCRĂRI ORIGINALE	
Cum trebuie redactat un buletin radiologic de D-r. A. Georgescu	285
Tratamentul diabetului cu insulină în mod prelungit de D-r. I. Gavrilă	291
B. — ACTUALITĂȚI	
Progrese recente în radiologie de D-r. H. Fischgold	311
C. — CAZURI CLINICE	
Un caz de febră tifoidă cu exantem inițial varioliform de D-r. I. Rosman	316
Un caz de ileus după o ruptură intestinală parțială și indirectă, provocată printr'un mecanism special în legătură cu o hernie inguinală stângă de D-r. Valeriu Negriță	319

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

IN ȚARĂ

A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

Acta Medica Latina Fasc. 3, 4, 5, 6 Mai, Iulie, Septembrie, Noembrie 1928	323
Buletinul Asociației Generale a Medicilor din România No. 11, 12/1928 și No. 1/1929	327
Buletinul Medico-Terapeutic No. 10, 11, 12/1928 și No. 1, 2, 3/1929	327
Clujul Medical No. 2, 3, 4/1929	329
Clinica No. 1, Ianuarie și Februarie 1929	333
Ginecologie și Obstetrică No. 1-2/1929	335
Revista de obstetrică, ginecologie și puericultură Noemb.-Dec. 1928	336

Revista de chirurgie No. 11-12 1928 și No. 1, 2, 3, 4/1929	337
Revue Médicale Roumaine No. 1 și 2/1929	340
România Medicală	340
Revista Științelor Medicale No. 2, 3/1929	346
Revista Medico-Chirurgicală-Iași No. 5, 6/1928	349
Revista Hidrologie medicală, Climatologie, Fizioterapie și Dietetică No. 3, 4, 5-6 1928	351
Spitalul No. 2, 3/1929	352
Viața Medicală (Temișoara) No. 8, 9, 10, 11, 12/1928	354

III.

DIVERSE-INFORMAȚIUNI

Aniversarea de 10 ani a Soc. Medicale a Spitalelor din București	359
Recepția Prof. M. Labbée la București	365
O Călătorie Medicală în Pirinei	366
O nouă publicațiune medicală	367
Curs de perfecționare în O. R. L. Programul complet	368
Clemens Pirquet (necrolog)	370
Congresul Soc de Hidrologie și climatologie medicală	372

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

In marginea electro-radiologiei-românești de <i>Doc. D-r. M. Căntulescu</i>	373
---	-----

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C R O N I C A

„Les rayons de Roentgen ne trompent jamais, c'est nous (radiologi și clinicieni) qui nous trompons en leur demandant plus qu'ils ne peuvent nous donner, ou en interprétant mal leur langage“ a spus-o Becière, iar Ledoux-Lebard vorbind de „foarte marea valoare practică a razelor X dar și de relativitatea indicațiilor — în totdeauna indirecte și deductive — ce ele procură insistă mai ales asupra „ce que tout médecin devrait savoir aujourd'hui en radiologie“.

Aceste câte-va citate din lecția de deschidere, pe care a ținut-o în 1923 Ledoux-Lebard, însărcinat cu cursul de radiologie clinică la facultatea de medicină din Paris, orientează suficient asupra ceea ce pot da razele X, dar și asupra ceea ce ele sunt în drept să ceară dela cei cari le urmăresc și dela cei, la cari se adresează.

Electro-radiologia, pe cale de continuă evoluție, a făcut și la noi mari progrese în ultimi ani; în prezent avem o catedră de radiologie medicală la Cluj, ocupată de D-l Prof. Dr. D. Negru și conferențieri însărcinați cu predarea cursului la fac. de medicină din București și Iași, precum și o societate română de electro-radiologie în București.

Această societate în fașa neajunsurilor tot mai des constatate a practicei razelor de către persoane necompetente, a luat de curând inițiativa de a constitui în corp pe toți acești specializați din țară.

Intr'un raport documentat asupra Electro-radiologiei medicale ca specialitate prezentat la Congr. al II-lea profesional al Asoc. G-le a medicilor ținut la Chișinău în Octombrie 1928, D-l Col. Dr. Giurea președintele societății cere reglementarea prin M-torul Oficial ca specialitate a electro-radiologiei medicale, confirmată de altfel prin legea noastră sanitară.

Anume condițiuni impuse nu pot fi decât salutare atât

pentru prestigiul științei medicale de la noi cât și pentru avântul bolnavilor.

Asemenea reglementări s-au făcut de mult în celelalte țări, în care învățământul impune anumite studii de specialitate și ani de stagiu spitalicesc pentru-ca să poți obține titlul de electro-radiologist — și aceasta dupe ce se recunoscuse anume prin texte de lege că practica radiologiei nu poate fi decât apănagiul medicilor.

Dacă la Sindicatul medicilor electro-radiologiști din Paris în ședința dela 8 Martie 1927, o comisie compusă din A. Beclère, P. Aubourg și Laquerrière au prezentat încă un raport în această chestiune, au făcut-o, pentru-că practica, ilicită a radiologiei a început acolo să renască sub altă formă, anume în centrele mari de aglomerație companiile de asigurare ca să diminue cheltuelile laboratoarelor, ce sunt nevoite să întretie, utilizează simpli infirmieri sau laboranți, cari și ei pot constata o eventuală fractură, iar ca să mărească veniturile caută a vedea și alți bolnavi cu plată.

Iar dacă la noi D-l Dr. Giurea a cerut pe lângă regulamntarea cabinetelor de radiologie viitoare un control nepărtinitor și permanent și al celor actuale, a făcut-o pentru-ca să nu mai existe camere obscure fără aparatul necesar și pentru-ca raza, pe care cu atâta insistență o reclamă țărănul român, să nu mai fie la îndemâna oricărui pseudo-specialist.

Această mișcare a ridicat proteste din partea celor, cari se pregăteau să între grabnic pe poarta, pe cari de alt-fel atâția alți intraseră înaintea lor fără nici-o greutate, de acea socolimca și de mai utilă oportunitate comunicarea făcută de D-l Dr. Amilcar Geogescu într-una din Ședințele lunei Martie cor. la Societatea Română de Electro-radiologie din București prin care D-sa indică, Cum trebuie redactat un buletin radiologic, Ce calități trebuie să posede? și specifică; să fie clar și concis, să conțină expresiuni cunoscute, să nu omită nimic din ce ar putea interesa subiectul, să fie impersonal, să descrie numai ce este clar vizibil, să urmeze pe cât posibil ordinea anatomică (și fiziologică).

Cum trebuie să fie alcătuit? adică: să prezinte tehnica întrebuințată, să descrie toate fenomenele observate, să aibă concludsiuni și să prezinte eventuale observațiuni.

Dupe detalierea, de care ori care specialist va profita, a

tutur acestor condițiuni autorul, care cere ca „examenul radiologic să fie făcut cel din urmă, iar nu să se înceapă cu el, care pretinde „medicului curant să trimită diagnosticul probabil împreună cu punctele importante din anamneza asupra organului sau aparatului, care pare afectat“ care reclamă cea mai mare prudență în formularea concluziunilor „pentru a nu încurca pe clinician mai mult decât era el când a trimis bolnavul la examenul radiologic“ și care mai declară „că o radiografie prost făcută este mult mai rea decât dacă nu s-ar fi făcut deloc“ acest autor are tot dreptul și autoritatea să ceară la noi — cea ce spune că s'a realizat în parte în alte țări — o sistematizare a rezultatelor radiologice, făcându-se un schelet de buletin, pentru-ca vorbindu-se de toți radiologii acelaș limbaj acesta să poată fi priceput mai ușor de medici, cărora le-ar fi bine venit și lor un articol în care să li se arate strictul indispensabil de cunoștințe radiologice, ce trebuie să poseadă.

Tratamentul diabetului cu insulina în mod prelungit îl expune detaliat, și cu 7 obs. clinice în sprijin D-l Dr. I. Gavrilă din clinica medicală dela Cluj: el prelungeste nedeterminat viața diabeticilor, însă trebuie continuat neîntrerupt; fiind un tratament substitutiv suprimarea insulinei readuce fenomenele diabetice; continuarea nu numai oprește evoluția dar produce o oare-care ameliorare prin mărirea toleranței pentru hidro-carbonate; dar cu tot tratamentul insulinic s'au constatat cazuri cari evoluează defavorabil sub o gravitate mereu crescândă.

Progresele recente în radiologie le expune d-l Dr. H. Fischgold dela Botoșani; ele constau în: radiografia totală, cefalografia, terapia cu raze ultra-moi (Grenzstrahlen) Radium-points.

Va putea nespecialistul să practice cu competență electro-radiologia, cât timp vine greu chiar vechiului rutinat să țină pasul evoluției timpului? de aceia considerațiile expuse mai sus, cași înțelesul ultimului articol, cu care se încheie acest număr pledează pentru constituirea electro-radiologilor actuali în corp închis.

Mecanismul special de producere al unui ileus cu ruptură intestinală și în legătură cu prezența unei hernii inguinale îl arată D-l Dr. Vale-

riu Negrilă dela Braşov: lovitura pe abdomen a produs o ruptură intestinală indirectă și parțială care a fost favorisată de existența unei hernii inguinale, prin al cărei orificiu nu suficient de mare și cu inelul rigid ansele intestinale destinate de gaze nu au putut pătrunde sub forța presiunii și au plesnit.

Înțelegerea acestui mecanism a putut conduce la timp la instituirea operației celei mai adecvate și utile.

Un caz de febră tifoidă cu exantem inițial varioliform publică D-l Dr. I. Rosman; asemenea observații, sunt extrem de rare fiindcă nu este suficientă septicemia ebertyană, de regulă la începutul boalei, dovadă hemocultură și prezența roseolei, ca să le producă, ci trebuie să intervină și o infecție secundară, al cărei mecanism de producere de ordin general sau local trebuie să fie determinat în fie-care cas în parte.

D-r. M. Cănciulescu.

COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX:

Comment un bulletin radiologique doit être rédigé, par le *Dr. A. Georgesco*; les qualités qu'il doit posséder sont les suivantes: être clair et concis, contenir des expressions connues, ne pas omettre ce qui pourrait intéresser le sujet, être impersonnel, ne décrire que ce qui est clair et visible, suivre l'ordre anatomique. Il doit être constitué ainsi: présenter la technique employée, décrire tous les phénomènes observés, avoir des conclusions et présenter des observations éventuelles. L'examen radiologique doit être fait en dernier lieu et ne pas commencer par lui; que le médecin courrant envoie le diagnostic probable, l'anamnèse et l'état présent; on exige la plus grande réserve dans l'énonciation des conclusions, pour ne pas dérouter davantage le clinicien, ne pas faire de radiographie vaut mieux que d'en faire une mauvaise. — Un travail systématique des résultats radiologiques s'impose en faisant un squelette de bulletin, pour que les radiologistes parlant tous le même langage puissent être mieux compris par les médecins.

Le traitement prolongé du diabète par l'insuline exposé par le *Dr. I. Gavrilă*, avec 7 observations cliniques, prolonge la vie des malades à condition qu'il soit continué sans interruption; de cette manière les malades peuvent reprendre l'exercice de leur métier, sinon la suppression de l'insuline fait réapparaître les phénomènes diabétiques; il y a des cas où la tolérance pour les hydrocarbonés augmente, dans d'autres cas malgré l'administration de l'insuline l'évolution défavorable continue.

Les récents progrès en radiologie présentés par le *Dr. Fieschgold*.

Un cas de fièvre typhoïde avec exanthème initial varioliforme par le *Dr. I. Rosman*.

Un cas d'ileus après une déchirure intestinale partielle et indirecte, provoquée par le mécanisme de l'éclatement en rapport avec une hernie inguinale par le *Dr. V. Negrilă*.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

Wie soll man ein radiologisches Buletin ausfassen von *Dr. A. Georgescu*. Es muss die folgenden Eigenschaften haben: klar, kurz sein, die Ausdrücke müssen bekannt sein, die Ergebnisse müssen klar, verständlich sein und das Gesamtbild muss die anatomische Lage nicht vernachlässigen.

Das Buletin muss die gebrauchte Technik beweisen, alle bemerkten Phenomene beschreiben, Zusammenfassung haben, und eventuelle Bemerkungen anzeigen. — Die radiologische Untersuchung muss zuletzt gemacht werden, und nicht am Anfang. — Der Arzt, der fortwährend den Kranken behandelt, muss die beiläufige Diagnoze, die Anamnese und Status presens senden. — Es fordert eine sehr grosse Reserve in der Zusammenfassung, um nicht den Kliniker zu verwirren. — Eine gefehlte radiographie ist viel ungünstiger als man gar keine gemacht hätte.

Es ist empfohlen eine Systematisierung der radiologischen Untersuchungen anzugeben, damit alle Radiologen das ähnliche Schema des Buletins benützen sollen um leichter für die Ärzte verständlich zu sein.

Die Behandlung des Diabetes mit Insulin in verlängerter Artist von *Dr. I. Gavrilă* angewiesen. — Zieben klinische Bemerkungen zeigen das die Wirkung des Insulins verlängert das Leben des Kranken aber dieser muss immerwährend damit fortsetzen um seine Beschäftigung erfüllen können. — In Falle der Unterbrechung des Insulins erfolgen Phenomene des Diabetes, es sind Fälle wo die Tolerenz der Hydrocarbonaten erfolgt, und andere Fälle wo mit Insulin eine ungünstige Evolution erfolgt

Gegenwärtige Fortschritte in der Radiologie von *Dr. H. Fischgold*.

Ein Typhusfall mit varioliformweise Anfangsexanthem von *Dr. R. Rossman*.

Ein Fall von Ileus nach einer Darmriss teilweise und indirect, durch einen Ausbruch erfolgt, in Verbindung mit einer inguinalen Hernie von *Dr. I. Negrilă*.

CUM TREBUE REDACTAT UN BULETIN RADIOLOGIC *)

de

AMILCAR GEORGESCU

Şef de lucrări Clinica III Prof. D-r. D. Ionescu

În ultimul timp la noi în țară radiologia a făcut progrese mari și rezezi, atât de rezezi încât dacă privim cu câți-va ani în urmă rămânem mirați, dar în acelaș timp și plăcut impresionati de transformarea convingerilor cari s-au produs în lumea medicală asupra acestei ramuri a medicinei.

Chiar și cei mai hotărâți clinicieni cari își apărau cu vehemență specialitatea contra acestui intrus, socotit pe nedrept ca merit să scadă din valoarea științifică a clinicei și să suprime mijloacele de investigație cunoscute până acum, au fost luați de curentul general și aduși în matca adevărată a medicinei moderne.

Nu mai vorbim de o parte din laici, cari chiar păcătuiesc prin supra-valorarea radiologiei, transformând-o în ceva supra-natural, ceva din domeniul minunilor.

Pentru ca acest prestigiu crescând al radiologiei să nu fie în pericol a cădea, este necesar a pune oare-care ordine și disciplină în toată activitatea noastră.

Una din cele mai importante probleme de pus la punct este tocmai modul cum se face legătura dintre medicul internist sau chirurg și radiolog, este cu alte cuvinte buletinul radiologic. Toată priceperea și toată munca ce o depune un medic radiolog pentru a pune pe cale adevărată un diagnostic, va avea o slabă valoare dacă raportul definitiv ce acesta îl face, este necomplet sau suferă într'un fel oare-care. Un ast-fel de raport greșit poate avea consecințe grave pentru pacientul examinat.

*) Subiectul acesta a fost tratat în ședința dela 8 Martie cor., a Societății de Electro-radiologie din România.

În alte țări s'a încercat și în parte s'a reușit, a se sistematiza rezultatele radiologice, făcându-se un schelet de buletin.

Nu toți cari citesc un buletin radiologic au pregătirea necesară radiologică, mai ales că trăim într'o perioadă în care publicațiunile de specialitate sunt așa de numeroase încât un specialist nu are timpul necesar să citească toată literatura specialității sale, necum să facă incursiuni și prin altele străine; și tocmai de aceea este absolută nevoie ca buletinele radiologice să fie mai uniformizate întocmai cum sunt cele ale chimiștilor-biologi.

Ce calități trebuie să posede un buletin radiologic ?

Să fie scris clar și concis,

Să conțină expresiuni cunoscute (se vor evita expresiuni pur tehnice necunoscute de cât de specialiști),

Să nu omită nimic din ce interesează subiectul, de oare ce uneori descrierea poate da indicații pentru alte cercetări clinice, în timp ce concluziile pot fi făcute falș.

Să fie impersonal,

Să descrie numai ce este clar vizibil pe radiografie și să valorifice numai aceste imagini; porțiuni mișcate, neclare, șterse, dintr'o radiografie care de alt-fel este bună, nu trebuiesc valorificate.

Să urmeze pe cât posibil ordinea anatomică; acesta este un punct important pentru a ușura pe cel ce citește buletinul să-și reprezinte situația leziunilor descrise.

Sub ce formă se dă un buletin?

După cazul examinat și după împrejurările în care s'a făcut examenul buletinul radiologic este dat sub forma unei descrieri;

unei descrieri însoțită de o schiță fidelă a imaginii;

unei descrieri însoțită de clișee, film sau copie.

Clișeul sau filmul făcut este proprietatea medicului radiolog, după cum un preparat anatomo-patologic sau o lamă cu un frotiu rămâne în colecția aceluia care a făcut-o. Radiologul este dator însă să dea o copie după aceasta.

Cum trebuie să fie alcătuit un buletin radiologic?

Aici intră în considerație cele ce am spus mai sus, adică sistematizarea buletinului și formarea unui schelet de care nu trebuie să ne depărtăm prea mult.

Părțile componente ale unui ast-fel de buletin sunt patru:

1. Descrierea tehnicei întrebuințate.
2. Descrierea fenomenelor observate.
3. Concluziunile și
4. Observațiunile.

Pentru fie-care din acestea, este necesar să se observe oare-cari reguli, pe care le vom trata mai pe larg, fiind de o capitală importanță.

1. *Descrierea tehnicei întrebuințate* este necesară pentru a se ști la viitoare examene în ce condițiuni s'a făcut examenul și la nevoie a-l repeta la fel. Se va putea face o apreciere justă despre evoluția leziunilor. Aceeași leziune are un aspect cu totul deosebit dacă a fost radiografiată la distanță sau aproape, cu raze moi sau dure, etc. Nu este necesar să se descrie toate operațiunile ce s-au făcut pentru a ajunge la un examen corect.

Spre exemplu nu se va menționa că s'a făcut întâi radioscopie pentru a se orienta asupra incidenței razei care obține vizibilitatea optimă a procesului; aceasta obosește pe cel ce citește.

Se va menționa însă pe radiografiile făcute poziția în care a fost pus bolnavul și diferitele direcțiuni: dreapta, stânga, intern, extern, sus, jos etc. De asemenea trebuie menționat în buletin operația care i s'a făcut, spre ex.: radioscopie, radiografie, administrare de subst., opacă, insuflație de aer, etc.

Aici este locul să spunem că medicul radiolog are sarcina de a alege modul de examinare optim pentru obținerea unui rezultat cât mai aproape de adevăr;; este o greșală care se vede foarte des ca medicul curant să fixeze aceasta. Radioscopia poate lămuri unele cazuri mai bine decât radiografia și invers; aceasta nu o poate ști nimeni altul mai bine decât radiologul. De aceea medicul curant va trimite diagnosticul probabil împreună cu punctele importante din anamneza și starea prezentă, cerând în acelaș timp lămuriri asupra organului sau aparatului care pare afectat.

2. *Descrierea fenomenelor observate.*

Aici se va căuta a se observa, pe cât este posibil, ordinea anatomo-topografică, de oare-ce imaginea radiologică însăși nu este alt-ceva decât un tablou anatomic. Spre ex. la torace se va începe cu descrierea vârfurilor și se va termina cu bazele; la tubul digestiv se studiază întâi esofagul, apoi stomacul, intes-

tinul subțire și cel gros, luând fie-care porțiune din aceste organe în parte atât cât prezintă importanță pentru cazul nostru.

Fenomenele observate la un examen radiologic sunt morfologice (sau structurale) și funcționale. Cele dintâi sunt de certitudine iar cele de al doilea de probabilitate; în consecință se va da o importanță mai mare celor morfologice și se vor descrie mai detaliat. Există însă cazuri când deosebirea a ceea ce este structural de ceea ce este funcțional nu se face cu ușurință, căci modificările structurale scapă de multe ori examenului; aici trebuie lăsată clinica să hotărască, făcând mențiune despre nesiguranța noastră.

Tabloul radiologic constă din diferențe de lumină și contururi de umbre. Trebuie ca și descrierea noastră să se mărginească la aceasta. Vom vorbi ast-fel de mărimea umbrei cordului în diferite direcțiuni, de diminuarea de transparență a vârfurilor pulmonare, de focare de umbră în pulmoni, de modificări în umbra gastrică și nu de dilatația ventricului, de tuberculoză pulmonară, de lichid etc., de cât atunci când imaginile sunt patognomonice. Se va evita a se scrie impresiunea ce o face organul examinat asupra examinătorului ci se va menționa numai fenomenele reale ce se văd. Ast-fel se văd pe unele rezultate ale radiologilor, zeloși de a servi diagnosticul cât mai mult, menționate fenomene ce nu se pot vedea la examenul radiologic.

Așa de ex. hiperaciditate gastrică sau leziuni acido-rezistente.

Uneori apar pe clișee umbre de corpi străini situați în îmbrăcămintea bolnavului, plombe de dinți, ochi de sticlă, depozite de lipiodol, imagini de fulgerare, etc., cari trebuiesc menționate pentru a nu da loc la confuziuni neplăcute.

Există ceva personal în interpretarea unei imagini radiologice de care trebuie să ne ferim cât putem mai mult. Pentru a da un rezultat conform realității trebuie să facem o analiză amănunțită și strictă a detaliilor clișeului, și din ea să căutăm a trage concluziile noastre. Numai ast-fel vom face un rezultat cât mai impersonal și vom greși cât mai rar pentru că vom avea concluzii trase din fapte concrete și nu din impresii.

3. Concluziuni.

Este un subiect care vine des în discuțiune între radiologi și colegii lor de alte specialități: se poate face un diagnostic

radiologic? Unii din autorii străini spun că nu se poate face un diagnostic radiologic după cum nu se poate face unul ascultător sau palpator; ei spun că examenul radiologic este un mijloc de investigație care trebuie asociat cu cele lalte pentru a putea scoate un diagnostic integral. Aceasta însă nu este adevărat în totdeauna.

Ce înseamnă cuvântul diagnostic? Vine de la grecescul *diagnosis* (cunoaștere) și este definit într'un dicționar francez „partie de la medecine qui s'attache a reconnaître les maladies d'après leurs symptomes“ iar într'un dicționar german am găsit: „die Lehre von der Erkennung, Unterscheidung und Benennung einer Krankheit auf Grund der Untersuchung“. Și dacă aceasta este definiția de ce nu am putea avea și un diagnostic radiologic.

Există semne radiologice patognomonice ale unor afecțiuni cari nu lasă nici o îndoială, spre ex. nișa de ulcer gastric, linia de fractură a unui os, imaginea lacunară a unui neoplasm și altele, încât putem afirma cu dreptate că avem de multe ori un diagnostic radiologic, în cazuri unde nu se poate face unul clinic. Totuși pentru că nu aceasta este regula vom întrebuinta expresiunea de *Concluziuni radiologice*.

Concluziunile însă trebuie să existe. Un buletin radiologic fără concluziuni este o operă începută și neisprăvită. Trebuie însă să fim foarte prudenți în formularea lor, nu pentru a ne scăpa de răspundere ci pentru a nu încurca pe clinician, mai mult decât erea el când a trimis bolnavul la examenul radiologic. Este de ajuns un rezultat radiologic fals pentru a pune clinica pe o cale cu totul greșită, mai ales că sunt unii clinicieni cari supra-valorează datele radiologiei. De aceea să nu se facă concluzii sigure de cât atunci când sunt semne de certitudine. Cu cât rezultatul este mai sigur, cu atât posibilitățile de greșală sunt mai mari.

Trebuie să facem o deosebire între un rezultat radiologic care este corolarul unui diagnostic clinic sigur și acela care își ia răspunderea întreagă a diagnosticului. Radiologul se va exprima cu mai multă siguranță dacă va ști că diagnosticul este asigurat prin alte metode. De aceea se recomandă ca examenul radiologic să fie făcut cel din urmă dintre toate examenile și nu să se înceapă cu acesta cum se face în cele mai multe cazuri.

Totuși în concluziunile noastre vom lăsa mai în totdeauna

un oare-care grad de probabilitate; diagnosticul definitiv va fi dedus din cele lalte metode de investigațiune luate toate împreună. Cazul acesta se prezintă atunci când pacientul este trimis la radiolog înainte de a fi examinat clinic complet, după cum am spus mai sus. Acest sistem ar trebui evitat cu totul de oare-ce este în detrimentul interesului științific.

Concluziile negative false sunt destul de dese. Prin aceasta se înțeleg cazuri în cari există un proces patologic care nu este vizibil la examenul radiologic. Concluziile vor fi redactate în sens dubios; spre ex. la baza toracelui drept la nivelul contuziunii nu se vede vre-o fractură a coastelor, nu se exclude însă cu certitudine din cauza umbrei hepatice care poate să împiedice vizibilitatea.

Există însă concluziuni fals negative, din cauza tehnicei greșite sau necomplete. Acestea sunt de neertat de oare-ce pot avea consecințe foarte neplăcute. O radiografie prost făcută este mult mai rea decât dacă nu s'ar fi făcut de loc.

4. *Observațiuni.*

Aici vom menționa dacă examenul trebuie repetat după un anumit interval de timp sau dacă este necesar a se urmări pacientul, atunci când nu suntem siguri că imaginea obținută este patologică dar în acelaș timp nici nu este perfect normală.

Se va menționa de asemenea dacă examenul a durat mult timp și deci este necesar să se evite un al doilea într'un interval de 2 săptămâni cu riscul de a produce o radiodermită pacientului.

Se va evita punerea de indicații operatorii pe care trebuie să le facă chirurgul respectiv; radiologul poate greși mult mai ușor decât acesta.

Ast-fel redactat un buletin radiologic, va fi o operă științifică și utilă medicinei.

Societatea de electro-radiologie din România și-a propus să alcătuiască modele de buletine radiologice tip, cari vor folosi tuturor acelorora cari se ocupă cu radiologia lămurind ast-fel o problemă atât de importantă și de un interes comun.

Clinica Medicală din Cluj
Profesor D-r. I. Hațieganu

**TRATAMENTUL DIABETULUI CU INSULINA
IN MOD PRELUNGIT**

de

D-r. I. GAVRILĂ

Deja de 6 ani este introdusă insulina în tratamentul diabetului de către autorii canadieni (Banting și Best) și în acest timp a fost întrebuințată în toate țările pe o scară foarte întinsă. În acești șase ani au apărut un număr enorm de lucrări asupra acestui subiect și toate au confirmat primele rezultate anunțate de către autorii canadieni, cari consacră insulina drept remediul suveran al diabetului. Din toate cercetările făcute în această direcție rezultă că insulina constituie cea mai importantă cucerire a teraputiceii medicale din epoca actuală. De unde până la descoperirea insulinei, în fața unui diabet grav asistam neputincioși la progresarea lui și când ajungea la comă individul era condamnat sigur la moarte; astăzi cu un tratament rațional insulinic și dietetic prevenim acest desnodământ fatal, producerea comei și chiar dacă prin o greșală de tratament coma s'a produs, în cel puțin 50—60% a cazurilor insulina este capabilă de a readuce la viață bolnavul.

Insulina este prin excelență medicamentul diabetului grav cu denutriție azotată și acidoză și al comei diabetice, unde de obicei ea trebuie administrată neîntrerupt și indefinit.

Calea de administrare, modul de întrebuințare al insulinei, indicațiunile tehnice și rezultatele tratamentului insulinic, sunt acelea stabilite dela începutul introducerii în terapeutică a acestui medicament și asupra cărora am insistat deja și noi cu altă ocazie, deci nu mai revenim asupra lor*).

*) Viața Medicală 1927, Timișoara.

Asupra unui singur fapt trebuie insistat foarte mult, să nu creadă nimeni, nici bolnav nici medic, că prin descoperirea insulinei terapeutica diabetului s'a simplificat, în sensul că n'ar mai trebui ținut un regim tot așa de precis ca mai înainte. Tratamentul insulenic numai atunci dă rezultatul dorit, când regimul alimentar și doza de insulină sunt perfect echilibrate. A spune unui diabetic, că în timpul injecțiilor de insulină poate mânca orice și oricât, este o mare greșală, ceea ce nu poate duce decât la rezultate proaste, uneori fzeastroase.

Pentru a putea aprecia rezultatele tratamentului prelungit cu insulină vom da mai întâi câteva observații de bolnavi. Am întrebuințat insulina până acum în total în 98 de cazuri de diabet, în majoritatea cazurilor fiind vorba de diabet grav cu denutriție azotată și acidoză, cari în general necesită un tratament continuu cu insulină. Am utilizat insulina și în unele cazuri de diabet mijlociu, în cazuri de diabet ușor numai atunci când s'a atașat vr'o complicație, infecțiune intercurentă, intervenție chirurgicală.

Suntem siliți și astăzi să facem mari restricțiuni în ce privește aplicarea insulinei, aceasta din cauza costului urcat al acestui medicament. Sunt foarte dese cazurile de diabet grav cari necesită 100 unități insulină pe zi, uneori și mai mult, și atunci se înțelege dela sine, că un om sărac nu poate suporta materialicește acest tratament, care ar trebui continuat toată viața. În aceste împrejurări foarte adesea bolnavii au toată bunăvoința de a nu întrerupe tratamentul insulenic, însă sunt siliți s'o facă din cauza sărăciei; după întreruperea tratamentului trec în acidoză, apoi în comă și neintervenind nici în momentul suprem, în comă, cu insulină, bolnavul sucombă. Sunt foarte dese morțile în aceste împrejurări la oamenii săraci.

La intelectuali și în general la oamenii isteți, tratamentul se poate ușura prin faptul că se învață însăși bolnavul să-și dea injecțiile cu insulină, ceea ce se poate face cu ușurință în coapse. Într'adevăr în majoritatea cazurilor este imposibil de a avea un medic la dispoziție, care de 2—3 ori pe zi, la oră fixă să dea injecție bolnavului; din această cauză mai recomandabil este de a instrui bolnavul să-și facă însăși injecțiile pe lângă toate regulile de aseptie. Acești bolnavi trebuiesc perfect lămuriți asupra întregii tehnice a tratamentului insulino-dietetic, asupra fenomenelor ipoglicemice, manifestarea lor su-

biectivă și combaterea lor; trebuiesc complet familiarizați cu regimul și variațiunile lui. Mai departe acești bolnavi pot fi învățați să-și facă și reacțiunile calitative în urină pentru acetonă, acid diacetic (Legal, Gerhardt) și pentru zahăr (Trommer). Vor veni la controlul medical din când în când, la 1—4 săptămâni odată, când vor aduce cu dâșii un eșantion din urina din 24 ore, în care se va face analiza cantitativă a zahărului, analiza calitativă eventual și cantitativă a corpurilor acetonice; se va cerceta greutatea corpului și în funcție de aceste analize se se vor face modificările necesare în mersul tratamentului (în doza de insulină sau în regim). Bolnavul va fi complet lămurit asupra manifestărei subiective, a fenomenelor de acidoză; inapetența, greață, vărsături, cefalee și la cel mai mic semn din aceste manifestări se va prezenta la medic.

În biabetul grav, când însăș bolnavul își face injecțiile, mai recomandabil este de a-și face 3 injecții pe zi, la intervale cât mai mari între ele: între 7—8 ore a. m.; între 1—2 p. m.; între 8—9 p. m. În acest fel organismul diabetic este aproape continuu sub influența hormonului pancreatic injectat. În ceea ce privește împărțirea dozelor, dimineța se va da doza mai mare de insulină; la amiază aceeaș doză sau ceva mai mică și seara doza cea mai mică, de ex.: 40—35—25 unități. Acțiunea insulinei durează aproximativ 7—8 ceasuri, deci dimineța va fi epuizată complet acțiunea ei, deaceea dăm dimineța doza mai mare, seara dăm doza mai mică fiindcă se suprapune acțiunea dozelor injectate în decursul zilei, intervalul între ele fiind mai mic de 8 ore; în acest fel evităm și fenomenele ipoglicemice în decursul nopței. Aproape toți bolnavii la cari am făcut un tratament mai prelungit cu insulină, și-au făcut ei singuri injecțiunile, și au condus tratamentul după normele expuse mai sus. Bineînțeles că acești bolnavi înainte de ale pune siringa în mână își vor face de mai multeori ei însăși injecțiunile în fața medicului.

Dintre cazurile unde am aplicat noi insulina numai în vro 26 am avut posibilitatea să urmărim ce au devenit acești bolnavi, în restul observațiunilor bolnavii au stat o perioadă de 2—3 săptămâni în clinică, în care timp le-am stabilit regimul și doza de insulină necesară, apoi au părăsit clinica fără a mai reveni; este sigur că mulți dintre aceștia deja au sucombat în urma neglijenței de tratament.

Iată câteva din observațiunile unde tratamentul insulino-dietetic este continuat de ani de zile neîntrerupt.

Obs. I: S. S. de 28 ani, avocat intră în serviciul clinicei în 8/VI/1924, diabetul lui datează de opt luni, a debutat în mod insidios cu astenie, cefalee, slăbirea forțelor fizice, apoi s'au atașat poliurie și polidipsie.

Dela început a consultat un medic specialist delà Viena care i-a prescris tratament dietetic, însă cu toate că ținea regimul prescris în mod riguros, totuș starea lui s'a agravat progresiv, glicozuria s'a menținut, a apărut acetonurie, a slăbit continuu în greutate delà începutul boalei până la intrarea în serviciul nostru a pierdut 20 kgr.

La intrare în serviciul nostru examenul obiectiv dă următorul rezultat: Este un individ slăbit, țesutul celulo-adipos dis-părut, țesutul muscular redus, astenie profundă, cefalee, prezintă un torace paralytic.

Cu un regim conținând 60 gr. hidrați de carbon preformați, elimină 140 gr. zahăr în 24 ore, prin urmare are o toleranță negativă de — 80 gr. Urina 4 litri la zi. Reacțiile Legal și Gerhardt sunt intens pozitive în urină, pe lângă o eliminare de 3 gr. acetona în 24 ore (acetona dozată după metoda Messinger-Huppert). Glicemia á jeun 5,3 gr. $\frac{0}{100}$. Greutatea 55 kgr., cu o talie de 180 cm.

Bolnavul prezintă în acelaș timp un proces pulmonar scleros, inactiv și neevolutiv, localizat la vârfuri, nu tușește, n'are temperatură, nu expectorează.

După ce cu tratamentul dietetic simplu nu se reușește de a face să dispară glicozuria și acidoza, în II—IV se recurge la tratamentul insulino-dietetic.

Se administrează la început 20 unități pe zi (Richter) care doză se urcă până la 60 unități pe zi în trei injecții. Se dă în acelaș timp un regim mixt cu 100 gr. hidrați de carbon. Se dă această marcă de insulină 3 săptămâni, în care timp nu se observă nici o ameliorare în starea bolnavului, ci din contră fenomenele de denutriție progresează, glicozuria persistă între 50—140 gr. pe zi, acetonuria la fel persistă, scade în greutate încă 2 kgr.

Dela 3/VII/1924 i-se injectează altă marcă de insulină (Wellcome) 40 unități pe zi cu acelaș regim; apoi insulina se urcă la 60 unități pe zi și regimul la 150 gr. hidrați de carbon. Deja din primele zile starea bolnavului se ameliorează, glicozuria se reduce și variază între 0 și 10 gr. pe zi, reacțiunile de acidoză (Legal, Gerhardt) devin negative, glicemia á jeun se reduce la 2 gr. $\frac{0}{100}$, crește în greutate în mod progresiv, în 5 săptămâni de tratament crește 6 kgr. Starea generală se îmbunătățește treptat, își recăștigă starea de bună dispoziție, își reconstitue forțele fizice și morale. Bolnavul urmează în acelaș timp și cură de repaos și de aer pentru procesul lui pulmonar, care dealtfel în tot decursul tratamentului nu s'a reactivat deloc. Timp de 5 săptămâni bolnavul urmează tra-

tamentul în serviciul nostru, în care timp învață a-și face singur injecțiile cu insulină, este pus în curent cu toate normele tratamentului insulino-dietetic, apoi părăsește serviciul, revenind regulat la noi la control, întâi la o săptămână, apoi la 2 săptămâni odată. Bolnavul își face mai departe 60 unități insulină pe zi în 3 injecții (25—20—15), păstrează un regim mixt cu 150 gr. hidrați de carbon. După încă o lună de tratament mai câștigă 4 kgr. în greutate, este complet refăcut, astfel că, își reia ocupația lui de avocat.

Bolnavul acesta de atunci până în prezent își face injecțiile cu insulină în mod neîntrerupt, prin urmare deja de 4 ani. În general se poate spune că îi merge foarte bine, își vede de ocupație ca oricare alt om. Vine și ne consultă din când în când, este adevărat că adesea neglijează acest control și așa se explică accidentele precomatoase observate în Maiu 1925. Și anume cu această ocazie bolnavul a încercat fără aviz medical de a înceta injecțiile de insulină însă după 2 zile fără insulină deja s'au prezentat fenomene precomatoase cefalee, greață, vărsături, dureri în epigastru, somnolență. Medicul chemat constată o stare precomatoasă, cu acidoză, intensă, miros de acetona, acetonă, acid diacetic intens pozitiv în urină; îi administrează repede insulină în doze mari 150 unități, în prima zi și bolnavul își revine destul de repede. Apoi cu încetul în zilele următoare iar este reinstalat la 60 unități insulină pe zi cu un regim mixt cu 150 gr. hidrați de carbon preformați. De atunci bolnavul n'a mai încercat de a suprima injecțiile convingându-se el însuși că aceasta este un joc periculos care l'ar putea costa viața. Sub controlul nostru am mai încercat de a mă reduce doza de insulină, eventual chiar de a o suprima, menținând același regim, însă niciodată n'a fost posibil de a o reduce, cu atât mai puțin de a o suprima, fiindcă imediat se prezintă glicozuria în cantitate mai mare și se prezintă acetonurie.

Am încercat să dăm insulina în două injecții pe zi, însă bolnavul nu se simțea deloc bine, astfel că am revenit tot la 3 injecții pe zi. Uneori bolnavul, iar fără avizul medical, lua hidrați de carbon mai mulți în regim administrându-și în același timp doză mai mare de insulină decât cea stabilită. Așa se explică că, în ultimul timp adesea face fenomene ipoglicemice (amețeală, sudori, nervozitate, tulburări oculare), odată aceste fenomene au mers până la comă ipoglicemică, de unde a fost salvat repede cu o injecție intravenoasă de glucoză.

Ultima dată dela 1—14 Martie 1929 bolnavul s'a supus la un control riguros luând un regim mixt cu 120 gr. hidrați de carbon preformați și 60 unități insulină pe zi; în acest timp zilnic i-am făcut examenul urinei din 24 ore. Glicozuria a variat între 2—10 gr., pe zi, acetonurie negativ, glicemie á jeun 2,2 gr. $\frac{0}{100}$. Greutatea 65 kgr. Stare generală foarte bună, își vede de ocupație și câștigă existența unei întregi familii.

Prin urmare iată un caz de diabet grav cu denutriție azotată, care grație tratamentului insulinic neîntrerupt de 5 ani trăește și astăzi, probabil că va trăi multă vreme, dacă va observa cu stricteță normele tratamentului cu insulină. Este sigur că acest caz fără insulină câteva luni dela începutul bualei ar fi ajuns în comă diabetică și moarte. Procesul lui pulmonar dela vârfuri se menține inactiv și neevolutiv.

Bolnavul la început tot timpul a luat insulină Wellcome, de un an însă a înlocuit această marcă de insulină cu insulina Degewop, obținând exact acelaș rezultat și cu această ultimă insulină care are totuș un avantaj, că este mai efină.

Obs. II: S. G. femeie de 21 ani, are fenomene de diabet de 2 luni; de o săptămână i s'a descoperit diabetul și în 31/III/1927 intră în clinică pentru stabilirea tratamentului necesar.

La intrare în clinică cu un regim mixt cu un regim de pâine prezintă o glicozurie de 137 gr. în 24 ore, reacțiuni de acidoză (Legal, Gerhardt) intens positive; 32 gr. de corpi acetonic totali în urină din 24 de ore; rezerva alcalină în sânge 30% (normal numai cu regim, însă fără a putea reuși. Dealtfel când un diabetic 170 cm. Se încearcă câteva zile reducerea glicozuriei și acidozei 55—65%); glicemie à jeun 2‰. Greutate 59,5 kgr. talia prezintă o așa intensă stare de acidoză, cum este în cazul de față nu este permis a încerca mult numai cu regim, ci trebuie repede în aplicată insulina pentru combaterea acidozei. Odată acidoza dispărută se poate încerca suprimarea insulinei. I se prescrie un regim mixt cu 150 gr. de pâine (pâine înlocuită în parte cu alte alimente hidrocarbonate) și pe lângă aceasta se administrează doza necesară de insulină pentru ca acidoza să dispară și glicozuria să se reducă la urme. În mod progresiv se ajunge la acest rezultat cu 100 unități de insulină pe zi, (Wellcome), în trei injecțiuni. Acidoza dispăre, rezerva alcalină revine la normal, glicozuria à jeun se reduce la 1,50 apoi la 1,30 gr. ‰. Tratamentul este continuat în acest fel 5 săptămâni în care timp se încearcă o suprimare a insulinei, menținând acelaș regim. Se diminuează doza de insulină în mod progresiv, astfel că într'o săptămână este suprimată complet. Însă imediat glicozuria reappare în aceeaș măsură, ca înainte de insulină, acetonuria la fel revine, bolnava subiectiv se simte foarte prost, astfel că după 2 zile fără insulină suntem siliți a relua tratamentul cu insulină spre a evita intensificarea fenomenelor de acidoză, cu toate consecințele lor. Sunt necesare 80 unități insulină pe zi pentru întreținerea bolnavei cu un regim cu 130 gr. pâine. Bolnava învață singură a-și face injecțiile și pleacă acasă cu 80 unități de insulină și un regim mixt cu 140 gr. de pâine pe zi.

În 7/IX/1927 revine la control, în tot intervalul de timp și-a făcut injecțiunile de insulină prescrise și i-a mers foarte bine, și-a

văzut de ocupație, s'a îngrășat la 68,5 kgr., numai de 1 zi a su-
 primat insulina de când nu se simte deloc bine. La data aceasta
 fără insulină cu un regim de 100 gr. de pâine prezintă o glicozurie
 de 85 gr. în 24 ore, acetonurie (Legal, Gerhardt) intens pozitive,
 glicemie à jeun 2,8 gr. $\frac{0}{100}$. Se reia imediat tratamentul cu
 insulină, cu un regim mixt cu 140 gr. de pâine, care necesită tot
 70 unități de insulină pe zi. Bolnava pleacă acasă cu acest regim
 și doză de insulină.

În 22/IX/1928 revine la control în clinică, între timp n'am
 mai știut nimic de dânsa. În acest ultim interval de timp bolnava
 spune că tot timpul a urmat regimul și și-a dat doza de insulină
 prescrisă la plecare și tot timpul i-a mers foarte bine. În prezent
 cu acelaș regim (140 gr. pâine), aceeaș doză de insulină (80
 unități), prezintă o glicozurie de 3 gr., acidoză negativ; glicemie
 à jeun 1,50 gr. $\frac{0}{100}$. Greutatea 69 kgr. Se încearcă din nou su-
 primarea insulinei menținând acelaș regim însă fără a fi posibil
 deoarece imediat glicozuria crește în mod considerabil, acidoza re-
 apare și se intensifică progresiv. Deci se renunță din nou la supri-
 marea ei și bolnava pleacă acasă indicându-i-se aceeaș doză de in-
 sulină (80 unități) și acelaș regim (140 gr. pâine). Până în
 prezent cu acest tratament bolnavei îi merge foarte bine, își vede
 de ocupația ei casnică fără nici un neajuns, își menține greutatea
 constatată, este fără acidoză, cu glicozurie minimă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iată deci un caz de diabet grav cu denutriție și acidoză la
 o femeie de 21 ani, care de 2 ani este în mod neîntrerupt sub
 tratament insulenic și grație acestui tratament se menține foarte
 bine, capabilă de muncă, ca și când n'ar fi bolnavă. Fără insulină
 cu siguranță în câteva săptămâni această bolnavă ar ajunge în
 comă diabetică și moarte.

Obs. III: H. S. femeie de 38 ani, intră în clinică în 15/VII/1927.
 Mama moartă în comă diabetică. Diabetul ei datează de trei
 luni și este o formă gravă cu denutriție azotată și acidoză. Greu-
 tate 65 kgr. înălțime 169 cm; cu un regim de probă cu 100 gr.
 pâine, elimină 114 gr. zahăr pe zi, reacțiunile de acidoză sunt intens
 pozitive; rezerva alcalină în sânge este $34\frac{0}{100}$, glicemia à jeun
 3,00 gr. $\frac{0}{100}$. În prezența aceste stări de acidoză așa de intensă se
 începe un tratament energetic cu insulină (Wellcome) 60 apoi 100
 unități pe zi, cu un regim mixt cu 150 gr. de pâine. Acidoza dispere
 cu încetul, glicozuria se reduce până la 10 gr. pe zi. Starea generală
 se ameliorează, în 2 săptămâni câștigă 3 kg. în greutate, învață
 să-și facă singură injecțiile și pleacă acasă cu tratamentul început
 în clinică (150 gr. pâine, 100 unități insulină). Plecând acasă 2
 luni a urmat tratamentul în modul prescris și s'a simțit foarte bine,
 însă după acest timp din proprie inițiativă a suprimat insulina și

imediat a început a-i merge foarte rău. Scădea în greutate progresiv, se simțea tot mai slăbită, apoi într-o bună zi se prezintă cefalee intensă, greață, vărsături, somnolență profundă, în care stare este transportată într'un spital, unde aplicându-i-se imediat un tratament energetic cu insulină, se reușește de a o salva din această stare comatoasă. După aceea în 30/X/1927 bolnava iar revine la noi în clinică pentru a-i face încă odată un riguros control. Și de data aceasta pe lângă un regim mixt cu 150 gr. de pâine necesită 100 unități insulină pentru a se menține fără acidoză și cu glicozurie între 10—20 gr. La această revenire bolnava are o greutate de 61 kgr., deci a slăbit 7 kg., de când a plecat dela noi. De data aceasta stă 10 zile în clinică, câștigă în acest timp 2 kgr., apoi pleacă acasă cu regimul și doza de insulină de mai sus.

De-atunci până în prezent continuă neîntrerupt tratamentul în acelaș fel se simte foarte bine, ne anunță în mod regulat despre starea ei, a mai câștigat 5 kgr. în greutate.

Iată deci încă o bolnavă cu diabet grav, cu denutriție azotată, care aproape de 2 ani se menține în condițiuni bune grație tratamentului insulinic. Fără acest tratament sfârșitul letal repede s'ar instala, după cum o dovedește încercarea bolnavei de a suprima insulina, când a căzut în comă, din care cu ajutorul insulinei este salvată.

Obs. IV: D. V. de 28 ani, funcționar, intră în clinică la 3/XI/1927. Diabetul datează de 1 lună și este de formă gravă cu denutriție și acidoză. La intrare cu un regim de probă cu 150 gr. de pâine prezintă o glicozurie de 120 gr. în 24 ore; acetonurie intens pozitivă, rezerva alcalină în sânge 31⁰/₀, glicemie à jeun 3,1 gr. ⁰/₀₀. Greutate 57 gr., înălțime 1,70 cm. Având în vedere sindromul intens de acidoză prezent, imediat se începe un tratament cu insulină în doze mari 60 apoi 100 unități pe zi (Wellcome) pe lângă acelaș regim (150 gr. pâine). În 5 zile acidoza dispare complet, glicozuria se reduce la urme, starea generală se ameliorează, câștigă progresiv în greutate, 4 kg. în cele 15 zile cât a stat în clinică. Insulina se reduce la sfârșit la 80 unități pe zi; glicozuria variind între 2—7 gr. pe zi. În timpul cât a stat în clinică, bolnavul învață a-și face singur injecțiile și pleacă acasă cu un regim mixt cu 150 gr. pâine și cu 8 unități insulină. Din când în când ne trimite urina la analiză și se constată, că cu acest tratament îi merge foarte bine, este fără acidoză și cu glicozurie minimă; a mai crescut în greutate 4 kgr. Am mai încercat în două rânduri a mai diminua doza de insulină, eventual de a o suprima însă fără rezultat fiindcă reapariția glicozuriei și a acidozei, ne-a impus revenirea la tratamentul anterior.

Iată alt caz de diabet grav cu denutriție azotată, care cu tratament insulinic se menține foarte bine de aproape 2 ani, pe când fără acest tratament de mult ar fi sucombat.

Obs. V: S. A. femeie de 35 ani, în clinică în 14/1/1926 suferind de diabet de un an. Este vorba de un diabet grav cu denutriție azotată și acidoză. Cu un regim de probă conținând 120 gr., pâine prezintă o glicozurie de 45 gr. în 24 ore, cu reacțiuni de acidoză urinară (Legal, Gerhardt) pozitive. Glicemia à jeun 2,20 gr. $\frac{0}{100}$. Greutatea 58 kgr., înălțimea 167cm. I-se institue cu regimul indicat mai sus un tratament cu insulină (Wellcome) până la 60 unități pe zi, timp de 3 săptămâni. În acest timp acidoza dispăre glicemia à jeun scade la 1,60 gr. $\frac{0}{100}$, crește în greutate 2 $\frac{1}{2}$ kg., cu un cuvânt bolnava se face complet și vrea să părăsească serviciul. Bolnava neputând suporta cheltuielile unui tratament continuu cu insulină, ceea ce ar fi fost foarte indicat în cazul de față, suntem siliți a-i întrerupe tratamentul cu insulină. După suprimarea insulinei, cu un regim mixt cu 100 gr. pâine, bolnava prezintă o glicozurie de 30 gr. pe zi, cu reacțiuni de acidoză pozitive; i-se mai prescrie odată pe săptămână zile de legume verzi, în timpul cărora glicozuria se mai reduce însă reacțiunile de acidoză persistă pozitive. Bolnava pleacă acasă în 15/III, cu acest regim, cu 100 gr. pâine pe zi și odată pe săptămână zi de legume verzi însă fără insulină.

Timp de 4 luni bolnava vine săptămânal la control la ambulanța clinice; glicozuria variază între 25—35 gr. pe zi; reacțiunile de acidoză constant pozitive. Pe urmă bolnava nu mai vine la control și nu mai știm nimic de ea până când în 3/XII/1927 ora 9 a. m., este adusă în clinică în stare comatoasă. Exhală un miros intens de acetona în jurul ei, respirația este de tip Kussmaul este extrem de palidă, nu răspunde la nici o întrebare, înghite foarte dificil Puls 120. Aparținătorii declară că bolnava de 2 zile este deprimată; de o zi varsă și de 2 ceasuri este în stare de inconștiență. Mai spun dâșii că, bolnava în ultimul timp nu se mai prea ținea de regim. Urina obținută prin cateterism conține zahăr 3,8 $\frac{0}{100}$, reacțiunile Legal și Gerhardt intens pozitive. Glicemie 2,90 gr. $\frac{0}{100}$. Rezerva alcalină 13 $\frac{0}{100}$, p. H. 7,05. În fața acestei stări se începe un tratament energic cu insulină (Degewop). Primește insulina pe cale intravenoasă și subcutanată în doze mari tot la 2 ore acompaniată de injecțiuni sau ingestii de zahăr, până ce acidoza dispăre și bolnava își revine la cunoștință. Paralel primește injecțiuni cu cardiotonice. În primele 24 de ore bolnava a primit 350 unități insulină, dintre cari 150 pe cale intravenoasă. La 6 ore după începerea tratamentului bolnava este revenită complet la cunoștință în decurs de 24 de ore acidoza urinară este numai în urme. Ziua următoare bolnava necesită numai 100 unități insulină subcutanat, acidoza dispăre complet. Apoi cu încetul

se tinde la tratamentul cronic cu insulină bolnava este instalată la un regim mixt cu 120 gr., pâine, cu care necesită 70 unități insulină spre a se menține fără acidoză și cu o glicozurie redusă, 5—10 gr. pe zi. Bolnava învață singură a-și face injecțiile, după 3 săptămâni părăsește clinica în stare bună cu regimul și doza de insulină de mai sus. Vine la control la 2 săptămâni și până în prezent se simte bine. Glicozuria se menține redusă 5—15 gr., aceturie negativă. Greutatea 63 kgr.

Iată deci o bolnavă cu diabet grav cu denutriție azotată, care din cauză materială este silită de a suprima injecțiunile cu insulină, ajunge în comă diabetică, de unde este salvată cu ușurință, apoi cu un tratament insulinic cronic se menține foarte bine de 1 1/2 an.

Obs. VI: B. E. femeie de 28 ani căsătorită, intră în clinică la 21 Oct. 1927. În familie nimeni n'a mai suferit de diabet sau de altă boală de nutriție. La etatea de 9 ani a suferit de pneumonie, menstruată la 13 ani, apoi menstruația a urmat regulat. Are 2 copii sănătoși. De vr'o 7 luni bolnava observă, că are o sete mai mare ca de obicei; bea 3—4 litri de apă pe zi și cam tot atâta urinează. Are și o poftă de mâncare mai exagerată ca de obicei. Însă acestor simptome bolnava nu le dă nici o importanță, nu consultă nici un medic. Acum 5 luni a fost operată într'un spital din provincie pentru o tumoră benignă a glandei mamare drepte, fără a i-se fi examinat prealabil urina. Este operată în anestezie generală cu eter și cloroform. Însă după intervenție bolnava nu se mai trezește ci trece într'o stare de dispnee, cu respirații profunde și rari. I-se examinează urina și se constată, că conține zahăr și acetonă multă, deci bolnava căzuse într'o comă diabetică în urma anesteziei generale. Cu ajutorul injecțiilor de insulină bolnava își revine, se continuă apoi tratamentul insulinodietetic, plaga operatorie se vindecă. La două luni după intervenție tratamentul insulinic este întrerupt fără a se controla urina în acelaș timp și după câteva zile fără insulină bolnava cade într'o criză de vărsături cu dispnee și somnolență, se intervine din nou cu insulină și bolnava iarăș este salvată. După aceasta în fiecare zi i-se administrează insulină însă într'un mod neregulat și mai ales este supusă la un regim nu tocmai potrivit. Astfel se prezintă la noi în clinică în 21 Oct. 1927.

Examen la intrare. De statură înaltă, tegumentele ușor palide țesutul celulo adipos redus. Reflexele rotuliene și achiliene abolite. Din partea aparatului respirator și cardiovascular nimic de remarcă. Ficat, splină nepalpabile.

Deja în timpul, examinării se simte un miros de acetonă, ce îl exală bolnava prin respirație. Examenul imediat al urinei, zahărul este intens pozitiv (3,23%), că reacțiunile de acidoză arată că

pentru acetonă și acid diacetic sunt intens pozitive. Albumina este negativă. Rezerva alcalină în sânge $40^{0/0}$, p. H. 7.31 Glicemia 3,10 la mie. Deci bolnava se găsește într-o stare de acidoză intensă și se institue un tratament în consecință. Se prescrie un regim mixt cu 120 gr. de pâine, dându-se în acelaș timp 100 unități de insulină Wellcome pe zi. Am crezut că doza de 100 unități va fi suficientă pentru combaterea acidozei prezente, această cantitate în tratamentul obișnuit neadministrându-se decât în cazurile cele mai grave de diabet.

Însă se vede că doza de insulină administrată n'a fost suficientă pentru combaterea acidozei, fiindcă în ziua următoare, în 22/X, la ora 7 dimineața bolnava are vărsături, are dureri în epigastru în formă de bară, are fiori prin tot corpul, prezintă o respirație grea, cu mari pauze între respirații (tip Kussmaul), se simte în întreaga cameră un miros intens de acetonă, bolnava este somnolentă, abia răspunde la întrebări, globii oculari sunt ipotonic. Fenomenele de acidoză se intensifică extrem de repede, fiindcă la ora 8 bolnava este în comă complectă. Puls 120. Se intervine imediat printr'un tratament energetic cu insulină, cardio tonice la 2—3 ceasuri. Glicozurie $3,2^{0/0}$. Rezerva alcalină $10^{0/0}$ p. H. 7.07. Leğal, Gerhardt intens pozitive, glicemie $3,5 \text{ gr. } ^{0/100}$.

Se dă insulină (Wellcome) în doze foarte mari la 2—3 ore, pe cale intravenoasă și subcutanată, după fiecare injecție se dă zahăr pe cale intravenoasă și pe gură. În prima zi bolnava primește 480 unități insulină în total, dintre cari 180 pe cale intravenoasă. A doua zi a primit 390 unități insulină, a treia zi la fel 390 unități, a patra zi 300 unități, a cincea zi 220 unități, a 6-a zi 210 unități. Se constată deci că este vorba de un caz extrem de grav, cinci zile de arândul este necesar de a ne lupta cu doze neobișnuit de mari de insulină spre a salva bolnava din starea comatoasă, în care a căzut. Abia în a 6-a zi de tratament acidoza este dispărută complect și bolnava se simte complect bine. În mod progresiv se tinde apoi la tratamentul cronic cu insulină, se ajunge la un regim mixt cu 160 gr. de pâine, care necesită zilnic 140—150 unități de insulină. Cu acest regim și doză de insulină bolnava prezintă o glicozurie între urme și 20 gr. pe zi, acetonuria constant negativă. Glicemia à jeun se reduce la $1,6 \text{ gr. } ^{0/100}$ în decursul timpului. Stă în clinică 6 săptămâni în care timp se urmează acelaș tratament, doza de insulină nu poate fi redusă sub 140 unități, deoarece îndată se prezintă glicozurie mai mare și acetonurie. Bolnava se reface complect, câștigă în greutate 3 kgr., are 66 kgr., talie 170 cm.; învață să-și facă singură injecțiile, învață toate normele de tratament insulinic și în 3/XII/1927 pleacă acasă cu tratamentul de mai sus. (160 gr. pâine + 140 unități insulină). Bolnava trimite urina din 24 ore la analiză săptămânal și totdeauna se menține acelaș rezultat favorabil. Rareori glicozuria trece peste 20 gr. pe zi și atunci ia 150 unități insulină pe zi, după care glicozuria imediat se reduce.

În 28/II/1928 revine în clinică pentru câteva zile pentru un control mai riguros al tratamentului, rezultatul controlului este acelaș, rămâne cu acelaș regim și aceeaș doză de insulină, nu se poate reduce sub 40 unități. Greutatea s'a ridicat la 71 kgr., stare generală excelentă.

În 2/V/1928 înlocuim insulina Wellcome în mod treptat cu insulină Degewop menținând acelaș regim, trebuind de a administra și din această ultimă insulină aceeaș cantitate (140 unit.), pentru a obține acelaș rezultat. Totuș după trei săptămâni se reușește de a reduce insulina la 120 unități pe zi menținând acelaș regim și obținând acelaș rezultat (acidoză negativă, glicozurie între urme și 15 gr. pe zi, stare generală bună).

În 9/II/1929 revine iar în clinică pentru un control mai riguros menținând vechiul regim; insulina nu se poate reduce sub 120 unități pentru obținerea rezultatului dorit. Greutatea este 75 kgr. Glicemia 1,70 gr. $\frac{0}{100}$. Stare generală excelentă. În prezent ne trimite urina la 2 săptămâni la examinare, rezultatul se menține tot așa de favorabil, bolnava își vede de ocupația ei de casnică.

Iată deci o femeie cu un diabet de o gravitate excepțională, care cu foarte mare greutate este scăpată din comă însă odată salvată și aplicându-i un tratament insulino-dietetic bine echilibrat, de 1 $\frac{1}{2}$ an trăește fără nici un inconvenient, își vede de ocupație, cei din jur o cred cea mai sănătoasă femeie, însă ar fi de ajuns de a suprima injecțiunile de insulină pentru câteva zile pentru a i-se curma firul vieții. Este adevărat că pentru întreținerea tratamentului este nevoie de o doză de insulină foarte mare, cel puțin 120 unități pe zi.

Ne mulțumim cu înșirarea acestor observațiuni cari arată în mod suficient ce poate da tratamentul prelungit cu insulină și condus în mod sistematic. Și în restul observațiilor, unde am întrebuințat insulina a fost vorba în majoritatea cazurilor de forme de diabet grav cu denutriție azotată și acidoză, la cari se impunea un tratament neîntrerupt cu insulină. De majoritatea acestor bolnavi nu mai știm nimic, desigur că cei mai mulți dintre ei neavând posibilitatea materială de a suporta costul unui tratament insulinic continuu, au sucombat în comă diabetică. De cinci bolnavi avem cunoștință că așa s'a întâmplat. Toți aceia cari au avut posibilitatea și au înțeles necesitatea tratamentului insulinic neîntrerupt, sunt și azi în viață, afară de cazurile, unde moartea s'a produs din altă cauză decât coma diabetică.

Noi nu putem constitui o statistică a moralității cazurilor

tratate cu insulină, întâi fiindcă noi nu știm de soarta tuturor cazurilor unde noi am indicat și început un tratament cu insulină și în al 2-lea rând fiindcă acolo unde s'a produs moartea, aceasta în aproape toate cazurile a survenit tocmai din cauză că s'a suprimat insulina sau că i-s'au făcut greșeli de tratament. Astfel că în aceste condițiuni o statistică a moralității n'are nici o valoare deoarece în cazurile unde tratamentul insulino-dietetic este continuat în mod ireproșabil supraviețuirea este nedeterminată; dela descoperirea insulinei, supraviețuirea este până astăzi și probabil va fi și în viitor, afară de cazurile unde moartea survine în urma altor boli asociate, în special tuberculoza. La toți autorii cari au tratat diabeticii în mod prelungit cu insulină se constată că moartea survine mai ales din cauza greșelilor comise în tratament de către bolnavi, din inițiativă proprie, fie că a diminuat sau suprimat doza de insulină, fie că a făcut greșeli de regim. Adesea moartea se produce din cauza procesului tuberculos, cu care este complicat diabetul. Intr'adevăr de când se tratează diabeticii în mod prelungit cu insulină se constată că moartea prin tuberculoză la acești bolnavi este mai deasă, ceea ce însă nu se poate interpreta în sensul că insulina ar reactiva focarele tuberculoase existente. Această frecvență mai mare se datorește faptului că insulina evită instalarea comei diabetice, permite acestor bolnavi o supraviețuire mai lungă și focarele tuberculoase, dese la acești indivizi, au timpul să evolueze tocmai ca la alt individ, astfel ca să ajungă în ultima fază a tuberculozei pulmonare și moarte. În schimb fără insulină acești bolnavi repede ar fi sucombat în comă diabetică și n'ar mai fi rămas timp pentru dezvoltarea focarelor de tuberculoză.

În tratamentul cronic cu insulină unii autori remarcă în unele cazuri, că pe lângă acelaș regim, doza de insulină injectată până atunci nu mai este suficientă pentru a obține acelaș rezultat, ci treptat doza de insulină trebuie urcată pentru a evita acidoza și glicozuria. Acest fapt a fost interpretat de către unii autori ca o rezistență, refractarism, față de tratamentul cu insulină. Însă M. Labbé, cu drept cuvânt susține că acest fapt nu înseamnă un refractarism față de insulină ci înseamnă pur și simplu că pe lângă tot tratamentul insulenic diabetul s'a agravat și atunci este evident că pentru a obține acelaș rezultat cu acelaș regim este nevoie cu timpul de o doză mai mare de insulină.

Totuş se descriu cazuri de diabet în literatură, cari într'adevăr sunt refractare la tratamentul insulenic, adică pe lângă toate dozele mari de insulină, glicozuria nu se reduce. În aceste cazuri mai deseori este vorba de tulburări pluriglandulare, deci în sindromul diabetic joacă rol alți factori, decât pancreasul, asupra cărora insulina n'are nici o acțiune.

Noi n'am avut ocaziunea de a observa nici un caz de aceste refractare la tratamentul insulenic.

În rezumat toți autorii sunt de acord că tratamentul prelungit cu insulină bine aplicat oprește evoluția diabetului, prelungeste în mod nedeterminat viața bolnavilor diabetici, cari fără acest tratament de mult ar fi sucombat. Sub influența acestui tratament neîntrerupt bolnavii cu diabet grav sunt făcuți din nou capabili de muncă, sunt în stare de a-și continua meseria lor de mai înainte, să fie folositori societății. Sunt nenumărate cazurile cari supraviețuiesc dela descoperirea insulinei, de 6 ani, și probabil vor trăi mai departe timp nedefinit. Unul din bolnavii noștri grație acestui tratament supraviețuiește deja de 5 ani și în prezent îi merge foarte bine. Acest tratament este numai substitutiv, înlocuind secrețiunea internă a pancreasului, care lipsește în diabet, imediat după suprimarea insulinei fenomenele diabetice reapar.

Dacă există acord aproape unanim în ce privește faptele anterioare, apoi există o vie discuție în privința faptului, dacă tratamentul cu insulină ar fi capabil să amelioreze un diabet, să mărească toleranța hidrocarbonată cu timpul, să transforme un diabet grav într'unul mai puțin grav sau ușor, în sfârșit dacă este capabilă insulina chiar să vindece diabetul. În această privință sunt unele observațiuni în literatură unde s'ar fi constatat o adevărată vindecare sub influența insulinei, apoi sunt mai numeroase cazurile citate, unde s'ar fi constatat o ridicare a toleranței hidro-carbonate, manifestată fie prin faptul că pe lângă aceeași doză de insulină se poate da o mai mare cantitate de hidrați de carbon, fie că menținând același regim, doza de insulină necesară după un timp devine mai mică.

Multe din aceste observațiuni sunt contestate de cei mai mulți autori, fiindcă nu era vorba de cazuri potrivite pentru aceste cercetări. Într'adevăr diabetul se poate prezenta sub mai multe forme (simplu, mijlociu, grav). Dintre acestea diabetul simplu este cel mai puțin potrivit pentru studiul de care

este vorba, fiindcă de fapt această formă de diabet se ameliorează totdeauna numai sub influența tratamentului dietetic, fără insulină. Cu un regim potrivit, glicozuria dispare, de obicei aci acetonurie nu există, apoi cu timpul toleranța hidrocarbonată se poate ridica în mod considerabil, astfel că până la un punct s'ar putea vorbi de o adevărată vindecare. Astfel într'un caz de diabet simplu observat de noi, toleranța hidrocarbonată dela 150 gr., pâine, în decurs de un an s'a ridicat până la 400 gr., pâine, fără insulină. Acum dacă în aceste cazuri se întrebuițează și insulina, și în timpul tratamentului se produce o urcare însemnată a toleranței hidrocarbonate, bine înțeles că această ameliorare este greu de a o atribui insulinei, din moment ce ea s'ar fi putut produce și fără insulină.

Cele mai multe cazuri de ameliorări și toate cazurile de vindecări semnalate sub influența insulinei fac parte din categoria diabetului simplu, deci fără nici o valoare pentru problema ce o discutăm. Putem conchide deci, împreună aproape cu unanimitatea autorilor, că sub influența insulinei nu există vindecare în diabet, cazurile date ca atare n'au fost potrivite pentru acest studiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Singurul diabetul grav cu denutriție azotată și acidoză este potrivit pentru a studia dacă sub influența insulinei se produce o ameliorare veritabilă sau nu. Bineînțeles că în primul rând se impune un diagnostic precis a formei diabetului, fiindcă nu orice diabet cu fenomene de acidoză este un diabet grav, trebuie să eliminăm de aci cazurile de diabet simplu în decursul cărora apar fenomene de acidoză. Într'adevăr, în decursul diabetului simplu adesea se prezintă fenomene de acidoză, cu glicozurie însemnată, fie în urma unui regim prost alcătuit, desechilibrat, fie în urma unor infecțiuni sau intervențiuni chirurgicale. Adesea la un examen simplu rămân. Dacă aplicăm insulina în aceste cazuri și acidoza dispare, toleranța hidrocarbonată se ridică, totuș nu suntem îndreptățiți să vorbim de transformarea unui diabet grav cu acidoză într'un diabet simplu, fiindcă dela început a fost vorba de un diabet simplu, cu fenomene de acidoză pasagere. Iată una din observațiile noastre în această privință:

M. A. femeie de 49 ani, intră în clinică în 13/I/1928. Prezintă un carbuncle în regiunea interfesieră, în acelaș timp prezintă și un diabet, care de altfel numai de trei zile a fost descoperit. Bolnava

prezenta temperatură 38^o, o acidoză exprimată, Legal, Gerhardt intens pozitive în urină, glicozurie 3,2^o/_o, glicemie à jeun 3,10 gr. ^o/_o. Se institue imediat un tratament intens cu insulină (Degewop), 100 unități pe zi, cu un regim cu o valoare hidrocarbonată de 150 gr. pâine, sub influența acestui tratament în trei zile acidoză dispare, în 7 zile glicozuria la fel complet dispare. Temperatura scade la normal, plaga operatorie interferieră se vindecă în 2 săptămâni complet, glicemia à jeun se reduce la 1,50 gr. ^o/_o. Greutatea 63 kgr. După dispariția glicozuriei insulina se reduce la 70 unități pe zi, fiindcă bolnava prezintă adesea după masă fenomene ipoglicemice. Bolnava învață a-și face singură injecțiile, după trei săptămâni pleacă acasă cu un regim cu 150 gr. pâine și 60 unități insulină pe zi. Continuă acest tratament acasă încă 5 săptămâni, în care timp este continuu aglicozurică și fără acidoză. Apoi în 28/III/1928 revine în clinică, este tot aglicozurică, fără acidoză, glicemie 1,20 gr. ^o/_o, greutate 66 kg. Se reduce regimul la 120 gr. pâine și se încearcă a diminua doza de insulină în mod progresiv 60—40—20—10—0, și spre marea noastră surprindere nici glicozuria, nici acetonuria n'a mai apărut după suprimarea completă a insulinei. Regimul a rămas același cu 120 gr. pâine, după 1 săptămână am cercetat și glicemia, care a rămas la 1,20 gr. ^o/_o. Bolnava de atunci până astăzi este fără insulină cu același regim și se menține aglicozurică fără acidoză, se simte bine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci în cazul de față s'ar putea spune la prima examinare, că este vorba de un diabet grav, cu acidoză, care sub influența tratamentului cu insulină s'a transformat într'un diabet simplu. Inșă mai probabil este că deja înainte a fost vorba numai de un diabet simplu, în cursul căruia datorită infecțiunii prezente s'au prezentat fenomene de acidoză, glicozurie intensă, cari cu ajutorul insulinei au dispărut repede, diabetul revenind la ceea ce a fost înainte, diabet simplu.

Chiar în diabetul grav propriu zis unde insulina nu se poate suprima fără neajunsuri pentru bolnav, există mai multe grade de gravitate. În formele cele mai grave, cari necesită doze mari de insulină nu se constată nici o ameliorare în decursul tratamentului prelungit cu insulină. Doza de insulină cu un regim determinat va rămâne aceeași pentru a obține același rezultat. Cazurile noastre din această categorie dovedesc cu prisosință acest fapt, fiindcă după un tratament neîntrerupt, variind între 1—5 ani, necesită aceeași doză de insulină, pe lângă același regim, pentru a obține același rezultat.

Rămân de discutat cazurile de gravitate mai redusă din categoria diabetului grav cu denutriție azotată. Aci sunt citate

cele mai multe cazuri de ameliorări, cari sunt mai verosimile. Această ameliorare de obicei se manifestă prin faptul, că după un tratament îndelungat cu insulină, se constată că pentru a obține acelaș efect doza de insulină necesară este mai redusă, menținând acelaș regim, ceea ce înseamnă de fapt că toleranța hidrocarbonată a bolnavului s'a ameliorat. Acest rezultat după autorii americani, s'ar constata mai ales atunci când bolnavul a fost ținut timp foarte lung, continuu aglicozuric și cu o glicemie normală sau chiar ipoglicemie.

Evident că un tratament condus în acest fel este destul de dificil, bolnavul fiind supus prea des la fenomene ipoglicemice. Ameliorări de această natură citează: Ed. Masou, Begg, Gudman, Wilder, Falta, Polak, Diagmond, Geyelin, Ulrich, Gladys Boyd, Bating, M. Labbé, Desgrez-Rathery-Fromel, Joslin, Root, White. Inșă multe din cazurile citate de acești autori nu prea rezistă la o critică severă, fiindcă ele par a fi mai mult cazuri de diabet de gravitate mijlocie, în ameliorarea cărora și regimul simplu joacă rol important. Nu mai încape discuție că ameliorări veritabile sunt posibile în decursul tratamentului îndelungat cu insulină, inșă acestea sunt cazuri destul de rari. Noi înșă am observat asemenea ameliorări într'o măsură destul de mică în vro trei cazuri, unde insulina cu timpul a putut fi redusă cu 20—30 unități la bolnavi, cari luau 70—80 unități insulină pe zi. Inșă fapt este că nici unui autor, nici nouă, nu ne-a reușit ca într'un caz de diabet grav să suprimăm insulina complet fără ca să revină fenomenele de acidoză, glicozurie, etc.

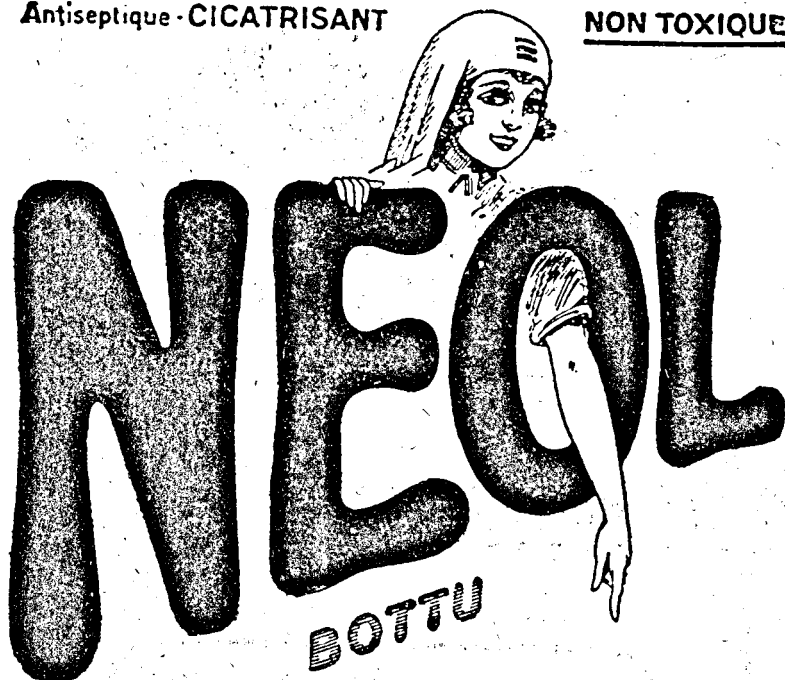
În ce privește mecanismul ameliorării ce se constată în unele cazuri de diabet există două ipoteze explicative. Una susține că sub influența tratamentului insulinic s'ar produce o regenerare anatomică, țesutul pancreatic, atât acini glandulari, cât și insulele endocrine, se multiplică. După o altă ipoteză ar exista o simplă regenerare funcțională a țesutului endocrin pancreatic, produsă sub influența insulinei.

CONCLUZIE : *Tratamentul prelungit cu insulină prelungește în mod nedeterminat viața diabeticilor, care inșă trebuie continuat neîntrerupt. Sub influența acestui tratament continuu, bolnavii cu diabet grav sunt făcuți din nou capabili de muncă, în stare de a-și continua meseria lor de mui înainte. Sunt nenumărate cazurile cari supraviețuiesc dela descoperirea insulinei,*

de 6 ani, și probabil vor trăi mai departe timp nedefinit, pe când fără acest tratament demult ar fi sucombat. Tratamentul insulinic este numai substitutiv, înlocuind secreția internă a pancreasului, care lipsește în diabet, după suprimarea insulinei fenomenele diabetice reapar. Insulina în cele mai multe cazuri oprește pe loc evoluția diabetului iar în rare cazuri după un tratament îndelungat se produce chiar o ușoară ameliorare a diabetului manifestată prin mărirea toleranței hidrocarbonate, această ameliorare probabil se produce în urma regenerării funcționale pancreatice sub influența insulinei. Ameliorarea ușoară ce se constată în unele cazuri ne îndreptățește de a spera într-o regresivitate a fenomenelor diabetice în aceste cazuri. Cu tot tratamentul insulinic se pare că există cazuri care evoluează în gravitate.

Antiseptique - CICATRISANT

NON TOXIQUE



BCU Cluj / Central University Cluj guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

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

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).
Agent pour la Roumanie: Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

HÉMOSTYL

Anémies

DU DR.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10^{cc} de Sérum pur

(A) *Sérothérapie Spécifique* des ANÉMIES (Carnot)
(B) *Tous autres emplois* du Sérum de Cheval:
HÉMORRAGIES (R. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop. Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

PROGRESE RECENTE IN RADIOLOGIE

de

D-r. H. FISCHGOLD

Radiografia totală. Nu sunt decât doi ani, de când casa Acva a realizat prima radiografie a întregului corp, prin alăturarea mai multor clișee parțiale. J. Belot ne dă tehnica și indicațiunile ei.

Radiografia întregului corp este obținută de el pe un singur film cu dublă emulsiune, lung de 2 metri și lat de 0,50 cm. Filmul e așezat într'o casetă specială cu 2 ecranuri întăritoare. Ampula radiogenă este montată la o înălțime de 4 metri, conul luminos având un diametru de 2,10 m. Cu o distanță de 3,50 m., și o intensitate de 50 m.A. la 95 Kw., trebuie expus 6—10 secunde. Se obține astfel întreg sistemul osos și cavitățile vizibile fără artificii. Indicațiunile acestei metode sunt: corpurile străine multiple, maladiile generalizate ale sistemului osos (metastaze multiple, sifilis, osteomalacie, maladia lui Paget); turburările în dezvoltarea scheletului; studierea staticii scheletului și anatomia artistică. Contraindicațiunea: greutatea de a obține filme, casete și ecrane de asemenea dimensiune și mai ales scumpetea lor.

Cefalografia (2) A. Béclère, rezumă toată problema diagnosticului tumorilor cerebrale. În afară examenului clinic neurologic care păstrează toată însemnătatea lui, este necesară explorațiunea fizică a capului. Această explorațiune, poate fi astfel schematizată: a) cerebrescopia sau examenul fundului de ochi, b) măsura tensiunii intracraniorachidiene, c) cefalografia. Cefalografia la rândul ei se subîmparte în 1. craniografia 2. encefalografia.

Craniografia este explorarea radiografică a cutiei craniene. B. crede că acest examen a ajuns la o atât de mare complexitate, încât el trebuie făcut numai de neuroradiologi. Cu tehnicile speciale ale lui Stenvers, Mayer, Lysohn putem azi radiografia stânca cu toate particularitățile ei de structură și contur; se pot astfel examina meatul auditiv intern, canalele semicirculare, melcul; tumorile nervului auditiv realizează un sindrom special (lărgirea meatului auditiv intern, erodarea feței posterioare a piramidei, leziuni

ale vârfului). Deasemenea gaura și canalul optic (tehnica lui Steenhuis) pot fi examinate ușurând astfel diagnosticul gliomilor nervului optic. Pentru asemenea examene, sunt adesea necesare până la 10 clișee obicinuite ori stereografice, iar interpretarea lor o adevărată artă.

Encefalografia. Prin o radiografie craniană făcută cu o tehnică perfectă (diafragm Bucki-Potter, stereo), nu putem obține nici o indicațiune asupra creerului, care este mult mai transparent razelor decât cutia craniană; cavitățile creerului sunt pline cu un lichid care are aceeași opacitate ca și substanța nervoasă. Această substanță normală ori patologică (tumori) nu devine vizibilă decât atunci când se impregnează cu calcar. Asemenea calcificări sunt obicinuite la tumorile extra selare având ca punct de plecare pungea lui Rathke (75%) și destul de frecvente la psamoame.

Și în acest domeniu a fost nevoie să se recurgă la contraste artificiale, fie scoțând lichidul și înlocuindu-l cu un gaz oarecare (de 800 ori mai puțin dens decât substanța creerului), fie introducând în acest lichid o substanță mai opacă, lipiodolul.

Prima metodă, descoperită de Dandy, încă de acum 10 ani, a fost mult aplicată. Introducând în ventriculii cerebrali aer sau alt gaz, fie prin trepanație și punșiunea ventriculilor, fie pe cale rachidiană, cavitățile ventriculare se desemnează foarte clar pe clișeu.

Radiografierea în diferite pozițiuni, permite explorarea în întregime a ventriculilor laterali și mijlociu. Orice distensiune a lor prin hidrocefalie ori deformare și deplasare a lor prin comprimare (tumoră) devin vizibile prin metoda lui Dandy. Tocmai acele tumori, cari prin situația lor anatomică sunt mai greu de localizat, la cari simptomele de hipertensiune predomină asupra celor de compresiune localizată, (tumori frontale, temporale și ale regiunii centrale a hemisferelor) sunt mai vizibile prin encefalografia gazoasă. Metoda este însă periculoasă. După Grant, ea atinge 8% mortalitate, ceea ce este enorm pentru o metodă de diagnostic.

În 80% din cazuri, această metodă dă o indicațiune precisă asupra tumorii și localizării ei. În 30% din cazuri s'a localizat prin ea o tumoră asupra căreia clinica nu putea da vreo indicațiune; din acestea din urmă, 50% au fost operate. Encefalografia gazoasă a ajuns deci o metodă prețioasă de explorațiune, numai în mâinile unor neuroradiologiști experimentați; întrebuințarea ei, rămâne rezervată numai acelor cazuri, în care toate celelalte metode de diagnostic au eșuat și în care riscurile ei rămân cu mult subț acel pe care-l prezintă evoluția normală a maladiei.

Encefalografia opacă, cu care s'a ocupat Sicart, se bazează pe opacitatea lipiodolului și în inocuitatea lui; Sicart folosea două feluri de lipiodol: greu (35 ctg. iod metalic la cc) și ușor (11 ctg. la cc.); primul fiind mai greu ca lichidele organismului, cade la fund, al doilea plutește deasupra lor. S. a introdus lipiodolul direct în ventricul (prin trepanație).

Lipiodolul rămâne strâns într'o bilă și nu dă decât o vedere fragmentară a ventriculului; introdus pe cale fragmentară rachidiană, lipiodolul pe lângă o fragmentară vedere a ventriculilor, dă oarecare indicațiuni asupra permeabilității găurilor lui Magendie, Luchka și Monro. El rămâne însă câteodată în spațiul subarahnoidian, fără ca vreo leziune patologică a acestor orificii să existe. S. a mai încercat să emulsioneze lipiodol ascendent în lichidul c. r. extras, reintroducând emulsia pe cale rachidiană; metoda s'a arătat foarte periculoasă și un bolnav a succumbat după o asemenea încercare. Ventriculografia opacă nu aduce nici un folos și deocamdată a fost părăsită.

Encefalografia arterială Egas Moniz, injectează cu o tehnică operatorie foarte grea, o soluție de 25% iodură de sodiu în carotida internă și radiografiază imediat după aceea arborele arterial encefalic. Prin acest procedeu a diagnosticat o tumoră a lobului temporal.

Sicart a încercat să injecteze lipiodol în carotidă și în sinusul longitudinal. Rezultatele encefalografiei arteriale sunt încă foarte problematice și riscurile ei atât de mari, încât ea nu poate fi aplicată decât acelor bolnavi a căror sfârșit este dinainte pecetluit.

Terapia cu raze ultra-moi (Grenzstrahlen) 3. La al 17-lea congres al radiologilor germani, Bucky și-a expus noul lui tratament cu razele limită. B. pleacă de la considerațiunea că cele mai moi radiațiuni Röntgen, cari trec prin sticla obicinuită a ampulei radiogene (conținând silciu) sunt absorbite de piele în doză de cel mult 40%. La această absorbție iau parte toate stratele, deci și cel germinativ cu celule bazale. Ori la 10 Kv., și produce astfel raze foarte moi, de lungime de unde mai mare ca 1 Å (angström). În tubul de Röntgen se face o fereastră Lindemann, a cărei sticlă are în compoziție corpuri cu pondere atomică mai mică decât siciliul (bor, lithium, berlium). Aceste radiațiuni foarte puțin penetrante, sunt în întregime absorbite de stratele superficiale ale pielii; eritemul apare după 4—5 zile și rămâne vizibil 14—21 zile.

Caracteristic acestor radiațiuni ar fi faptul că oricât s'ar supra-doza, veziculele și ulcerățiunile se vindecă ușor, sunt nedure-roase și nu dau naștere leziunilor tardive (telangiectazii și atrofii). Radiațiunile B. sunt deci nedăunătoare, vindecă într'un timp scurt, pot fi repetate oricât de des și aplicate acelor regiuni unde organe subiacente contraindică tratamentul cu raze obicinuite (scrot). Rezultatele ar fi excelente în: eczemă, acnee, lichen ruber, prurit, lupus eritematos, sicosis. B. pretinde că noile radiațiuni, constituie tratamentul ideal al afecțiunilor pielii. Martenstein și Juon susțin însă că radiațiunile B. nu ar fi complect inofensive. Chiar Bucky revine asupra primelor afirmațiuni, arătând că o întrebuintare de zordonată a acestor radiațiuni nu este lipsită de primejdii, Dozarea acestor radiațiuni cu ionometru fiind dificilă și randamentul tuburilor foarte variabil, este explicabil că rezultatele nu sunt aceleași la toți cei cari le-au utilizat. Saidman le găsește utile în eczemă și ulcerul

varicos, dar nu în lupus și psoriasis. Eller și Anderson sunt de tot sceptici cu noul tratament. Fuhs din Viena a obținut rezultate foarte bune în tuberculoza verucoasă, lichen cronic, eritem indurat Basin, mycosis fungoid; bune, în sycosis, eczemă, psoriasis; de loc rezultate, în lupusul vulgar, acnee, prurit esențial, keloizi. Dozarea o face după timp, atât pastila S. N. cât și ionometru nefiind întrebuintabile.

Dauvillier a construit un tub cu anticatodă de aluminium și fereastră de celofan, cu care produce radiațiuni cu o lungime de undă de 8 A, deci de patru ori mai lungi ca acele a lui B. Saidman a comparat razele lui Bucky cu cele a lui Dauvillier și cu razele U. V., și găsește că cele mai eficace sunt acele a lui D. Toate cercetările de mai sus deschid noi orizonturi în radioterapie. Din ele vedem că perfecționările nu se realizează numai prin creșterea voltajului și a penetrațiunii, ci și într'un sens invers. Cu descoperirea acestor radiațiuni limită (8 A), rămâne neutilizată doar o mică porțiune din spectru; cele mai scurte unde U. V., au 150 A.

*Radium-points.*⁴⁾ La al 19-lea congres de radiologie german, ținut la Hamburg (18—21 Sept. 1928). Max Heiner a făcut o comunicare menită a avea mari consecințe în radiumterapie. Pentru întâia oară, a răușit fabricarea unui aliaj de platină și clorură de radium (4—10 Ra la 100 PI). Acest aliaj este format în ace, sârme și fire cu o grosime până la 0,2 mm. Acul este înfipt direct în țesutul bolnav.

Radiațiunile radiumului nefiind filtrate, sunt utilizate toate varietățile: și . Se știe că razele alfa reprezintă 90%, iar cele beta 8%. Cu metodele radiumterapeutice de până acum, 98% din efectul radiumului rămânea absorbit în peretele tubului radiator. Acele preparate cu aliaj emițând radiațiuni nefiltrate, sunt de 10—100 ori mai active. Această activitate se exercită însă pe o rază foarte mică ($\frac{3}{4}$ cm.), deoarece atât razele alfa cât și cele beta sunt foarte puțin pătrunzătoare.

Mărimea lor diferă după cantitatea de radium pe care o cuprind (0,1—1,0 mgr. radium, lungi de 1—2 cm., groase de 0,4—0,6 mm.).

S'au făcut încercări cu bune rezultate la tumori maligne (vălul palatului, amigdale, limbă, parotidă, metastaze ganglionare cervicale tumori ale nasului. În dentistică deasemenea acul de radium va fi utilizat, deoarece el poate fi introdus prin canal până la apex.

Acele de radium pun la dispoziția practicianului un preparat de radium în același timp mai ieftin și mai activ; pielea nefiind lezată prin această aplicațiune, acțiunea lor netrecând peste o rază de $\frac{3}{4}$ cm., problema dozării își pierde din importanța ei.

De sigur, tratamentul cu radium endocavitar nu pierde nimic din importanța lui; cu atât mai puțin ar putea acele de radium să înlocuiască radiumterapia la distanță. Aceste tratamente necesită însă mari cantități de radium, și instalațiuni speciale care le can-

tonează în institute speciale. Radiumpointul, acul de radium va pune poate radiumul la îndemâna diverșilor specialiști, în un număr însemnat de cazuri.

1) D-r. J. Belot. La radiographie totale. Paris medical, N. 5 an. 1929.

2) Clovis Vincent, Toyer-Rozat, Paul Cossa et Marcel David. La ventriculographie par l'air, dans huit cas de tumeur du cerveau. Journ. de rad. Mai 1928. Sicart et Hagueneau. Radiodiagnostic lipiodolé rachimédullaire et craniocérébral. Paris medical, Fevrier 1928. Égas Moniz, Nouvelle technique de l'encephalographie artérielle. Pr. médicale 2 Juin 1928. Béclère Le radiodiagnostic et la radiothérapie des tumeurs de l'encéphale.

Journ. de radiologie N. 12-1928.

3) Bericht über die Wissenschaftlichen Sitzungen des Siebzehnten Kongresses (11 bis 13 April 1926 in Berlin). Recenzii din Journ. de radiologie 1928.

4) Kongressheft zu Bd. 37 d. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen 1928.

UN CAZ DE FEBRA TIFOIDA CU EXANTEM INIȚIAL VARIOLIFORM

de
D-r. I. ROSMAN

Relațiunile dintre febra-tifoidă și piele sunt cunoscute tuturor medicilor, căci în general în 80 % din cazuri apare roseola la începutul săptămânii a doua. Mai rar se observă abcese ale pielii așa cum le-a descris Willimzick (1). Din puroiul acestor abcese, Willimzick a putut deosebi, unele abcese în cari a găsit stafilococi, și altele în cari a găsit bacilul tific. Mai rar a observat amestecul de bacili tifici, cu diferiți alți microbi.

În anul 1922, fiind în serviciul Profesorului Pospischl din Wiena am putut observa câte-va cazuri de febră tifoidă cu abcese pe spate și la extremități, în cari nu s'au găsit decât stafilococi.

Curschmann (2) și Walko (3) au descris o epidemie de febră tifoidă cu exantem hemoragic. Herrheiser (4) și Fischl (5) au observat pe peretele abdominal niște pustule cu conținut sero-sanguinolent, care s'au transformat în puroi. Asemenea cazuri citează și Matko (6).

La acest autor mai găsim descris apariția unui exantem ca în scarlatină și rușeolă după inoculări contra febrei tifoide (7). Schöppler (8) și Cernick (9) au observat ast-fel de exanteme, apărând în a treia zi a unei febre tifoide. Bloch (10) relatează cazuri de febră-tifoidă în cari exantemul avea forma rușeolei, scarlatinei, mai rar tip eritematos.

Nou la această boală îmi pare a fi erupțiunea apărută, care erea de forma variolei.

Anamnesa: Femeia Anica P. a fost mereu în perfectă stare de sănătate. În August 1928 naște un copil. În seara zilei de 30 Ianuarie sunt chemat pentru vărsături. A doua zi pacienta a avut dureri de mijloc, cefalee și greață. Nici un frisoan și nici o apariție

pe corp. Constipație. A treia zi apare împrejurul ombilicului pustule purulente într'un număr mai mare. Temperatura ridicată și o stare generală rea. Copilul a fost luat dela sân.

4.II.929. Obrazul palid, mucoasele normal colorate. Nu există oedem sau varice, temperatura 39^o. Sensorium liber.

Pielea: Imprejurul ombilicului, în special pe partea dreaptă a abdomenului observ circa 25 de pustule de mărimea unui bob de mazăre pe fond roșu. Pustulele au toate un conținut galben murdar și prezintă aceeași desvoltare. Prin înțepare, conținutul se goleşte, scurgându-se un puroi galben, observându-se în același timp că fie-care pustulă se compune din mai multe camere. Pielea între pustule rămâne intactă. Celelalte părți ale corpului, obrazul, mucoasele sunt libere de exantem.

Limba puțin încărcată.

Plămân și inimă normal.

Pulsul moale, plin, dicrot, 115 pulsațiuni pe minut. Tensiunea maximă 13, minimă 9 $\frac{1}{2}$ cu aparatul Vaguez-Laubry.

Abdomenul: Ficatul și splina puțin mărite și palpabile.

Extremitățile, sistemul nervos, aparatul uro-genital normal.

Urina: Albumina pozitiv, zahăr negativ.

Indican pozitiv, Diazo pozitiv.

În sediment, cilindri hialini și granuloși. Leucocite și epiteli.

Formula leucocitară: Erythroците 4.44 milioane, Leucocite 11.000

Polinucleare 80 0/0, Limfocite 16 0/0, Eosinofile lipsesc, mono 4 0/0.

5.II.929. A șaptea zi de boală. Sensoriul liber.

Scaun verzui, ca pasta de mazăre, de trei scaune. Proba Widal 1:300 (tifus).

Diagnosa = Febră tifoidă.

6.II.929. A opta zi de boală. Pe piciorul stâng și antebrațul drept apar pustule cu conținut alb pe fond roșu.

În sânge s'a găsit bacili tifici. În urmă și scaune nu s'au găsit bacili. Reacția Wasserman negativă.

7.II.929. Pustulele vechi încep să se usuce. Cele noi, au conținutul turbure, purulent.

8.II. Temperatura 40^o. Pulsul manifestă o oarecare incetinire, 90 bătăi pe minut, plin, moale, dicrot.

9.II. Leucocite 4400. Eosinofile lipsă.

12.II. Pe antebrațul drept a apărut un faruncul tare.

14.II. Mamelele cari au fost legate, d'abia mai secretă.

21.II. A 23-a zi de boală.

Proba Widal 1:640 +

26.II. Scoborârea temperaturii în lysis.

Pustulele sunt aproape uscate.

Furunculul a dat înapoi.

27.II. Urina liberă de elemente patologice. Splina numai e palpabilă. Temperatura aproape normală.

1.III. Toate pustulele uscate.

2.III. Scaun, tare, regulat.

7.III. Scaunele și urina libere de bacili tifici.

14.III. Scaunele libere de bacili tifici. Pacienta fără temperatură de mai bine de 15 zile se scoală.

La terminare bolnava avea fața de culoare normală, corpul în stare bună. În locul pustulelor au rămas niște pete pigmentare a căror suprafață era netedă.

Deci la un caz de febră tifoidă tipic ca evoluție și simptomatologie a apărut un exantem inițial în formă de variolă. Diagnostic diferențial: 1) Varicelă n'a fost, fiindcă boala a început cu simptome serioase și grave și *fiindcă pustulele au avut toate aceași evoluție*, nemai apărând în vre'o altă parte a corpului 2) Deși pacienta a prezentat dureri de cap și de mijloc și deși pustulele aveau mai multe camere, nu era cazul de Variolă sau nici de o formă mai serioasă de Variolois, fiindcă anamneza nu ne dă nici un punct de infecțiune. 3) Deși aveam splina mărită Diazoreacția pozitivă și eosinofilele lipseau, nu am rămas la diagnosticul de febră tifoidă, până-ce rezultatele bacteriologice și serologice n'au fost concludente, fiindcă ficatul era mare, leucocitele mărite cu polinucleosă, putând foarte bine să am în față o infecțiune, iar erupția variolică să fie metastazele în piele, (11) Sifilisul care poate da și el ast-fel de erupțiuni a fost exclus, reacția Wasserman fiind negativă. (12) Diagnosticul a fost pus când prin proba Widal, am obținut o aglutinare 1:300 și când am găsit bacili tifici în sânge.

Pacienta care la început putea fi ușor bănuită de variolă, nu a făcut decât o formă obișnuită de febră tifoidă. *Pentru exantemul inițial varioliform*, care se întâlnește extrem de rar, am crezut necesar să public acest caz.

L I T E R A T U R Ă

1. D. m. W, 1917, pag. 154.
2. M. M. W, 1910, pag. 893
- No. 8.
3. Med. Klinik 1915, No. 12 și 13.
4. W. Kl. W, 1916 pag. 37 (Iochman: Lehrbuch der Infektiionskrankheiten pag. 38).
5. W. m. W. 1915, pag. 65.
6. W. m. W. 1915, No. 34.
7. W. Kl. W. 1916.
8. M. m. W. 1917, No. 29.
9. Med, Klinik, 1916, No. 12,
10. D. m. W. 1915 pag. 331.
11. Iochmann: Lehrbruch der Infektiionskrankheiten pag. 124.
12. Esan: M. Kl. 1924, No. 32, pag. 1109.

UN CAZ DE ILEUS DUPA O RUPTURA INTESTINALA PARTIALA SI INDIRECTA, PROVOCATA PRINTR'UN MECANISM SPECIAL IN LEGATURA CU O HERNIE INGUINALA STANGA

de

D-r. VALERIU NEGRILA

Medic primar de Spital Braşov

Aceste cazuri fiind rare, îmi permit a prezenta următoarea observaţiune:

Bolnavul Şt. Gy. de 46 ani, căsătorit, evanghelic, muncitor la o instalaţie de cherestea în Baciou, a fost lovit înainte cu 25 de zile de un laţ în abdomen şi anume în partea dreaptă în direcţie oblică, de sus în jos şi dela dreapta spre stânga. Laţul fiind prins de un circular s'a izbit de abdomenul bolnavului cu aşa putere şi viteză încât l'a trântit jos, rămânând în nesimţire timp de o oră. Când şi-a revenit a fost transportat acasă la o depărtare de şase kilometri. Intre timp bolnavul a vărsat de câteva ori; Ajuns acasă a fost examinat de Medicul Circumscripţiei, care după spusele bolnavului, i-a prescris dietă hidrică, comprese reci pe abdomen şi un medicament.

În zilele următoare bolnavul s'a liniştit dispărându-i durerile şi vărsăturile. După douăzeci de zile de şedere la pat — simţindu-se mai bine — medicul i-a permis să se scoale şi să mănânce alimente mai compacte, fiind în ordine şi cu scaunul.

Această stare de ameliorare a fost însă de scurtă durată, căci chiar în seara zilei în care se sculase, starea lui se agravează brusc prezentând din nou dureri mari abdominale, vărsături dese, balonare şi retenţie complectă de gaze.

Aceste fenomene clinice agravându-se din ce în ce mai mult şi starea bolnavului fiind alarmantă am fost chemat în consult la el acasă, unde constat următoarele:

Bolnavul în vârstă de 46 ani, de talie şi constituţie mijlocie, slăbit, şade răzimat de marginea patului luptând cu respiraţia; palid la faţă, nas ascuţit, (facies abdominal), sudori reci, abdomenul balonat în tensiune foarte mare, vărsături fecaloide, sughiţuri, retenţie absolută de materii fecale şi de gaze. Pulsul slab, mic, 130 pe minut. Ziua când consult acest bolnav era a douăzeci şi cincea dela accidentul suferit.

La examenul clinic mai amănunţit constat că orificiul canalului inguinal stâng este deschis de două degete şi liber. Deşi

când am examinat bolnavul, orificul inguinal eră liber, totuși prezența lui mi-a atras atențiunea asupra regiunii inguinale stânga pe care examinând-o mai minunțios mi se părea, că aci ar fi durerea mai pronunțată la palpate și că pe aceste două simptome nu eram absolut șigur — pânăce am constatat existența acelei hernii pe care bolnavul o purtă de mai mulți ani și care mi-a dat indiciu că leziunea internă trebuie căutată aci și că trebuie să existe o leziune intestinală în urma accidentului, în legătură cu hernia existentă.

Bazat pe aceste constatări am conchis următorul diagnostic: *o ruptură intestinală îndirectă și incompletă favorizată de hernia existentă, produsă în urma loviturii abdominale.*

După douăzeci de zile, la locul rupturii intestinale incomplete s'a format un abces fecaloid cu o evoluție lentă care apăsând asupra flexurii sigmoide și a colonului face ocluzie completă. Deci a trebuit să existe o masă întinsă care să apese pe intestine pe o suprafață mare și care să nu-l ștranguleze brusc căci în asemenea caz ar fi trebuit să fie un debut mai fulgerător.

Bolnavul este transportat la spitalul Civil Brașov unde îi fac un ultim examen rectal și constat că Douglasul se prezintă relativ liber.

Pentru a ne putea da mai bine seama de acest caz rar, îmi permit să descriu felurile și mecanismul rupturilor intestinale: Acestea pot fi produse *direct* și *indirect*. Cele directe sunt: străpunse, tăiate, împușcate, strivite; apoi complete și incomplete. Este important de știut că rupturile intestinale prin strivire, când intestinul — ajunge să fie strivit între două corpuri tari, cum sunt de exemplu tamponalele la vagoanele de tren sau când trece roata unui vehicul peste abdomen și strivește intestinul pe coloana vertebrală, se produce mai întâi ruptura mucoasei, mușchiularei și numai în ultimul moment seroasa, care în cazuri mai ușoare de strivire, poate rămânea intactă.

Așa dar, în cazuri de strivire intestinală, seroasa rezistă mai mult decât celelalte straturi și astfel se pot produce rupturi incomplete. — Invers se întâmplă la leziunile indirecte ale intestinului care ajungând sub o presiune mare în urma tensiunii interne a gazelor se va produce întâi ruptura seroasei, apoi a submucoasei și numai în urmă a mucoasei, care în cazuri mai ușoare de presiune internă, poate rămânea chiar intactă. Rupturile de acest gen se produc în cazuri de hernii cu orificiul herniar nu prea mare și cu margini rigide.

Când se exercită asupra abdomenului o presiune mare și cu viteză, intestinalele conținând gaze și fiind mobile, încearcă să evadeze de sub această presiune și să meargă acolo unde presiunea este mai mică. Asemenea locuri de rezistență scăzută le găsește în hernii prin orificiul cărora poate pătrunde o ansă intestinală cu totul, dacă canalul și orificiul herniar este mare. Când orificiul nu este prea mare și lovitura se produce cu mare viteză, ansa intestinală caută să pătrundă în canalul herniar; din cauza gazelor cari o măresc intră numai o parte din ansă în canalul herniar, când în urma presiunii se distinde ansa și se poate rupe începând cu seroase.*) Așa s'a produs și în cazul nostru ruptura intestinală incompletă și indirectă, în urma loviturii aplicată de lațul prins de circular și azvârlit cu mare viteză pe abdomen și în legătură cu existența hernii inguinale, stângi. La început, pe lângă ruptură s'a produs șocul momentan. În jûrul rupturii s'a făcut o peritonită circumscrișă cu aderență între ansele intestinale și aci între anse a perforat mai târziu — în ziua a douăzecia — după accident, formând un abces fecaloid care mărimdu-se din ce în ce mai mult a comprimat flexura sigmoidă a colonului creindu-se un cerc vicios care apoi a cauzat ocluzia intestinală completă. Library Cluj

Această stare, cu diagnoza precizată, bolnavul ajunge la operație care constă într'o simplă incizie stângă; se deschide larg abcesul fecaloid existent între ansele intestinale de unde se évacuiază o mare cantitate de puroi fecaloid; se găsește apoi locul perforației intestinului subțire care este aderent de orificiul intern al canalului inguinal stâng. Prin această constatare se confirmă exact diagnoza rupturii intestinale și întreg mecanismul ei.

După opt ore dela operație bolnavul se simte bine: pulsul și temperatura normale, iar abdomenul care se găsea — înainte de operație sub așa mare tensiune — devine acum concav. Fistula stereorală în timp de șaizeci de zile, se închide complet, iar bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Este important de știut în cazul nostru diagnoza și mecanismul rupturii intestinale, cari toate au depins de hernia inguinală existentă cu indiciu căruia am putut să localizăm ruptura și deci ca urmare simpla intervenție chirurgicală care

*) Despre acest fenomen ne putem convinge în laparatomii, în cazuri de ocluzii intestinale când unele anse balonate la maximum, la deschiderea abdomenului, când de sub scutul pârsetului abdominal o să plesnească începând cu seroasa.

dacă se făcea după procedeul intervențiilor obicinuite în cazuri de ileus — laparatomie mediană — ar fi fost dezaastroasă pentru bolnav, căci la această operație căutând după focar, se desfăceau aderențele și urma o peritonită generalizată care chiar și în cazul celei mai bune tehnice operatorii ar fi fost inevitabilă, din cauza balonării la extrem a intestinelor.

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNESCĂ IN ȚARĂ

A. - PUBLICAȚIUNI ȘTIINȚIFICE

Acta Medicală Latina

Fasc. 3 - Maiu 1928

Prof. ANDREA FERRANINI (Napoli): *Angio-ipotania constituțională*. Studiând angio-ipotonia constituțională din 1903 arată că această afecțiune este datorită unei lipse a tonusului și elasticității pereților vasculari. Citează ca semne vasculare un puls depresibil, dunga albă a lui Sergent ca expresia unei micșorări a presiunii și a tensiunii cardio-sistolice. În sistemul venos congestie hepatică, stază hemoroidară. O hipertrofie a cordului, freamăt miocardic presistolic și sistolic, o mărire a celui de al II ton aortic, o presiune artetio-capilară micșurată.

A mai descris în angio-ipotonia constituțională acrocianoza dureioasă și acrociangalgia. Nu exclude existența arterio-sclerozei cu o scoborâre a tensiunii arteriale.

Angio-ipotonia ar rezulta în urma unei instrucții lente, din rele condiții de igienă și regim la indivizii ce au predispoziție anumită cu repercusiune asupra chimismului intra-organic și echilibrului hormonal.

Diminuarea permanentă a tonusului elastic vascular în tot aparatul arterial și venos au ca efect o mărire a presiunii venoase și o turburare permanentă și cronică a nutriției vaselor, a cordului și a altor organe, o perturbare a sistemului nervos, a rinichiului și a ficatului. S'au observat insuficiențe renale, nefrite mixte, s'ază în sistemul venei porte, ascită, ciroze, astenie generală ca o consecință a angio-ipotoniei constituționale.

În alte observații autorul arată că angioipotonia ar fi cauza unei hipertrofii a cordului. — Poate simula stenoza mitrală.

Ca tratament autorul recomandă opoterapia supra-renală, cureni electrice de înaltă frecvență, masaj abdominal și precordial, pungă cu gheață precordială, băi electrice, glicerofarfați, nucleine, tonici neuro-cardiaci, neuro-tonici generali.

Fasc. 4. — Iulie 1928.

Prof. I. IACOBVICI et. G. POPOVICI (Cluj): *Considération sur la pathogénie et le traitement de l'ostéomalacie.*

Comunică un caz de osteomalacie căreia i s'a făcut trata-

mente multiple cu rezultate diferite. Este vorba de o bolnavă în vârstă de 17 ani la care la examenul radiologic găsim aspectul tipic al osteomalaciei: basin decalcificat, canal osos mărit, pereți osoși subțieți.

Cu ajutorul grefei tiroparatiroidiene și ovariectomiei au obținut ameliorări în acest caz. În cât concepțiile care admit în osteomalacie o alterație a sistemului endocrinian alături de alte tulburări au fost confirmate prin bunele rezultate ale operației.

Vindecarea a fost pusă în evidență prin semne clinice și modificări chimice și ale tonusului nerovegetativ.

A. COSACESCO: *A propos des Kystes de l'ovaire à la suite, des hysterectomies pour fibromes.*

Într'un timp relativ scurt autorul observă 2 Kiste mucoide ale ovarului la 2 bolnave cărora s'a făcut histerectomia pentru fibrom uterin și li s'a conservat ovarul ca operată să nu sufere de tulburări endocrieniene. Dat fiind frecvența transformării kistice la femeile operate pentru fibrom autorul e de părere a se extirpa și ambele ovare în timpul histerectomiei.

Fasc. 5. — Septembrie 1928

Prof. A. AUSTREGESILO: (Rio de Janeiro): *Ataques epileptoides produzidos pelo uso do brometo de canfora.*

La 3 bolnavi care în urma unei metrite gonococice au întrebuințat bromur de camfor Clin, autorul a observat conștient întrebuințat bromur de canfor clin, autorul a observat convulsii intense epileptoide. O altă observație mai demonstrativă este vorba de o doamnă căreia în urma unei cistite îi se dă bromur de canfor 1 gr. 50 în urma căreia a prezentat crize epileptoide. În cât dintr'o serie de observații reese că abuzul terapeutic de bromur de camfor produce convulsii simulând epilepsia.

Se vor da cel mult 0,60 centigrame pe zi în doze fracționate de 0,20 centigrame.

Fasc. 6. — Noiembrie 1928

Prof. P. BEGOUIN: *Traitement de l'appendicite aiguë.*

Dat fiind leziunile și evoluția variată a apendicitei autorul este de părere dacă nu putem face un diagnostic imediat, după 24 și 36 ore de observație atentă suntem în stare în cele mai multe cazuri de a pune un diagnostic de apendicită acută.

Cel mai indicat este apoi de a transporta bolnavul într'un serviciu de chirurgie unde bolnavul va fi sub supravegherea chirurgului cel puțin de 2 ori pe zi. În practică se aplică și azi percepțiile indicate de Dielafoy în apendicită: dacă nu se operează la cald, toți sunt de acord a opera la rece. Azi cu progresele tehnicei operatorii se fac intervenții precoce.

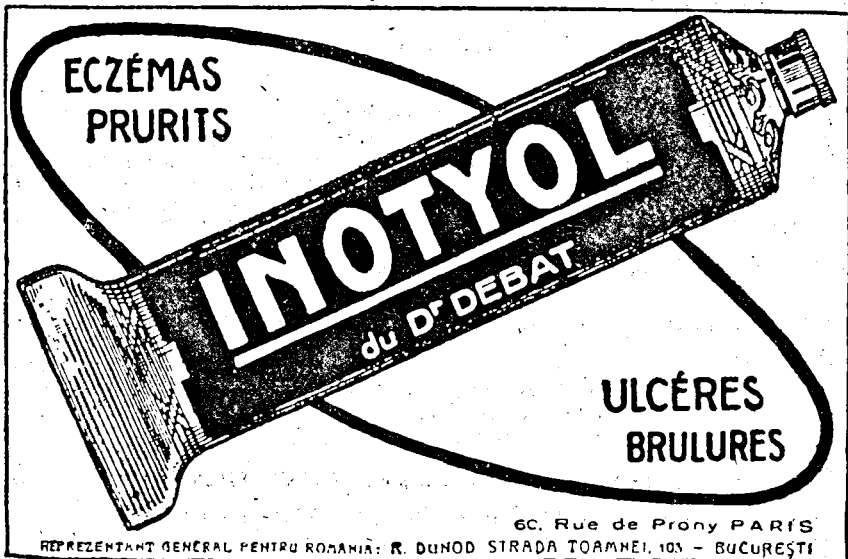
D-r. R. H.

UROFORMINE GOBNEY

COMPRIMÉS 0^r50
AMPOULES 2^{cc} & 5^{cc}

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

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



ECZÉMAS
PRURITS

INOTYOL
du D^r DEBAT

ULCÈRES
BRULURES

60, Rue de Prony PARIS
REPRESENTANT GÉNÉRAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCUREȘTI

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES

(PARIS)

FERMENTHÉRAPIE LACTIQUE

LE BIOLACTYL

Symbiose de 2 ferments lactiques orientaux.

Se présente sous les formes suivantes :

en COMPRIMÉS (étui aluminium de 60)

Prescrire : 4 à 6 comprimés par jour à prendre avant les repas dans eau sucrée.

en POUDRE (en boîtes de 6 tubes)

Sert à la préparation du lait caillé.

(Technique sur notice)

Utilisé pour pansements gynécologiques et comme „poudre à priser“, (rhinites...).

MEDICATION BILIAIRE

LE BILEYL

Extrait pur et inalterable de bile fraîche de boeuf.
Globules keratinisés doses à 0.20 cgr.

Prescrire : Prendre à la fin des repas 2 à 3 Globules.

OPOTHÉRAPIE

LES ENDOCRISINES

désignent toutes nos poudres organiques obtenues suivant un même procédé, (dessiccation à froid dans le vide).

Dans toute prescription le mot Endocrisines doit donc précéder le nom de la glande :

Ex. :

Prescrire { Cachets
Ampoules } Endocrisine-glande Fournier
Comprimés }

N. B. Tous les dosages sont établis de façon à correspondre à l'administration moyenne de 1 à 2 cachets ou comprimés par jour. Ampoule 1 par jour.

Agent pour la Roumanie RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

BULETINUL ASOC. GENERALE A MEDICILOR DIN ROMÂNIA

No. 11—12 din Noembrie—Dec. 1928 redă pe larg desbaterile avute în *Congresul al II-lea profesional al Asociației dela Chișinău din zilele de 7 și 8 Oct. 1928*, Conferința D-lui N. Săveanu, președintele Camerei Deputaților, asupra *Problemei Sanitare*, precum și interesantele rapoarte privind Raportul I: *Responsabilitatea medicului* (cea medicală, profesională, civilă și penală) raportori fiind: D-nii Prof. D. Ionescu, Avocat Al. Ionescu și Dr. Marius Georgescu.

Raportul II: *Practica ilicită a medicinei*, raportori fiind D-nii Dri., Petre Niculescu și V. Trifu. — Raportul III: *Specializarea medicilor*, raportori: Prof. Dr., N. Gheorghiu, și Docent Dr., Th. Saragea.

D-l Dr. Giurea a făcut Comunicarea: *Câteva Considerațiuni Generale asupra electro-radiologiei medicale ca specialitate* în care, dupe un succint istoric, pune la punct cu claritate și netăgăduită competență aceste puncte privind practica electroradiologiei: Este electro-radiologia medicală o specialitate independentă? Ce înțelegem prin medic electro-radiologist specializat? Ce condițiuni trebuie să îndeplinească un specialist pentru a fi considerat ca atare? Cum sunt pregătiți electro-radiologii în străinătate? Care este situația la noi? Concepțiile de la noi asupra practicei electro-radiologiei medicale? Nevoia de a se reglementa și la noi prin lege practica specialităților? Onorarul în specialitate. Propuneri de îndreptare pentru viitor.

În No. 1 din Ianuarie 1929 Dr., T. Saragea în: *Medicii și fîscul*, Dr., Solomon Ion în: *Impunerea Medicilor* denunță atitudinea ostilă ce legile noastre fiscale continuă a avea și chiar a o agrava față de Medicul practician.

Buletinul Medico.Terapeutic

D-ri PAULIAN, I. R. DEMETRESCU și C. FORTUNESCU: *Meningomyelită specifică. — Paralisie radiculară totală. — Syndrom Klumpke* (No. 10928). Foaia de observație a unui pacient. Dr. D. ZAMFIR: *Studiul patogenic și terapeutic al astmului* (urmare).

Dr. B. KRAUS: *Gonsiderațiuni asupra diagnosticului diferențial și a tratamentului cefaleei sifilitice* (urmare).

Confer. Dr. MANTE: *Colite* (urmare).

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Electricitatea medicală. Curenți faradici*.

Dr. PAULIAN: *Stările confusive post-infecțioase și terapeutica prin șoc* (No. 11—928). O pacientă în urma unei infecțiuni cu afinitate neurotropă face o stare confusivă însoțită de gatism. Se practică terapia febrilă de șoc prin injecțiuni intravenoase de vaccin antitific-paratific. S'au făcut opt injecții și pacienta părăsește spitalul vindecată.

D-ri I. GHEORGHIU și A. PAUN: *Tetanos formă subacută vindecată prin seroterapia antitetanică; Cauterizări în plagă și injecțiuni cu acid fenic soluție.*

Conf. Dr. MANTE: *Nefritele. Clasificarea, etiologia, anatomia patologică și formele clasice ale nefritelor.*

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Fizioterapia nevralgiilor.*

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Electricitatea medicală Electro-diagnosticul.*

Dri. PAULIAN și I. BISTRICEANU: *Hemoragie cerebrală și turburări de circulațiune intra-cerebrală simulând un neoplasm (No.12—1928).* Autori relatează observația unui pacient, la care fenomenele clinice pledează pentru un neoplasm, necropsia descopere însă un focar hemoragic în hemisfera stângă și ramolisment în cel drept.

Dr. D. ZAMFIR: *Studiul patogenetic și terapeutic al astmului.*

Conf. Dr. MANTE: *Nefrita Azotemică (urmare).*

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Electricitatea medicală. Studiul chronaxiei.*

Dri. PAULIAN, I. R. DEMETRESCU și C. FORTUNESCU: *Neurosifilisul conjugal (No. 1—929).* Expun o serie de observațiuni clinice de neurosifilis conjugal. Rar în aparență; dar frequent, dacă se examinează pe lângă pacient și congenerul familial. Soții fac rar aceeași localizare ca a transmitătorului.

Dr. D. ZAMFIR: *Studiul patogenetic și terapeutic al astmului, (urmare).*

Dr. IOAN M. BARCA: *Diagnosticul și tratamentul complicațiilor gastroenterostomiei Von Haker.*

Conf. Dr. MANTE: *Nefrita azotemică (urmare).*

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Electricitatea medicală. Studiul chronaxiei (urmare).*

Dri. PAULIAN, I. R. DEMETRESCU și C. FORTUNESCU: *Disociațiunea clinico-humorală în tabes. (No. 2—929).* Aduc 14 observațiuni clinice de tabes confirmat clinicește, la care reacțiunile humorale și mai ales acele ale lichidului cefalo-rachidian au fost de la început complet negative. Tratamentul specific intens ca și malarioterapia au amendat mult simptomele, confirmând diagnosticul. Cazuri rare de autori se întrebă; de ce ține această negativitate: a) la tratamentul intens anterior, deși sunt cazuri, unde el lipsește, b) este reacțiunea meningeală secundară invadării primitive a neoraxului de sifilis, c) există două feluri de sifilis nervos: unul ca și altul fără meningită?

Dri. EUGEN HERKOVITS și FRANCISC HERKOVITS: *Un caz instructiv de sciatică.* Unui pacient, trimes cu diagnosticul de sciatică esențiala pentru diatermie, autori fac o radiografie a coloanei lombo-sacrate și găsesc o tumoare malignă osteoclastică a corpului celei de a 3 vertebră lombară.

Dr. B. KRAUS: *Considerațiuni asupra diagnosticului diferențial și a tratamentului cefaleei sifilitice* (urmare).

Conf. Dr. MANTE: *Nepritele* (urmare și sfârșit).

Dr. CONST. BORDESCU: *Mariajul și gonococul*.

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Curenții de înaltă frecvență* (urmare).

Prof. Dr. M. MINOVICI, Dr. P. NEDELCU și Dr. D. PAULIAN: *Sarcom hemoragic infiltrant al regiunii hipofizare, moarte subită prin creier*, (No. 3—1929). Autori aduc o contribuție la studiul morții subite prin creier. Expun protocołul medico-legal și explică moartea prin un proces de neoformație — meningo-blastom sarcomatos —, care în viață a trecut nesemnalat.

Dr. D. ZAMFIR: *Un caz particular de meningeom frontal*. Citează istoria clinică a unei paciente, face diagnosticul diferențial, recurge la mijloace de investigație, clinică dictate de cazul expus: radiografie și concide pentru un fibro-eredoteliom meningean.

Dr. B. KRAUS: *Considerațiuni asupra diagnosticului diferențial și tratamentul cefaleei sifilitice* (urmare).

Medic Lt. Dr. ȘT. ODOBLEJA: *Un nou semn de pleurezie*. Varietate nouă de tranșonanță toracică. Se percută ușor și cât mai superficial cu latul degetului mediu, producând o plesnitură, pielea regiunii bogate în părți moi: apendicele xifoid sau epigastru. Se ascultă în spate în ori ce loc, unde bănuim o colecție, și se aude un sunet de plesnitură clar și ascuțit; de partea sănătoasă auzim sunetul grav de șoc al degetului. Semn precis, rapid și patognomic în recunoașterea „sindromului lichidian”. Cluj

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Curenți de înaltă frecvență* (urmare).

D-r. S. Paulon

CLUJUL MEDICAL

Prof. Dr. I. MINEA: *Despre factorii extrinseci ai ai regenerării nervoase*. (Fapte clinice și experimentale) No. 2, 1929.

Socotind ca factori intrinseci, aceia care derivă din însăși structura sistemului nervos, din calitățile sale anatomo fiziologice, analizează factorii extrinseci și anume: temperatura, alimentația, secreția tiroidiană.

Din toți, tiroida — după cercetările autorului — are o ipotațanță capitală în regenerarea nervoasă și deficiența ei funcțională este evidențiată prin scăderea metalobismului bazal. Interesante observațiuni personale vin în sprijinul acestor constatări și autorul găsește terapia tiroidiană absolut necesară în multe cazuri de stangnare sau întârziere a procesului de regenerare nervoasă.

Studiul se mai ocupă de neurotropismul anumitor organelor arătând că ganglionul limfatic este cel mai neurotrop din țesuturi și

că grefarea sa trebuie aplicată în chirurgia nervilor periferici ajutând la cicatrizare.

Prof. V. PAPILIAN și Dr. MARIETA JIANU : *Influența sistemului vegetativ în mecanismul glicemiei provocate.*

Autorii voesc să vadă dacă simpaticul nu are și el un rol în producerea glicemiei pilocarpinice, după cum parasimpaticul are un rol în mecanismul celei adrenalinice.

Rezultatul cercetărilor sunt următoarele:

1. Integritatea simpaticului este necesară producerii glicemiei parasimpatice.
2. Pneumogastricul singur este insuficient în mecanismul hiperglicemiei, după cum insuficient este și simpaticul singur.
3. După secționarea nervilor splanchnici mecanismul glicemiei parasimpatice este deranjat.
4. Sistemul vegetativ are, după toate probabilitățile un rol important și în utilizarea zahărului țesuturilor.

Docent TH. HRYNSCHAK — Wiena : *Primul ajutor în retenția urinară acută.*

Imposibilitatea de a urina însoțită de senzația imperioasă de micțiune o numește retenție urinară acută. Pentru a o trata trebuie cunoscută cauza: în primul deceniu nealformații congenitale, până la 30 ani prostatitele, până la 50 ani stricturile și după această vârstă hipertrofiile de prostate. La acestea se adaugă retențiile urinare de origine spinală. După această fiecare formă se va trata suprimând cauzele.

Docent I. ALEMAN și Dr. P. SARRU : *Influența mediului buco-dentar asupra stărei generale.*

O expunere generală asupra influenței mediului buco-dentar asupra stărei generale cu expunerea concludentă a unor cazuri clinice de adenopatie cervicală, diplopie, irite de origine dentară.

Concluziile autorilor atrag atenția asupra necesității ca medicii practicieni să se intereseze și să trateze și starea mediului buco-dentar.

Dr. TRAIAN POPOVICI : *Considerațiuni asupra operației lui Doppler.*

După procedeul de revitalizare Steinach a urmat „simpatectomia caustică” a lui Doppler. Acest metod constă în cauterizarea simpaticului, vaselor spermatică (prealabil descoperție și izolate) cu o soluție de fenol 7 %.

Autorul referă rezultatele cercetărilor asupra animalelor și bolnavilor de demență precoce, conchizând la o ușoară ameliorare a schimbărilor de nutriție și unele simptome de stimulare pronunțate, dar toate repede trecătoare.

Dr. E. NICOARA : *Contribuțiuni la studiul chistului hidatic al splinei.*

După o expunere parazitologică și clinică, publică o observație personală și ajunge la concluzia existenței rare a chistului hidatic al splinei iar ca tratament recomandă spenectomia.

Dr. N. LENGYEL: *Considerațiuni asupra uretritelor negonoreice și tratamentul lor.*

Existența lor în număr mare a determinat publicarea articolului. După o privire generală asupra simptomatologiei și bacteriologiei acestor uretrite le împarte în 4 grupe:

Traumatice, determinate de afecțiuni interne, cauzate de leziuni ale mucoasei uretrale și venerice (bacteriogene și micotice). În afară de tratamentul general al uretritelor fiecare se va trata după cauzele determinante.

L. DANIELLO: *Despre pneumotoracele terapeutic bilaterale în legătură cu 5 observațiuni personale.*

Pornind dela 5 cazuri personale de pneumotorace terapeutic bilaterale, autorul se ocupă întâiu de pneumotoracele bilaterale alternante, stabilind indicațiile, contra indicațiile și metoda practică, trece apoi la studiul pneumotoracelui bilateral dela început simultan, arătând importanța studiului funcțional al pulmonului, interesante orientări pe care le dă spirometria precum și indicațiile, contra indicațiile și accidentele ce pot surveni.

Autorul conchide că pneumotoracele bilaterale trebuie să rămână numai la îndemâna specialistului fiindcă necesită cunoștințe de specializare și multă experiență personală.

Docent DANIEL KONRADI și Dr. LEONIDA POP: *Considerațiuni critice asupra valorii reacțiunii Prunell în comparație cu Bordei Wassermann, Sachs Georgi și Muller.*

Care este cea mai bună reacție serologică în sifilis? O chestiune care preocupă lumea medicală și care s'a desbătut la secția respectivă a Ligei Națiunilor. Autorii reiau controlul reacției lui Prunell — cercetată și de Banciu și Vătâmanu în clinica Prof. Nicolau pe o mie de cazuri.

Autorii conchid că metoda Prunell se recomandă ca o reacție specifică, citirea ei fiind ușoară și cu rezultate mai rapide. Din celelalte reacții recomandă pe cea originală Wassermann, Sachs-Georgi și Muller Ballungsreaktion. Metoda Prunell nu poate fi întrebuintată în lichidul cefalo-rachidian.

Autorii mai cred că reacția nu trebuie numită serohemofloculație fiindcă se bazează pe o simplă hemoliză.

Dr. I. GAVRILA; *Un caz de mixoedem la adult tratat cu tiroxina Schering.*

Relatează cazul unui bolnav de 42 ani cu fenomene clinice de mixoedem, la metabolismul bazal scăzut la 37 %.

Bolnavul este tratat cu tiroxină (principiul activ al tiroidei produs pe cale sintetică). Se administrează bolnavului 4 tablete pe zi în doză de tiroxină Schering și după 10 zile metabolismul bazal revine la — 15 % fenomenele se amendează mult. După o lună de tratament bolnavul scade în greutate și metabolismul bazal ajunge la — 0,9 %. Ameliorarea clinică este evidentă.

Dr. C. BERARIU: *Astmosedina în tratamentul asmului bronșial* (No. 3/1929).

Astmosedina este o soluție injectabilă, constituită din părți egale de sol. adrenalină 1⁰/₀₀ și extract al bolnavului nervos de hipofiză.

Din cazurile tratate cu astmosedină în clinica Prof. Hațieganu autorul conchide că astmosedina întrerupe accesul de astm la foarte scurt timp după administrare. Calmând și distanțând accesele, permite tratamentul ctiologic rămânând singurul tratament preventiv sau jugulator al acceselor când tratamentul cauzal a eșuat.

Dr. M. HALIȚA și Dr. I. GAVRILA: *Acțiunea apei minerale „Hebe“ de Sângeorgiu-băiu, izvorul principal, asupra secreției urinare* (No. 3/1929).

Dr. DOMINIC STANCA: *Ambulatorul polichinic ca organ special în combaterea plăgilor sociale* (No. 3/1929).

Prof. Dr. M. BOTEZ și Dr. R. MOGA: *Raport de activitatea institutului antirabic din Cluj în anul 1927.*

Din raport reese activitatea intensă depusă de institut la care s'au prezentat în decursul anului 1927 un număr de 3192 de persoane. Mortalitatea generală a fost de 0,17 %.

Din observațiile mortale este de reținut perioada de incubație care a variat între 12—14 zile.

Dr. C. STANCA: *Incontinența urinară și tratamentul ei chirurgical prin procedeul Goebel-Stockel.*

Procedeul lui Goebel-Stockel constă în a forma un nou mușchiu de închidere a orificiului intern vezical prin transplantarea mușchilor piramidali și suturarea lor în jurul uretrei. Descrie procedeul aplicat într'un caz personal în care rezultatele au fost mulțumitoare.

Dr. LUPAN: *Fistulă Duodenală și Colică după rezecția Reichel pentru ulcer duodenal perforat vindecată cu injecții de Insulină.*

Din cercetarea literaturii autorii constată că în clinica chirurgicală din Cluj s'a folosit pentru prima dată în cazul ce prezintă acest metod de tratament. Conchide la eficacitatea insulinei care activează procesul de cicatrizare reducând și durata vindecării.

I. ORIENT: *Dozarea cantitativă a chloroformului și chloralhydratului cu metoda micrometrică.*

O metodă personală simplă și exactă bazându-se pe reducerea SO₂. Cu în soluție alcalină prin acțiunea chloroformului în Cu₂ O roșu.

General Dr. I. CARP — Craiova: *Agolithonul în tratamentul colecistitelor.*

Autorul comunică o parte din cele 15 cazuri de colelitiază tratate cu acest preparat și arată efectele obținute socotindu-le mai mulțumitoare decât cu alte preparate similare. În toate cazurile tratate ameliorarea a fost evidentă.

Dr. I. GAVRILA: *Insulina Degewop în tratamentul diabetului.*

Din întrebuintărea acestei insuline pe un mare număr de bolnavi autorul conchide că insulina Degewop are o eficacitate tot atât de însemnată ca și a altor mărci.

Mai are un avantaj: că este din cele mai eftine și deci la îndemâna bolnavilor lipsiți de mijloace.

Dr. C. STANCA: *Contribuțiuni la tratamentul ce extracte de ovar.*

Dr. N. LENGVEL: *De parazitarea cu Cuprex Merk.*

D-r. I. Rosenstein.

C L I N I C A

(BUCUREȘTI)

No. 1, Ianuarie — Februarie 1929. — Cardiologie.

GALLAVARIN și TOURNIAIRE: *Stenoză aortică nereumatizmală a indivizilor tineri.* — Constatarea stenozei aortice la un individ tânăr permite autorilor de a afirma absența etiologiei reumatismale a acestei cardiopatii. Autorii comunică 9 observații cu stenoză aortică pură la indivizi tineri. Din semiologia acestei afecțiuni reese că: 1) semnele fizice sunt extrem de nete; 2) semnele periferice ca anacrotismul, pulsus tardus, sunt extrem de inconstante. Apar într'o fază tardivă când ventricolul stâng foarte hipertrofiat începe să slăbiască. 3) stenoza este în majoritatea cazurilor pură. Această afecțiune rămâne multă vreme latentă și bine compensată. Insuficiența cardiacă survine la o vârstă înaintată. Leziunile sunt localizate la valvule care sunt îndurate și îngroșate pe fața ventriculară, sudate prin marginile lor; realizând o fantă. Se cree că sifilisul și tuberculoza sunt factorii etiologici a acestei afecțiuni.

E. DONZELOT: *Formele paroxistice ale sindromului lui Adam-Stokes.* Autorul crede că disociația paroxistă cu bradicardie ventriculară poate fi intermitentă și nu devine permanentă de cât într'o fază îndepărtată a boalei. Probabil intervine în unele subite ce nu pot fi explicate alt-fel la poliscleroși. Accesele pot fi izolate, alte-ori sunt frecvente. Accesul izolat se prezintă sub forma unei bradicardii ventriculare și fenomene vertiginoase. Paroxismul bradicardiei prin disociație se explică cu ajutorul concepției dualiste a stimulului cardiac și cu deficitul automatismului ventricular.

E. BORDET și R. GIROUX: *Importanța ortodiagrafiei pentru diagnosticul anumitor forme de aortită. Valoarea modificărilor calitative ale aortei, apropos de 2 cazuri clinice.* Din lucrările lui Vaquez și Bordet reese importanța modificărilor volumetrice și calitative ale aortei în diagnosticul aortitelor.

Bordet și R. Giroux insistă asupra valorii opacității anormale a aortei când aceasta este însoțită de semne funcționale, — de

dureri retrosternale și în absența ori-cărui semn clinic suntem autorizați de a pune diagnosticul de aortită. Comunică 2 observații clinice la care numai opacitatea anormală a aortei și durerile retrosternale au stabilit aortita, în urma căreia bolnavii au murit. La autopsie se găsesc plăci de atherom pe aortă și coronare.

J. HEITZ: *Asupra timpului de rezorbție a bulei de edem intradermică.* (Proba lui Aldrich și Mac Clure) în *afecțiunile aparatului circulator.*

Rapiditatea de rezorbție a $2/10$ c.m.³ de soluție salină 8 la mie injectată în derm este în raport cu exagerarea hidrofiliilor țesuturilor. În regiunile înfiebrate de edem, rezorbția se face cu o repeziune anormală, — deasemenea în cazurile de pre-edem. — La cardiopați atinși de edeme de stază rezorbția este accelerată, pe măsură ce bolnavul se ameliorează timpul de rezorbție devine mai

Nu există nici un raport între gradul insuficienței miocardice și durata rezorbției. La indivizii atinși de arterite stenozante sau sau obliterante rezorbția este foarte accelerată la nivelul membrelor unde nu mai sunt percepute bățile arteriale. În arteritele degetelor sau picioarelor proba lui Aldrich și Max Clure este prețioasă. Astfel în boala lui Raynaud. Se pot urmări rezultatele terapeutice cu cercetarea rezorbției bulei de edem.

CONST. DOLJAN: *O problemă cardiologică. Asistolie uscată sau disosmoză.* Acest sindrom care se observă la bătrâni și la cardiopați în vârstă este caracterizat printr'o slăbire a vârfului cordului, o slăbire a pulsului care e aritmice, cianoza extremităților, absența edemelor, oligurie, mărirea vascozității sângelui. O astenic progresivă și o diminuare a funcțiilor cerebrale, — o uscăciune a pielii. Tratamentul acestei scleroze generalizate e pur teoretic.

TH. BERTRAND-FONTAINE: *Rinichiul amiloid.* În acest articol autorul face o înșirare a datelor etiologice, clinice și anatomice a amylozei renale. Clinicește această maladie a rinichiului deși secundară celorlalte localizări se manifestă mai întâiu prin edem, o mărime a clorurilor din sânge, albuminurie masivă.—Examenul microscopic al urinelor e negativ, sindromul cardio-vascular și azotemic absent. Moartea survine în urma cașecșiei progresive. Supurațiile prelungite, tuberculoza mai rar, sifilisul se găsesc în etiologia acestei afecțiuni.

E. C. CRACIUN: *Corpi inelari Cabot în cursul anemiei saturnine experimentale.*

Autorul arată importanța corpiilor inelari Cabot ce se găsesc în hematii în anemii grave, leucemii limfoide și mieloide acute, ele constituie un caracter degenerativ al hematiilor. Dintr'o serie de experiențe făcute de autor pe cobai cărora le-a injectat sub-acetat de plumb singur sau cu toluidiamina corpiilor inelari și-au făcut apariția după 3—4 săptămâni.

Prezența substanțelor azurofile deși are un caracter degene-

rativ al hematiilor nu însemnă pronostic fatal, animalele își pot reveni dacă dozele de plumb nu au fost prea mari.

G. G. PROCA : *Disociația sino-aurticulară.*

După ce descrie varietățile posibile ale disociației sino-aurticulare simple sau complicate, autorul discută relația care există între disociația sino-aurticulară și ritmul nodal și posibilitatea unei disociații complete definitive.

B. THEODORESCU: *Pronosticul aritmiei complete.*

Autorul arată frecvența aritmiei complete întâlnite în clinică și care este bine suportată de bolnavi care au un miocard sănătos. Formele de insuficiență cardiacă însoțite de aritmie completă cedează tratamentului toni-cardiac mai ușor de cât formele cu ritm cardiac regulat.

Aritmia completă este mai gravă la un hipertensiv și la cei atinși de leziuni valvulare.

D-r. R. Hirsch.

GYNECOLOGIE ȘI OBSTETRICĂ

No. 1—2 Ianuarie 1929 Library Cluj

Prof. J. L. FAURE : *Incizia transversală în laparatomie.* Din punct de vedere estetic și când intervenția se face pentru tumori mici incizia transversală făcută în regiunea supra-pubienă dă o cicatrice solidă. Dar făcută în altă regiune și la femei obese dă o cută inestetică. În operația lui Wertheim este indicată incizia longitudinală cu sutura în trei planuri.

Profesorul C. DANIEL : *Variante în tehnica hemisecțiunii uterine pentru leziuni bilaterale ale anexelor.* Când anexele sunt voluminoase, aderente de uter și organele vecine, autorul recomandă hemisecțiunea corpului uterin cu decolarea colului (I.L. Faure).

1) Când fundul uterin de sus în jos. 2) Când anexele anglobează fundul uterin hemisecțiunea uterină se va face de jos în sus.

LAZARESCU și ANDREOIU : *Uter dublu. Hematometrie unilaterală.* Comunică observația unei bolnave la care la exameunul genital se găsește o tumoră de mărimea unui pumn pe unde se scurge un sânge negru hemolizat. La operație se găsește un uter pseudo-didelf. Anexele normale.

E. DARABAN și G. IANITZESCU : *Cancer secundar al ovarului* (tip Krukenberg). La o bolnavă ce avea ascită se constată o tumoră abdominală, cu dureri și tulburări digestive. La operație se găsește o tumoră gastrică cu metastaze secundare în ovare, peritoneu, uter, intestin și ganglion, și cu o mare cantitate de ascită.

No. 3 și 4, Martie 1929.

PAUL DELMAS: *Evacuarea extemporană a uterului la fi-nele sarcinei*, (naștere la oră fixă).

Autorul obține cu ajutorul anesteziei supresiunea inervației medulare a uterului și prin urmare a contracturii și ast-fel se poate face dilatația complectă digitală și manuală. Ast-fel că se obține dilatația în 20—15' și se poate face versiunea sau aplicarea for-icepsului. În cât se poate aplica în cazurile unde vrem s'o ob-ținem o evacuare extemporanee a uterului.

O. BEUTTNER: *Tratamentul cancerului colului uterin prin radium*. Fiecare tratament începe prin injecții intra-musculare de emanații de radiu, apoi aplicări utero vaginale de radiu. Curithe-rapia vindecă cancerile inoperabile într'o proporție destul de re-marcabilă.

C. DANIEL și AL. ȘOIMARU: *Studiu asupra retențiunii de urină după histerectomia abdominală*. Pentru a evita retenția de urină parezia muschiului vezical ce se observă după histerec-tomii autorii recomandă instilații intra-vezicale de glicerină bori-cată 10 %, în alte cazuri injecții intra-venoase de urotropină.

I. JIANU: *Procedeu de histerectomie parțială*.

Autorul face exereza fără a pune un moment în contact con-ținutul septic al cavității uterine cu câmpul operator. Disecă mu-coasa fără a deschide canalul mucos.

OSCAR VERTES: *Contribuțiuni la studiul hematocelului cor-pului uterin*. — Autorul arată că modificările în consistența epan-șamentului sanguin din Douglas sunt un semn important în diag-nosticul hematocelului pelvian.

D-r. R. Hirsch.

REVISTA DE OBSTETRICĂ, GINECOLOGIE ȘI PUDRICULTURA

(Noembrie, Decembrie 1928)

Dr. ȘT. ALBU: *Studiu critic asupra retroversiei — flexiei ute-rine*. — Un nou procedeu de histeropexie. Autorul recomandă în această afecțiune operațiunea lui Baldy modificată de D-sa, prin aceia că fixează ansele ligamentare la nivelul istmului și obține o antiversie mai bine pronunțată, și scutește mai bine uterul de mobilitatea pasivă. Autorul aplică această metodă în 45 cazuri cu rezultate foarte bune.

Dr. ȘT. ALBU: *Cercetări histologice din domeniul ginecologiei în deosebi cu privire la cancerul uterin*. — Rezultatele terapeutice ale Institutului de Obstetrică și Ginecologie din Arad.

Autorul arată rezultatul examenului histologic practicat în 742 cazuri dintre care 634 preparate sunt ale bolnavilor operate de de autor în spital.

Crede că histerectomia totală și dren prin vagin, sunt cele mai bune. Arată că numărul bolnavilor de cancer a crescut an de an. Recomandă măsuri energice ce trebuie să le ia Ministerul Sănătății contra cancerului. Să se pună la dispoziția Institutelor care se ocupă cu cancerul raiu și Röntgen.

Să se formeze în fie-care județ un centru de canceroși pentru ocrotirea canceroșilor săraci inoperabili.

Docent Dr. CONSTANTIN STANCA: *Considerațiuni statistice asupra histerectomiei totale și sub-totale* pe anii 1924—1927. Arată un tablou comparativ al procentului de mortalitate în histerectomie.

Dr. ROMULUS COSTA: *Apendicita și inflamațiunea organelor femeești*. — Arată că apendicita cauzată de inflamațiunea organelor genitale este mai frecventă de cât inflamațiunea organelor genitale cauzate de apendicită.

Transmisiunea infecției se face prin contact sau pe cale peritoneală.

La ori-ce apendicită nesigură a femeii să ne gândim și la anexită. In operațiile ginecologice să controlăm totdeauna starea apendicelui și dacă 'l găsim cât de puțin inflamât ori aderent să'l depărtăm. In cazurile de apendicită cronice afebrile e mai corect să facem incizie mediană sub-ombilicală, căci pe lângă că depărtăm putem face intervenție și la organele genitale când această intervenție e indicată.

Dr. ȘT. ALBU: *Un tratament abortiv al mastitelor*. Obține foarte bune rezultate în mastite prin injecții intra-musculare de lapte sterilizat, injecții intravenoase cu urotropină 40 % și alternat cu o inecție intra-venoasă de colargol 2 %.

D-r. R. H.

REVISTA DE CHIRURGIE

R. GUTTMAN, R. ZAHIEL și DAN THEODORESCU: *Ulcerul peptic posterior* (No. 11 și 12/1928).

Un interesant și documentat studiu făcut pe 14 cazuri. Din punct de vedere clinic autorii insistă asupra importanței ritmului anual și a acuității durerilor. In toate observațiunile durerile survin în crize tardive. Constată o extremă tendință la recidivă ceea ce dă de gândit la o diateză ulceroasă. Radiografia în serie este un adjuvant capital.

In toate cazurile au găsit radiografic „nișa” negată de autorii clasici. Autorii discută pe larg patogenia și tratamentul și însoțesc acest bogat studiu cu o bibliografie complectă și cu tablouri schematice asupra cazurilor tratate.

Dr. G. MARINESCU: *Extragerea calculilor uterali prin căile naturale* (No. 11 și 12/1928).

Autorul a întrebuințat distensiunea vezicală în trei cazuri de calculi ureterali obținând 3 succese.

A întrebuințat electrocoagularea într'un caz de calcul anclavat în ureter la 12 cm. de meat și a obținut eliminarea calculului a 13 zi în momentul căderii escarei.

Pentru calculii situați sus autorul recomandă sonda „a de-meure“ injecții anestezice și uleioase asociate cu spălături ale bazinetului. Pentru calculii juxta vezicali preconizează electro-coagularea.

Dr. M. CONSTANTINESCU și Dr. N. NESTORESCU: *Hemoglobinurie paroxistică cu un caz clinic* (No. 11 și 12/1928).

Dr. G. MARINESCU: *Valoarea uretero-pyelografiei* (No. 1/1929).

Prezintă 20 de cazuri cu pyelograme în care pyelografia s'a făcut după injecția de 20 cmc. de bromur de sodiu 25 % fără injecții de morfină prealabilă. Autorul crede că uretero-pyelografia este absolut necesară ca să stabilim diagnosticul de litiază renală și ureterală în caz de calculi mici invizibili la radiografia obișnuită. Această metodă mai permite diagnosticare. a) pionefrozelor închise, dilatațiile de bazinet și ale ureterului, confirmarea unei ptoze renale, cunoașterea permeabilității renale și în general toate anomaliile rinichiului. Prin ușurința tehnicii este ușoară de aplicat și nu numai că întărește diagnosticul dar pune și indicațiunile operatorii.

Dr. DIMITRIU MAMANT: *Un caz rar de strangulare herniară* (No. 1/1929).

Cazul prezentat oferă interes prin faptul că intervenția s'a produs după 30 ore, intestinul avea trei inele ștrangulatorii și tehnica urmată (reintegrarea anselor ciunozate în abdomen) au dus la vindecare prin primam. Autorul recomandă cura medicală de urgență înaintea fazei încarcerării.

Dr. N. ONACA: *Două cazuri de tuberculoză cutanată forma epiteliomatoasă* (No. 1/1929).

Busch a numit tuberculoza epiteliomatoasă o formă tumorală a tuberculozei cutanate, prezentând caractere macroscopice de epiteliom — diagnosticul diferențial fiind posibil doar anatomopatologic. Autorul prezintă astfel de 2 cazuri din serviciul Prof. Iacobovici, vindecate prin extirparea împreună cu totalitatea țesuturilor bolnave.

Prof. A. JIANU, Dr. DEM. PAULIAN și Int. A. POPESCU: *Tratamentul chirurgical în leptomeningi'ele cronice circumscrise medulare* (No. 2/1929).

Autorii relatează 4 cazuri în cari au practicat laminectomie apoi debridarea aderențelor și liberarea rădăcinilor nervoase.

Din 9 cazuri avute în anul 1928 unul singur a fost letal și acesta datorit maladiei și nu operației.

Dr. V. SAVESCU, V. STEOPOE și Int. ANTONESCU: *Pseudy, Kistele traumatice ale pancreasului* (No. 2/1929).

Cazul autorilor prezintă interes prin raritatea sa și prin faptul că este al doilea caz în literatura medicală, românească, primul fiind al D-rului Ghiulamila.

Operația aduce vindecarea pacientului. Observația este însoțită de o amănunțită descriere a patologiei acestei afecțiuni atât de rare.

Dr. M. GEORGESCU și Dr. V. IONESCU: *Rupturi uterine prin tentativă de abort* (No. 2/1929).

Două cazuri de ruptură uterină după tentativă de abort prilejuiesc autorilor să aducă un nou argument în favoarea controlului digital uterin preconizat de D-l Prof. Gheorghiu. Mai amintesc încă din observația cazurilor modul complex indolor de perforația peretelui uterin cu laminariile.

Prof. I. IACOBVICI și Dr. ST. JIANU: *Coxa Valga* (No. 3/1929).

Un memoriu original bazat pe 18 observațiuni personale bine studiate, cuprinzând o descriere detaliată a acestei afecțiuni.

Conf. A. COSACESCU: *Grefa osoasă vertebrală cu fragmente multiple costale în modul lui Pott* (No. 3/1929).

Autorul descrie procedeul care i-a dat cele mai bune rezultate. Materialul de grefă a fost coasta. Grefonul este fragmentat. Fragmentele multiple intercalate prezintă o serie de avantagii, printre care acela că se adaptează mai ușor în focarul vertebral preparat și prin puterea mai mare de osteogeneză ce provoacă o suprafață de activitate relativ mai mare.

Din 5 cazuri operate astfel autorul s'a putut convinge de eficacitatea neîndoelnică a metodei.

Dr. CONSTANTINESCU, Int. POPOVICI și ANTONESCU: *Corp străin al vezicii urinare la un copil de sex masculin în vârstă de 9 ani* (No. 3/1929).

Prezintă observația și rezultatele operatorii ale unui copil la care prin talie vezicală s'a putut scoate capătul unui fus de tors. Cazul este interesant, prin vârste și sexul copilului și mai ales prin natura și mărimea obiectului care a putut pătrunde prin uretră în vezică.

Conf. I. MARIAN: *Iodul în tratamentul tuberculozei osoase* (No. 4/1929).

Autorul arată rezultatele pe care le-a obținut cu preparatul său „Gaiodin” în tuberculozele osoase. La baza acestui preparat care se găsește în comerț, este iodul și conține și cloroform. Formula exactă este rezervată de autor. Ar acționa prin distrugerea capsulei microbiene și atacarea directă a bacilului devenit lipsit de acidorezistență.

Experiențe pe cobai au arătat autorului aceste rezultate împreună cu exaltarea lipasei organice și hiperleucocitoză, elemente de apărare ale organismului.

Doza de injectat se începe cu $\frac{1}{2}$ doză de 1 cmc., ajungând treptat la 1 cmc., la copii și 2—3 cmc., la adulți. Se fac 10—12

injecțiuni în interval de 5—6 zile. La injecțiuni se adaugă repausul absolut.

I. FAGARAȘEANU: *Fractură patologică a gambei într'un caz de osteită deformantă hipertrofică (Maladia lui I. Paget)* (No. 4/1929).

Cazul observat este interesant prin raritate „prin fractura spontană, și pentru consolidarea obținută cu toată vârsta de 68 ani a bolnave și cu toată maladia decalcifiantă.

REVUE MEDICALE ROUMAINE

Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU: *Les Maladies mentales et L'evolution Psychiatrique en Roumaine* (No. 1 și cu urmare în No. 2).

Autorul face o documentată expunere a evoluției instituțiilor de asistență a alienaților, arată apoi tabele de numărul și mortalitatea bolnavilor pe mai mulți ani trece apoi la studiul alcoolismului, paralisiei generale, pelagrei și encefalitei epidemice din punct de vedere social. Articolul nu este terminat și urmarea este lăsată pentru numerile următoare.

ROMANIA MEDICALA

Conf. Dr. P. TOMESCU: *Tratamentul actual al paraliziei generale* (No. 1/929).

Autorul expune pe larg metodele întrebunțate azi în terapia paraliziei generale: 1) malarioterapia (Wagner). 2) injecțiile intrarachidiene cu diferite substanțe chimice cu neosalvorsan (Marinescu), sublimat corosiv (Lafora) și în fine, 3) tratamentul general al sifilisului.

Asociind aceste procedee autorul a obținut 43 % vindecări și ameliorări.

Docent Dr. EM. SARATEANU: *Tratamentul stomatitelor* (No. 1/929).

După ce face o clasificare etiologică și descrierea formelor clinice ale stomatitelor, autorul expune pe larg tratamentul lor, Dr. CHRISTEA: *Pentru ce sifilisul își recapătă puterea de extensiune* (No. 1/929).

Autorul analizează cauzele cari contribuie la extensiunea sifilisului în țara noastră, subliniind următoarele: 1) lipsa unei serioase profilaxii prin tratament, 2) întinderea prostituției clandestine, 3) lipsa de dispensării discrete pentru tratamentul femeilor.

Propune măsuri medicale pentru străinii ce intră în țară, din cari numeroși răspândesc această afecțiune.

Se ridică contra specialiștilor improvizați cari fac un rău serviciu atât bolnavilor cât și profilaxiei.

Prof. Dr. GH. MARINESCU, Dr. STATE DRAGANESCU, Dr. IORDANESCU: *Asupra cazurilor de nevrите medicamentoase ac-*

ETABLISSEMENT CHATELAIN PARIS

Thymocalcine (Recalcifiant)
Ultragadol (Tonic)
Bilexabol (Boli de ficat)
Depurativ Chatelain
Vin Chatelain
Digeronal (Digestii grele)
Fandorine (Hemoragii uterine)
Globeol (Anemii-slăbiciuni)
Gyraldose (Toaleta intimă)
Miloval (Tonic reconstituant)

Masglandol (Opoterapie pluri-glandură)
Feminoglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Puberglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Ricomalt (Luxativ)
Sinuberase (Auto-Intoxicație)
Jubol (Constipații)

LABORATOIRES AMIDO - LILLE

Geneserine (Afecțiuni Stomacale)
Genatropine (Dureri intestinale)
Genhyosciamine (Stări spasmodice)
Genoscopolamine (Paralizii agitante)

Genostricnyne (Afecțiunile sistemului nervos)
Backerine (Cancer)
Amidal (Luxativ)
Glycobil (Tonic)
Vitamil

Echantioane și literatură gratuită.
Exclusivitatea generală.

DROGUERIA STANDARD

Strada Zorilor No. 2
BUCUREȘTI I

NOUL PRODUS ASPASMOL WASSERMANN

ANALGESIC ANTIPASMODIC DE PRIMUL RANG

Cu baza de

BENZOAT DE BENZIL 25%

Tinct. Grindelia robusta — Tinct. Belladonna — Tinct. Hiosclam
în vehicol aromatic special.

Doza: dela 20—60 picături pe zi în 3—4 reprize în lapte,
marsala, sau apă îndulcită.

Indicațiuni: Spasmul bronhic — Spasmul vascular —
Dismenoreea în toate formele ei — Spasmul piloric
Peristaltismul exagerat al intestinului — Colicile
nefritice Colicile hepatice.

Echantilloane la cererea D-ilor Medici la

Depozitul Produselor A. VASERMANN & C. din Milano

În București Bulevardul Basarab No. 37 Telefon 360 | 95.

Novalgina în tuberculoză.—Prof. O. Kuda a publicat rezultatele obținute în 100 cazuri cu novalgină în febra tuberculoșilor. Atribuie acestui preparat primul loc ca antipiretic la tuberculoși. Takebayashi a controlat această acțiune confirmând-o în totul. Administrează până la 1,5 gr. în doze fracționate.

Tratamentul erizipelului la copii.—Profesorul T. Aoki (Nagasaki) preconizează pulverizația pielii cu volume egale de Livanopol 0,1% și novocaină soluție 0,5% și injectarea aceleiași soluții în jurul placardului.

Nu se injectează mai mult de 10 cmc. din cauza pericolului de gangrenă. În acelaș timp se fac și injecții intravenoase cu tripaflavină 0,5% 1—10 cmc. după vârstă.

Anestesia locală în oftalmologie.—Dr. Schürhof, comunică observațiile pe care le-a avut cu tutocaina ca anertezic în oftalmologie. Intrebuințează o soluție de 2%. Absența dilatației pupilare este un avantaj remarcabil al tutocainei.

În operațiunile intraoculare întrebuințează cocaina fiindcă dilatația pupilară permite, să se vadă dacă soluția a acționat asupra straturilor profunde.

Pemphigus tratat cu tripaflavină.—Furs comunică la Soc. de Derm din Wiena cazul unei femei de 29 ani cu un pemphigus persistând de 6 luni cu o eosinofilie de 10% care cu o serie de 12 injecții intravenoase de tripaflavină 1% (10 cmc) asociat cu iradiații generale de ultra violete au dus la o regresie a leziunilor extremităților și trunchiului.

CONTRATENSIN

(1 fiolă 40 drageuri)

Indicațiuni: ANGINA PECTORIS
HYPERTONIA, ARTERIOSCLEROSIS

CONTRAANGIN

(1 cutie 30 capsule gelatinate)

Indicația: ANGINA PECTORIS

RENOCARDIN

(1 fiolă cu 50 tablete)

Indicațiuni: HIPERTENSIUNE PRIN
ARTERIOSCLEROSIS, NEPHR
CHRON., NEPHROSCLEROSIS ÎN
FAZA DE COMPENSAȚIE, etc.

cu literatură și eșantioane servește

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice

Strada Săcuiască, 6

cidentale produse prin injecțiuni intragluteale cu săruri de Mercur sau bismut. — Câteva cuvinte relative la tehnica acestor injecțiuni (No. 2/929).

Docent Dr. FLOREA SARATEANU: *Tratamentul peladei și pseudo-peladei* (No. 2/929).

Continuând seria articolelor magistrale de terapeutică dermatologică, autorul expune pe larg simptomatologia și tratamentul peladei și pseudo-peladei (Brocq).

Dr. MAKELARIE și Drd. SANDESCU: *Pneumocel traumatic* (No. 2/929).

Dr. VALENTIN SAVA: *Diagnosticul biochimic al intoxicației alcoolice acute* (No. 2/929).

După ce arată importanța în medicina legală a unei probe științifice de constatare a beției, arată că lui Nicloux îi revine meritul de a o fi găsit iar lui Balthazard și D-rei Marcelle Lambert de a o fi aplicat la om.

Această metodă se bazează pe oxidarea alcoolului de bicromatul de potasiu. Autorul expune tehnica metodei și trece apoi la interpretarea rezultatelor.

Prezența alcoolului în sânge în cantitate de $2-3^{0/00}$ din greutatea corporală corespunde unei stări anormale; $3^{0/00}$ corespunde stărei de ebrietate, iar cantitățile superioare de $4^{0/00}$ corespund beției complete.

Prof. Dr. S. NICOLAU: *Simptomatologia și diagnosticul general al sifilisului congenital tardiv* (No. 3/929).

Autorul face un studiu complet al manifestărilor congenito-sifilitice active cât și a stigmatelor și distrofiilor sifilitice discutând valoarea diagnostică a fiecăruia.

Un singur stigmat distrofic semnalat la un bolnav nu ne dă dreptul să afirmăm diagnosticul de sifilis; el ne dă numai o prezumțiune în această direcțiune. — Anamneza bolnavului plus seroreacțiunile vor determina diagnosticul.

Docent Dr. KAUFFMAN-COSLA: *Farmacodinamia și terapia modernă a fierului* (No. 3/929).

După ce, autorul arată modul de pătrundere și de eliminare a fierului din organism, arată rolul jucat de el în economia noastră.

Sărurile anorganice sunt cele mai active. Ele constituie materialul din care se fabrică globulele roșii după cum tot ele constituie un executant puternic pentru înmulțirea lor. Fierul e un anti-hemoragic de seamă ca și un catalizator puternic.

Citează rezultatele obținute de D-sa la doi diabetici, întrebuințând un oxid de fier activ, „Feronoviu Sideraș” și care se caracterizează prin: 1) acțiune catalitică asupra oxidației celulare 2) mărirea rezorbtiei și 3) retenție de azot.

Prof. Dr. IACOBVICI: *Cuțul muncii* (No. 4/1929). Conferință ținută la societatea studenților din Cluj „Moldova întregită”.

Cu frumoase exemple demonstrează că viața este rezultanta activității continui a elementelor ce constituie organismele. Gene-

rațiile trecute nu și-au marcat existența decât numai prin activitatea ce au desfășurat.

Cu multă durere constată că la noi se practică cultul lenei, al pomenii și al desfrâului — și cu argumente dureros de evidente arată cât este de adânc înrădăcinată în generația de azi.

Indeamnă studențimea să se scuture de acest vițiu, să se oțelească în muncă, care îi va ridica pe ei și națiunea din care fac parte.

Dr. COSTINIU — Senior: *Sindromul hypofizar la adenoidieni* (No. 4/1929).

Autorul descrie acest sindrom care la adenoidieni după 10 ani și care e caracterizat prin: torpoare intelectuale, somnolență sau insomnie, imposibilitatea de a-și concentra atenția.

Este curabil prin extirparea tumorilor și tratament cu extract hypofizor.

Confer. COSACESCU: *Asupra plăgilor zdrobite ale mâinei și piciorului* (No. 4/929).

Confer. Dr. P. TOMESCU și Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU: *Valoarea turburărilor pupilare în diagnosticul precoce al sifilisului nervos* (No. 4/929).

Autorii discută valoarea modificării și reflexe pupilare în depistarea sifilisului nervos, dând o statistică personală pe 50 de cazuri de paralizie generală și taboparalizie din care reese frecvența lor.

Dr. ADLER: *Ațiunea tripaflavinei în infecțiunile căilor urinare* (No. 4/929).

Prof. Dr. C. DANIEL: *Rachianestezia* (No. 5/929).

Autorul, după ce arată valoarea rachianesteziei, expune tehnica și tratamentul profilactic al accidentelor post anestezice.

Autorul compară aceste accidente cu fenomenele anafilactice și le pune pe seama unui dezechilibru vagosimpatic. Intrebuințează ca mijloc preventiv injecțiile intravenoase de lichid cefalo-rachidian ar avea un rol preparant, iar prin hormonii hypofizari ce conține ar excita centrii inhibați de anestezic.

Prof. Dr. LIAN și Dr. A. BLONDEL: *Angor acut coronarian febril* (No. 8/929).

Autorii adaugă la tipurile descrise deja de angină pectorală, unul nou, pe care îl numesc: „angor acut coronarian febril“.

E caracterizat prin accese dureroase precordiale cu iradiatii în brațul stâng — ce survin brusc, febră și scăderea tensiunii arteriale. — Intre accese bolnavul are o durere surdă. — Nu are dispnee, iar turburările gastrice sunt aproape nule.

Ar fi datorit unui pușeu de coronantă obliterantă.

Discută în urmă geneza febrei și diagnosticul diferențial.

Tratamentul vizează să diminue ischemia miocardică și deficiența cardiacă. — Durerele vor fi calmate prin injecții de opioece. Docent Dr. ȘT. POPESCU și Dr. BUZOIANU: *Chirurgia actuală a infecțiilor digito-palmare* (No. 5/929).

Dr. DRAGOȘ: *In chestia leprei* (No. 5/929).

Autorul este de părere să se dea mai des publicității progresele în domeniul teraputiciei leprei pentru a schimba convingerea lumii profane care consideră lepra ca una din maladiile incurabile.

Citează rezultatele bune obținute cu antileproful, în spitalele din Havana, apoi cu sărurile de antimoniu și aur.

Dr. HECTOR SEROFIDE: *Omnadinul ca profilactic în febra puerperală* (No. 5/929).

Autorul întrebuițează în locul vaccinului antistreptococic introdus în practică de Louros, omnadinul la candidatele pentru naștere. — Rezultatele obținute sunt bune și în plus acest vaccin nu dă nici'un fel de reacțiune.

Conferențiar Dr. TH. MIRONESCU și Drd. ANGHENOMEN: *Angina cu exantem particular* (No. 6/929).

Autorii citează 3 cazuri de angină însoțite de un eritem hemoragic, catifelat ce ocupa în mod constant reg. dorsală a coatelor și articulațiile metacarpofalangiene.

Pe amigdale afară de flora microbiană banală au constatat spirile. Nu au constatat descuamație.

Conferențiar POENARU COPLESCU: *Serviciul accidentelor de muncă. — Accidentele electrice* (No. 6/929).

După ce arată efectele produse asupra organismului de curentii electrice de diferite tensiuni și voltagii, autorul expune o serie de observații culese în câmpul muncii.

Indică ca tratamente eficace, respirația artificială și puncția rachidiană.

Dr. MOISESCU TH.: *Diagnosticul diferențial al durerilor toracice* (No. 6/929).

Autorul enumără întreaga serie a afecțiunilor pleurale pulmonare, cardiace, pericardice și ale peretelui toracic cari produc dureri la nivelul toracelui.

Dr. TITUS DUMITRESCU: *Epidemie de amigdalită într'un internat* (No. 6/929).

Docent Dr. T. ȘARAGEA: *Asupra tratamentului anemiei pernicioase cu ficat* (No. 7/929).

Autorul arată eficacitatea tratamentului cu ficat (Wiple) în anemiile pernicioase (Birmer). — Aplicat după indicațiile lui Minot și Murphy, acest tratament a reușit să dea rezultatele cele mai frumoase. — Asupra felului cum lucrează în organism s'au formulat numeroase ipoteze, totuși nici una nu se impune.

Docent Dr. C. N. POPESCU INOTEȘTI și Docent Dr. C. RADOSLAV: *Tratamentul diabetului în lumina datelor patogenice actuale* (No. 7/929).

Autorii după ce expun modul cum ia naștere zahărul în organism ca și metabolismul lui, expun pe larg tratamentul dietetic.

Fac apoi clasificția alimentelor din punct de vedere al bo-

găției în hydrate de carbune și termină expunând diferitele regi-muri, (regim de probă, regim de legume verzi, etc.).

Docent Dr. BALTACEANU: *Tratamentul astmului bronsic* (No. 7/929).

Articolul este o perfectă punere la punct a tratamentului astmului bronsic — în care se aduce ultimul cuvânt al terapeuticeii. Dr. H. MAKELARIE și Dr. P. CASTRU: *Corp strein rectal* (No. 7/929).

Autorii expun un caz, în care s'a extras din rectul unui tânăr un pahar de $\frac{1}{4}$ de litru introdus în scop de lubricitate. Prof. Dr. E. JUVARA: *Contribuțiuni la rachianestezie* (No. 7/929).

Autorul expune tehnica rachianesteziei, după o practică de 20 ani. — Ajunge la concluzia că este un procedeu perfect, iar accidentele de minimă importanță, dacă se respecta o tehnică precisă și se întrebuițează un ac subțire cu bizoul normal.

Dr. C. POPESCU-INOTEȘTI și Dr. C. RADOSLAV: *Tratamentul diabetului în lumina datelor patogenice* (No. 8/929).

Autorii expun pe larg tratamentul insulenic în diferitele forme de diabet subliniind contraindicațiile ei.

Examinând câteva medicamente cu proprietăți hypoglicemice se opresc puțin asupra syntalinei care dă oarecari rezultate.

Dr. COPACEANU: *Pneumotorax artificial, hemoptizi, eclampsia pleurală* (No. 8/929).

Autorul arată că pneumotoraxul produce hemoptizii, fie prin congestii și ruptura vaselor din pereții întăriți ai cavernelor (Jessen) fie prin tracțiunea ce o exercită aderențele pleurale asupra vaselor ținându-le deschise (Dumarest). Citează un caz unde o hemoragie intensă s'a produs după pneumotorax însoțită de o stare eclamptică.

Crede că aceste stări sunt produse de un reflex pleural și nu de o embolie gazoasă cum cred unii autori.

Dr. Teodoru.

REVISTA ȘTIINTELOR MEDICALE

No. 2. Februarie 1929

Dr. A. ASLAN: *Problema hipertensiunii arteriale esențiale*. Dintre teoriile numeroase ce au căutat a explica hipertensiunea arterială spazmul arteriolelor pare ipoteza cea mai justă în pathogenia acestui sindrom, — dat fiind oscilațiile însemnate în valoarea presiunii arteriale, lipsa leziunilor capilarelor și arteriolelor. — Kylin privește hipertensiunea arterială esențială ca o turburare în tonusul nervos vegetativ.

Din cercetările făcute de Danielopolu și al colaboratorilor săi cu ajutorul metodei pletismografice, reese că în hipertensiunea arterială există o amfotonie cardio-vasculară locală predominând

asupra simpaticului, care este rezultatul unor leziuni a sistemului arterio-capilar. Alterația capilară a cărei natură nu se cunoaște dese-ori mărește tonusul automotor al vaselor. Mecanismul hipertensiunii este un mecanism circular amfotrop cu predominanța simpatică localizat la aparatul cardio-vascular.

Dr. F. MARȚU: *Un an de vaccinări antituberculoase cu B. C. G. la Caracal.* 8 Noembrie 1927 — 8 Noembrie 1928. Autorul vaccinează 375 sugar, în timp de un an de zile deci 81⁰/₀ din totalul născuților și ajunge la concluzia: Vaccinarea preventivă cu B. C. G. a avut ca rezultat că nici un copil vaccinat cu acest vaccin n'a murit de tuberculoză, nici nu a prezentat vre-o turburare deci vaccinația este de o inocuitate perfectă. — Din cei 15 copii născuți din mame tuberculoase și în contact cu mamele lor tuberculoase și alăptați de ele, 14 sunt în viață iar 1 a murit de gastro-enterită.

Unii din ei sunt debili dar sănătoși cu starea plămânilor bună, adenopatii nu au.

Vaccinările le-a făcut în populația săracă care trăește în rele condiții igienice. — Reese că mortalitatea scade $\frac{3}{4}$ % față de mortalitatea generală. Prin autopsii la copii morți și cercetările bacteriologice și de medicină experimentală sunt favorabile vaccinației cu B. C. G.

V. VINTICI: *Un caz de ureter bifid dilatat.* Comunică cazul unei bolnave cu pionefroză căreia în urma ureteropielografiei îi se pune diagnosticul de ureter bifid dilatat pentru care este indicată intervenția chirurgicală.

Docent Dr. VALERIU L. BOLOGA și Dr. IOSIF URSAŢ: *Istoria variolizării și vaccinări în țările locuite de Români.* Intr'un articol bine documentat cu date istorice culese din lucrări din secolul al XVIII reese că românii cunoșteau și practicau variolizarea de demult.

E de reținut că medicina populară la noi cunoștea metodele profilactice de variolizare și vaccinare când încă nu se cunoștea procedeele științifice de vaccinare.

Dr. DEM. EM. PAULIAN, și Dr. I. BISTRICEANU: *Ionoterapia electrică în afecțiunile sistemului nervos.* Autorii au întrebuițat ionizațiile cu salicilat de sodiu 2—3 % în numeroase cazuri de nevralgii cervico-occipitale, cervico-brachiale, algii lombare, nevralgii intercostale sciatică practicând ședințe zilnice de 20—30 minute cu o intensitate medie suportabilă de 15—30 mamp. Nevralgiile sciatică li s'au părut cele mai rezistente la tratament.

Au mai întrebuițat ionoterapia electrică cu iodur de sodiu 2% în tratamentul mai multor cazuri de paralizii faciale periferice asociând-o cu d'alsonvalizarea diatermică. — Ionizațiile transcebrale cu clorur de calciu și iodur de sodiu în encefalopatii cronice sunt în curs.

Dr. GEORGE THEODORESCU: *Syndromul prostatic și prostatectomiile transvezicale*. Autorul e de părere a se face întâiu cistostomia și apoi prostatectomia la prostatici retenționiști. Chiar când sunt leziuni anatomice ale rinichilor operația este indicată. Autorul comunică observațiile a 4 bolnavi prostatici cărora li s'a practicat cu succes prostatectomia.

No. 3. Martie 1929

Dr. M. MITREA: *Contribuțiuni la studiul tumorilor sinovialelor tendinoase*. Comunică cazul unui bolnav cu o tumoră tenosinovială a piciorului. Dat fiind raritatea tumorilor sinoviale primitive face o dare de seamă amănunțită a cazurilor descrise de alți autori.

Ca etiologie ori-ce factor iritativ pot să favorizeze dezvoltarea unei neoplazii, dezvoltarea de tumori e lentă, diagnosticul e dificil și numai după examenul anatomo-patologic al tumorei.

Din cele expuse reese că cele mai frecvente tumori a sinovialelor sunt sarcoamele cu celule gigante — mielomul lui Heurtaux. După autor aceste tumori trebuiesc scoase din grupul sarcoamelor tenosinoviale și trecute în acela al tumorilor de granulațiune, *conjunctivoame* cu celule gigante. Sunt benigne, nu recidivează și nu dau metastaze.

IOAN IC. FILITIC: *O pagină din istoria medicinei în Muntenia, (1784—1828)*. Un articol foarte bine pus la punct, în care vedem că până în secolul al XVII medicii se întâlnesc sporadic în Principatele române. După ce arată cine au fost primii doctori stabiliți în Muntenia, arată că activitatea medicală între 1784—1828 a fost dominată de Dimitrie Caracaș, Const. Darvari, Silvestru Filiti și C. Caracaș morți la 1828. Trebuie cetit articolul în original spre a ne da mai bine seama de felul cum era prețuit pe vremuri meșteșugul doftoricesc.

Conf. Dr. P. TOMESCU: *Curabilitatea boalelor mintale într'un serviciu de specialitate*.

Face o dare de seamă statistică a bolnavilor vindecați și nevindecați din cursul anilor 1924—1928 al Spitalului Central de boale mintale din București.

Dintre boalele mintale curabile în actuala stare a terapeuticeii sunt: psihozele cronice, psihozele pelagroase, psihozele etilice, confuziuni mintale.

Agenții fizioterapeutici ca și cel medicamentos au o influență mare în psihozele cronice și toxi-infecțioase. Sifilisul cerebral dă un grup mare de vindecări. Dar problema paraliziei generale e mai greu de rezolvat, bolnavi de această boală sunt numai ameliorați în urma tratamentului ce li se face. Bolnavii de epilepsie, schizofrenie sunt de asemenea ameliorați șiși pot relua viața în societate. Rezultatele sunt încurajatoare, dacă ținem seama de împrejurările în care lucrăm.

Dr. ION CORCIOVEI: *Pelagra din Regiunea Filipești de Târg, jud. Prahova.* Evoluția ei din anul 1910 și până în anul 1927. După un tablou statistic al numărului de pelagroși înainte și după războiu se poate vedea că pelagra a descrescut de când pâinea a început să înlocuiască mămăliga. Etiologia boalei pare a fi în legătură cu consumația de porumb.

D-r. R. H.

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALA DIN IAȘI

No. 5, (1928) Septembrie — Octombrie.

Dr. I. ALEXA și Dr. A. COZMIUC: *Asupra unui caz de arterită sifilitică precoce cu hemoragie cerebrală.*

Comunică observația unui tânăr de 19 ani care a murit în urma unei hemoragii cerebrale datorite unei arterite sifilitice. Examenle biologice din sânge și din lichidul cefalo-rachidian cât și secțiunile histo-patologice la nivelul arteritelor au confirmat etiologia sifilitică a hemoragiei cerebrale.

Dr. OSCAR FRANCHE: *Malformațiune uterină rară; uter bilocular corporal. — Dublu hematometru și hematosalpinx. — Anclavare în basin.* Cazul este interesant dat fiind raritatea lui și nimic exterior nu indică existența a doua cavități uterine.

Diagnosticul clinic: hematometru cu fibrom uterin subseros a fost exact în ceia ce privește existența unei malformațiuni uterine congenitale.

Tumoarea alăturată corpului uterin a fost luată drept fibrom când în realitate era vorba de un hematosalpinx. Diagnosticul este greu de pus se bazează pe amenoree, repetiția avorturilor și existența unui hematometru sau hematosalpinx. În urma histerectomiei sub-totale, drenajului transcervical bolnava părăsește clinica a 13 zi de la operație vindecată.

Dr. EUG. LAZARESCU: *Un caz de trombo-flebită orbitară anterioară după foliculita aripei nasului.* Faptul că tromboflebita infecțioasă a evoluat la un diabetic explică mersul fulgerător ale afecțiunii, — bolnavul a sucombat în comă după ce infecțiunea s'a propagat la sinusul cavernos. Autorul arată că infecții banale a feței dau complicațiile orbitare, în cazul amunicat tromboflebita era consecutivă unui furuncul al aripei nasului.

Dr. EUG. LAZARESCU și G. VARTIC CERNE: *Abces cerebral și meningită, consecutivă unei plăgi prin împunsătură a orbitei și a creierului.* Autorii comunică observația unui copil care în urma unui traumatism al orbitei face un abces orbital complicat cu o meningită. — La necropsie se găsește un abces al lobului frontal stâng. Ar trebui să se suspecteze complicațiile cerebrale în toate abcesele orbitare.

Dr. GH. TUDORANU: *Considerațiuni asupra nomenclatu-*

rei elementelor figurate sanguine și câte-va date noi de hematologie. Într'un articol clar se vede filiațiunea și fiziopatologia elementelor figurate ale sângelui. De când cu ajutorul blocajului țesutului reticulo-endotelial morfologia și fiziopatologia elementelor sanguine s'a lămurit, s'au clasificat celulele după felul cum se comportă față de coloranții vitali.

Azi studiul sângelui numai poate fi separat de acel al țesutului conjunctiv. — *Hemohistioblastul* (lui Ferrata) este difuzat în toate organele hematopoetice și dă naștere tuturor elementelor sanguine (hematii, leucocite și plachete).

Monocitul este hemostiblastul din sângele circulant normal la adult. După o serie de teorii asupra rolului și evoluției elementelor sanguine autorul arată origina și rolul important al plachetelor sanguine în șocul anafilactic, în imunitate, în patogenia purpurilor, în coagularea sângelui și tensiunii arteriale. Totuși studii amănunțite trebuiesc încă făcute în domeniul atât de vast al hematologiei pentru a elucida multe probleme de hematologie.

Dr. I. ALEXA: *Ultra-virusul tuberculos și rolul lui în hereditatea tuberculoasă.* — După ce expune cercetările diferiților savanți care au lucrat în această chestiune, arată că toți sunt de acord asupra puterii patogene a filtratelor provenite din produsele patologice tuberculoase, fie din culturi de bac. tuberculos.

Elementele filtrabile ale culturilor de bacili tuberculoși modifică concepțiile clasice asupra heredității în tuberculoză. Elementele filtrabile pot străbate bariera placentară și contamina fœtusul fapt ce a fost confirmat și demonstrat de Calmette, Valtis și colaboratorilor lor. Din experiențele ce s'a făcut autorii cred că trebuie făcută o distincție între hereditatea bacilară propriu zisă, rezultatul transmisiunii formelor normale ale bac. Koch și care e mortal în scurt timp pentru noul născut și infecția transplacentară prin ultra-virus și care nu determină moartea sugarilor când aceștia nu au fost expuși reinfecțiilor bacilare în mediul familiar.

Cu ajutorul vaccinației preventive prin vaccinul B. C. G. se poate realiza măsuri de profilaxie individuală și de apărare socială contra tuberculozei, și dacă e posibil a se separa noi-născuți din mame tuberculoase.

No. 6 — Noembrie — 1928.

Dr. G. BOTEZ: Necrologul Prof. Em. Pușcariu.

Prof. Dr. GR. POPA: *Ce este și ce nu este anatomia.* Lecție inaugurală.

Dr. S. ALEXA și C. AGAPIE: *Un caz de Laverania, complicat de sindrom purpuric.* Autorii comunică un caz de purpură hemoragică, la care examenul hematologic decelează prezența hematozoarului forma tropică; — creșterea timpului de sângerare cu păstrarea aproape normală a timpului de coagulare, o anemie gravă, trombopenie foarte accentuată; — iar prezența de elemente

embrionare leucocitare arată iritația organelor hematopoetice. Ca tratament pe lângă chinină, stovarsol, clorură de calciu s'a făcut iradierea diafizelor.

Dr. LAZARESCU DIMITRIE și D-ra Dr. GEORGETA VARTIC CERNE: *Exoftalmie pulsatilă traumatică. Proectil intracranian. Hemiplegie.* — Este vorba de un bolnav care în urma unui traumatism prin armă de foc prezintă o exoftalmie pulsatilă cu anevrism arterio-venos, o hemiplegie și paralizia mușchiului oculomotor comun, și tulburări psihice. — Cazul este interesant prin leziunile nervoase produse de către proectil cari deși atât de variate nu au fost letale.

Dr. M. FRANCHE, Dr. V. CRACIUNESCU, G. CHIPAIL: *Dublă septicemie cu streptococ și stafilococ într'un caz de scarlatină.* — *Sero-vaccinațiune.* — *Vindecare.* Comunică observația clinică a unui bolnav de scarlatină cu complicații streptococice ce au mersul unei septicemii cu evoluție sub-acute prelungită și localizări multiple (otită medie dublă supurată, mastoidită, artrită purulentă; cot, coastă, coapsă, osteită costală).

Localizări în care s'a găsit și stafilococul pe lângă streptococ. Sero-vaccinarea întrebuițată larg a contribuit mult la vindecarea bolnavului.

D-r. R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA DE HIDROLOGIE MEDICALA ȘI CLIMATOLOGIE FISIOTERAPIE ȘI DIETETICA

Doc. SARAȚEANU și Dr. D. ARICESCU: *Acțiunea apelor minerale cloruro-sodice, concentrate asupra microbilor piogeni ai pielii* (No. 3, Mai-Iunie 1929).

Dr. E. HUMURZACHE: *Vitesse de sedimentation des hematies dans la tuberculose osseuse et ganglionnaire, sous l'influence de l'héliothérapie marine.*

Dr. H. SLOBOZIANO: *La temperature de la mer noire et du lac Teckir-Ghiol au point de vue de la thalassothérapie.*

Dr. THERESE PANAITESCO: *La tuberculose osseuse et son traitement à l'hôpital maritime de Budaki.*

Dr. I. BORGOVAN: *Acțiunea apei „Isvorul Miron“ din Borsec asupra secreției gastrice* (No. 4 Iulie-August 1929).

MAURICE FAURE: *Pronostic et traitement moteur des paraplegies pottiques.*

Prof. GIUILO CERESOLE: *Vingt ans d'expérience de la thalassothérapie sur la maladie de Pott à la plage de Lido-Venise.*

Dr. NAGIUB SCANDER: *Le mal de Pott chez les anciens Egyptiens.*

Dr. RADUȚESCU: *Factorii naturali cari determină virtuțile terapeutice ale stațiunii balneo-climatice Teckirghiol-Movilă sau Carmen-Sylva* (No. 5—6 Septembrie—Decembrie 1928).

Prof. I. IACOBVICI: *Sur le traitement chirurgical du Mal de Pott.*

General Dr. VICOL: *Relațiunile între stat, situațiunile balneo-climatice și asigurarea sănătății publice în România.*

GH. A. DIMA: *Cercetări asupra radioactivității câlorva izvoare de apă minerală și de apă potabilă din Transilvania.*

C. M. BUFNOIR și R. ABRY: *Chirurgie, Soleil Mer ou Montagne dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. Action biologique de l'heliotherapie a la mer.*

S P I T A L U L

No. 2 Februarie 1929

Prof. Dr. C. ANGELESCU, Docent Dr. ȘT. POPESCU, Dr. C. GHÎȚESCU și Dr. S. ȚOVARU: *Trei cazuri de tetanos post-operator.*

Inconstanța și mediocritatea frecventă a rezultatelor obținute în tetanos cu tratamentul sero-terapiei curative este atribuită cu drept cuvânt cantității insuficiente de ser antitoxic întrebuințat și căiei pe care serul este introdus în organism. Autorii comunică cazul unui tetanos postoperator care s'a vindecat în urma inecazul unui tetanos postoperator care s'a vindecat în urma injecțiilor dozelor masive de ser inecjat pe căi combinate (sub-cutanate intra-venoase și rachidiană). Au inecjat (10.000 cmc.) într'un interval de 23 zile.

Conf. Dr. D. PAULIAN: *Sindrom cerebello-ponto-cerebelos.*

Comunică observația unui bolnav care la început a prezentat fenomene de compresiune medulară, apoi tulburări cerebeloase, hipertensiune craniană cu stază papilară dublă, diplopie și asimetrie facială.

La examenul lichidului cefalo-rachidian disociație albuminocytologică. I se face craniectomie decompresivă Cursching, puncția ventriculară, se observă o tumoră la nivelul lobului cerebelos drept ce se prelungește în unghiul ponto-cerebelos.

Diagnosticul anatomo-patologic: *tuberculom.*

După ce reapare paraplegia bolnavul sucombă în urma es-carelor. — La autopsie se găesc mai mulți tuberculomi în regiunea ponto-cerebeloasă și pe față anterioară a cerebelului, — ce explică tulburările cerebeloase ce bolnavul a avut.

Conf. Dr. P. TOMESCU și I. IONESCU BUCȘANI *Sugestibilitatea motrice la bolnavii cu paralizie generală.*

După ce rezumă rezultatele examenului sugestibilității motrice

făcute cu aparatul lui Binet, autorii caută a lămuri mecanismul psiho-fiziologic al fenomenului sugestibilității motrice la paralitici generali și ajung la următoarele concluziuni:

1) Fenomenul sugestibilității motrice descris de Binet și studiat cu aparatul său se produce în mod normal numai la persoanele care nu prezintă nici o alterațiune a sensibilității tactile mușculare și tendinoase. — 2) Sensibilitatea tactilă, mușculară și tendinoasă fiind mult diminuată în paralizia generală, proba sugestibilității motrice se produce în mod greșit. — 3) Acest fenomen morbid este persistent și nu dispăre nici la bolnavii vindecați.

Doc. Dr. A. RADOVICI și Dr. CONST. GH. PAUNESCU: *Paralizie generală începând prin hemitremurătură parkinsoniană*. Arată importanța examenului lichidului cefalo-rachidian în paralizia generală și aduc o contribuțiune clinică prin care se demonstrează că tulburările de origine striatică pot preceda uneori manifestarea tabloului paralitic și că ele având o localizare unilaterală pot determina apariția unor hemitremurături cu aspect parkinsonian.

Două observații clinice confirmă cele susținute de autori.

Doc. Dr. C. RADOSLAV și Dr. MIRCEA PETRESCU: *Contribuțiuni la studiul leucemiei limfatice acute*. Studiază un caz de leucemie limfatică acută ce a evoluat cu aspectul unei septicemii, cu predominanța fenomenelor buco-faringiene, hemoragice și nervoase. Hemocultură și inoculările făcute la animale au rămas negative. Bolnava sucombă după 6 săptămâni de la începutul boalei. — Dintre organele hemato-poetice splina prezenta o hipertrofie marcată, mai puțin hipertrofiat țesutul limfatic intestinal. — Leucemia nu prea era radicață (63.000) globule albe cu o remisiune când febra a scăzut și iar s'a radicat către sfârșitul boalei.

Autorii arată că nici un tratament nu a putut influența mersul boalei.

Docent Dr. V. DIMITRIU și Dr. I. GRIGORESCU: *Operația lui Carnot la om*. — Prin practicarea pneumo-peritoneului împedăm peritonitele și dăm peritoneului, posibilitatea de a se reface fără aderențe. — Operația lui Carnot aduce avantaje în aderențele peritoneale ale etajului superior și ale flancurilor.

Dr. M. O. ILIESCU și Dr. C. NELEPCU: *Un caz de hernie ștrangulată retrogradă*. — Observația ce o comunică este interesantă prin problemele de terapeutică ce se pun în hernia ștrangulată și insistă a nu se face anus artificial într'o Kelotomie cu ansă sfacelată.

No. 3 Martie 1929.

Prof. Dr. C. ANGELESCU și Dr. GH. BUZOIANU: *Fractura axisului fără simptome medulare*.

Dat fiind raritatea, gravitatea și aspectul clinic al fracturilor coloanei cervicale superioare la nivelul axisului observația ce o comunică autorii prezintă interes. Este vorba de o bolnavă ce su-

fere de un traumatism complex și căreia la necropsie se găsește o fractură a axisului interesând corpul și baza apofizei odontoide. Autorul insistă asupra radiografiei și imobilizării riguroase cu ajutorul unei minerve gipsate.

Conf. Dr. POENARU-CAPLESCU și Dr. S. ȚOVARU: *Asupra îndrumărilor noi în tratamentul operator al flegmoanelor mâineii la accidentați.*

Autorii insistă asupra tratamentului ortopedic tot așa de esențial ca și tratamentul chirurgical în intervențiile pentru infecțiuni ale mâinilor.

Inciziile lateralizate și întrerupte ale lui Kanavel fac ca să se dreneze mai bine teaca în punctul decliv și împiedică hernia tendonului.

Apoi faza ortopedică care vizează punerea mâineii în poziția optimă de funcționare este un mijloc ce asigură funcțiunile mâineii și preîntâmpină sechelele supurației.

Conf. Dr. TH. MIRONESCU și D. ANGENOMEN: *Contribuțiuni la studiul cifozei tetanice.*

Comunică 2 cazuri de cifoze tetanice și cred că contracturile intense ale tetanosului și leziunile trofice ale sistemului osos sunt cauza acestor cifoze, — la care nu s'a găsit vre-o urmă de leziune tuberculoasă, sifilitică sau neoplazică.

Conf. Dr. EMIL GHEORGHIU: *Câte-va considerațiuni asupra dificultății ca diagnostic al chistului hydatic renal.* — Autorul arată că deși kistele hydaticice sunt rare azi cu ajutorul radiografiei, pielografiei se poate pune diagnosticul de kist hidatic renal. Comunică observația unei bolnave căreia abia după 2 ani cliniciani foarte experimentați abia au putut preciza diagnosticul; operată bolnava vindecat.

Dr. DAN THEODORESCU și Dr. VICTOR VINTICI: *Flegmonul perinefretic de origină renală.* Un referat foarte bine pus la punct asupra etiologiei, anatomiei patologice și clinice a flegmonului perinefretic, în care clinicianul găsește datele și părerile cele mai noi ce privesc această afecțiune destul de frecventă.

Dr. VALERIU BOSCULEȚ și Dr. MIRCEA VASILESCU: *Insulinoterapia în icterul grav.* Autorii au întrebuințat acest tratament în 3 cazuri de icter grav și cred că dacă nu au obținut rezultate fericite se datorește faptului că a fost aplicat prea târziu.

Dr. R. Hirsch.

VIATA MEDICALA (TEMIȘOARA)

Dr. HILDA DRAGAN: *Ce trebuie să știe fiecare medic despre prima dentițiune* (No. 8/1928).

Dr. N. BELU: *Considerațiuni asupra tratamentului profilactic și autohemoterapiei în pneumoniile post operative* (No. 8/1928).

Bazat pe observațiuni personale, autorul crede că autohemo-terapia executată în primele 24 ore după operație dă rezultate din cele mai bune. Prezintă avantajul că nu dă „choc“ cu sero sau vaccino-terapia.

Este indicată în toate cazurile în care pulmonul bolnavului operat pare cât de puțin alterat.

Dr. ROMULUS COSTA: *Un caz de graviditate extra-uterină repetată* (No. 8/1928).

Pornind dela studiul unui caz personal autorul se întreabă dacă trebuie scoase ambele trompe la prima operație.

Răspunsul îl dă la concluzii, socotind că cealaltă trompă nu trebuie scoasă decât când prezintă alterații patologice și când femeia are mai mulți copii în viață.

Dr. MARIA POPOVICI: *Neolul în afecțiunile ginecologice* (No. 8/1928).

Docent POPALIȚA: *Experiențele mele cu allonal în bolile și operațiile de nas, gât și urechi* (No. 8/1928).

Dr. A. FRIED: *Hematocel anteuterin* (No. 8/1928).

Dr. E. CATINEANU: *Experiențe cu Rivanol în tratamentul boalelor chirurgicale* (No. 8/1928).

Dr. N. CHRISTOF: *Agranulocitoza* (caz propriu) No. 9/1928.

Descrierea unui caz foarte rar de agranulocitoză la un sugăr de 3 luni. Cazul prezintă un deosebit interes prin raritatea sa prin faptul că maladia se găsea la un sugăr de sex masculin și că s'a vindecat.

Dr. V. ȚIRNEA: *Despre gradație la reacția Wassermann.*

Autorul crede că redarea intensității pozitive a reacției B. W. Cum se face în cruci este nesatisfăcătoare și nu corespunde realității Deacea preconizează ca serurile pozitive cu o fixație mică, ca și serurile cu fixație complectă să fie socotite și procentul globulelor hemolizate, iar la cele cu fixație complectă să se indice până la ce cantitate minimă de ser uman este această fixație fie complectă fie parțială. În acest mod se vor clarifica cazurile „rezistențe la terapia antisifilitică“.

Dr. M. KERNBACH. *Falșa responsabilitate medicală.*

Autorul expune întâiu lipsurile legislațiilor din diferite țări asupra responsabilității medicale. Se ocupă apoi de cazurile în care un medic este pe nedrept acuzat de neglijență sau ignoranță și aceste cazuri le numește „falșe responsabilități“.

Citează în legătură cu aceste două cazuri de pretinsă responsabilitate, unul în raport cu o tracheotomie, altul cu o anchiloză urmată de fractură.

Colonel Dr. STANCULESCBU ȘT. și Căp. Dr. APOSTOL ODISEU: *Un caz interesant de diabet insipid cu vagotonie.*

Dr. CHIVU LICHTER: *Parkinsonism post encefalitic cu epilepsie și psihoză.*

Prof. Dr. TATARU și Dr. V. CIMOCA: *Arsanilatul de bismut în terapia antisifilitică* (No. 10/1928).

După concluziile autorilor, arsanilatul de bismut are o dublă acțiune arsenobismutică. Este un medicament puternic în tratamentul abortiv al sifilisului. Restabilește echilibrul humoral. Se administrează în injecțiuni intra mușculare de 2 ori la săptămână 2—5 cmc. Este bine suportat și nu dă accidente dacă este bine administrat. Docent C. VELLUDA: *Asupra unui caz de anevrism voluminos latent al aortei toracice.*

Dr. S. ALBU și M. PANAITESCU: *Experiențe de narcoză cu somnifere.* Experimentând anestezia cu somnifere autorii o constată lesnicioasă și avantajoasă. Este netoxică nu dă vomismente post operatorii, nici grețuri, nici cefalgii. Nu oprește peristaltismul normal și poate fi aplicat și în nașteri. Se administrează până la 6 cmc., cu mixtura de cloroform cu eter.

Dr. RADU CORNELIU: *O scurtă privire asupra problemei profilaxiei sifilisului ereditar* (urmare la No. 35 A. VI.).

Doc. Dr. STANCA: *Conduita operativă în deviațiunile uterine* (No. 11/1928).

După enumerarea diverselor metode aplicate în retrodeviațiunile simple și complicate ale uterului, autorul pledează pentru procedeele operatorii Dudley Iacobovici și Terrier.

Dr. RADU CORNELIU: *Complicațiunile nervoase post vaccinale.* Autorul crede că este foarte verosimil ca vaccinul antivariolic, dacă nu este o cauză directă, să fie un moment favorizant pentru ivirea unor complicațiuni morbide din partea sistemului nervos central.

Mai credea că există un paralelism între vaccinare și boala lui Heine Medin precum și între vaccinare și boala lui V. Economo.

Dr. I. POPOVICI: *Un caz de paralizie infantilă (operat).*

Dr. E. NICOARA: *Două cazuri de sarcină gemelară cu 2 feți. Secțiune cezariană, vindecare.*

Dr. I. CARNIOL: *Salirganul ca diuretic.*

D-r. I. Rosenstein.

Cercetări cu Quininal. Quininalul este un preparat cuprinzând chinină bisalicilică. Este specific în gripă, un anti-piretic prompt, un analgetic remarcabil. Nu se observă după administrare nici o turburare datorită preparatului.

Se administrează 1—2—3 ori pe zi câte ½—1—2 tablete de câte 0,25 gr.

Tratamentul astmului.— Un preparat încercat de Hofbauer și care poate jugula accesul de astm la începutul sau este *Iminol*. (Boehringer & S). Compoziția acestui preparat este: Agaricină, papaverină, cofeină și theophilină. Cu o tabletă de *Iminol* se oprește accesul și numai este necesară nici Astmolizina nici Ephedrina.

Despre Dormalgin.— Acest preparat salicilic și-a făcut do- vada eficacității sale în multe maladii dureroase.

Dar acțiunea cea mai evidentă a dovedit-o Schönke în in- somnii. În acest caz se ia în apă caldă. După deșteptare nu dă nici amețală nici cefalee (Fortschr. Ther. No. 21)

Terapia stărilor dureroase și a insomniei.— Profesor Berger publică rezultate obținute cu *Aspiphénine* care este o a- sociație de aspirină 0,30 și phenacetină 0,20 produs al Casei Bayer. Se găsește în comerț în tablete de 0,50 gr.

Tratamentul migrenei la copii prin „Luminal“.— Copii se plâng adesea ori de dureri de cap localizate la o jumătate a capului. Uneori aceste migrene se însoțesc de vomismente. Reiche a obținut succese fericite cu luminal. Se administrează după vârstă între 0,03 gr.—0,10 gr. pe zi deobiceiul câte ½ doză ad- ministrată la prânz și seara.

SYRUPUS HYPOPHOSPHIT

COMPOSIT. Dr. EGG

(1 fl. 250 gr.)

Indicațiuni: ANEMIA, CHLOROSIS, ASTHENIA, NEURASTHENIA, TUBERCULOSIS, DYSPEPSIA, LIPSA DE APETIT, RACHITIS

TABL. POLYBROM EGGER

TABEL. POLYBROMAT. EFFERVES- CENTES-SAL POLYBR. EFFERV.

(1 fiolă 30 tab. 1 fiolă 12 sau 25 tabl. 1 fl. 200 gr. sare)

Indicațiuni: INSOMNIE DE ORICE NATURĂ NEURASTENIA, EPILEPSIA, HYSTERIA

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice

Strada Săcuiașcă, 6

Solarsonul în căderile de păr.— Obținând un rezultat particular de favorabil într'o alopecie accentuată Dicekof a mai încercat Solarsonul și în alte cazuri și publică în Theropie der Gegenwart rezultatele mulțumitoare pe care le-a obținut.

Tetrophanul în Poliomyelita anterioară acută.— Docentul Spiegel publică în «Ars Medici» rezultatele bune obținute cu *Tetrophan* în poliomyelită anterioară acută.

Se administrează 2-3 tablete zilnic. Se observă o îmbunătățire a stării generale o ameliorare a reflexelor. Dă rezultate mai bune asociate cu electroterapia.

Novasurotul în diabet insipid.—După ce a încercat Novasurotul în exudate ale plevrei și ascite obținând rezultate favorabile Dr. Rubitschung a experimentat acest medicament și într'un caz de diabet iuspid. A administrat de 2 ori pe zi câte un cm. cub intra muscular. Dela a doua injecție bolnavul s'a simțit mai bine, nevoia de urina s'a resimțit rar și după 3—4 zile starea generală s'a îmbunătățit mult. Nu-și poate explica acțiunea medicamentului căci într'adevăr este greu de înțeles cum un diuretic poate vindeca o poliorie atât de puternică.

Supă de găină Knorr.—In cuburi concentrate cu etichete roșii e un extract veritabil din carne de pui, de gust delicios, foarte sănătos și nutritiv. Prin simplă dizolvare a unui cub în $\frac{1}{4}$ kg. apă fiartă, fără alt adaus, supă e gata de servit, și place persoanelor celor mai dificile cât și gusturilor celor mai rafinate.

Prețul fiind foarte convenabil (Lei 3.—până la Lei 4.—per cub după mărimea ambalajului) oricine poate consuma acest aliment delicios ce se prepară în 5 minute și aduce reale servicii în orice menaj, funcționarilor, ofițerilor, studenților, intelectualilor, moșierilor, la țară, la vânătoare sau în excursii.

INJ. NOVOCAIN-ADRENALIN

(1 cutie 10 amp. á 1 ccm. sau á 2 ccm.)
PENTRU ANAESTHESIA LOCALIS
CU EFECT IMEDIAT. ANESTESIE DE
INFILTRATE. EXTRACTIE DE DINȚII

ASTHMOSEDIN

(1 cutie 5 amp. á 1 ccm.)

Indicațiuni: ASTHMA BRONCHIALIS
pentru încetare rapidă a acceselor
COLAPSUS, MORPHINISMUS

TABLETE ȘI INECȚIUNI

POLYGLANDOL EGGER

contra lipomatosim masculin sau femenin
(1 fiolă 50 tabl., sau 1 cutie 10 amp.)

Indicațiuni: LIPOMATOSIS UNIVERS
TULBURĂRI POLYGLANDULARE
cu literatură și eşantioane servește

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice
Strada Săcuiașcă, 6

III.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Aniversarea de 10 ani a Societății Medicale a Spitalelor din București

Duminică 21 Aprilie crt. a avut loc la Fundația Carol ședința festivă pentru sărbătorirea a 10 ani dela înființarea societății medicale a spitalelor din București. Au participat fruntașii vieții medicale românești și un impunător număr de medici și studenți dând acestei ședințe festive însemnătatea pe care o merita. Se sărbătorea munca fără de preget a conducătorilor societății medicale a spitalelor din București în frunte cu neobositul ei președinte D-l Profesor Dr. Danielopolu, activitatea imensă și rodnică a societății—care în timp de 10 ani a reușit să facă cunoscut străinătății producția medicală românească, dar mai ales frumoasele realizări pe cari le-a putut face în acest timp medicina românească. Cu justificată mândrie, gloriile noastre medicale au privit în urmă drumul parcurs și opera săvârșită și au putut afirma cu toată convingerea că școala medicală românească poate sta cu demnitate alături de cele mai înaintate școli medicale. Pentru ori-ce medic român, ședința festivă a Societății Medicale a spitalelor din București, a fost un prilej de mândrie națională și de frumoase speranțe în viitor.

Cuvântarea D-lui Profesor D-r. Danielopolu

Președintele Societății

D-sa începe prin a arăta că societatea medicală a Spitalelor din București „s'a năcut din nevoia de răspândire cât mai largă a științei medicale române și dintr'o colaborare mai strânsă a oamenilor de știință din țara noastră”.

Amintește apoi împrejurările în cari s'a format societatea și a apărut „Buletinul”.

„Era în București imediat după războiul pentru întregirea neamului, într'o țară complet desorganizată din cauza războiului și de ocupația dușmană, în momente în care fiecare român avea grija zilei de mâine, și pentru el și pentru țara lui. O atmosferă apăsătoare și demoralizantă domnea în toată țara. Grijiile materiale

de toate zilele, oboseala datorită muncii extenuante și bolilor din timpul campaniei, ne dădeau impresia că nici un medic în 1919 nu s'ar mai fi gândit la o cercetare științifică și nu ar mai fi fost capabil de o efortare suficientă pentru a constitui o societate. Când am luat, împreună cu D-nii *Nanu Muscel* și *Theohari* inițiativa întemeierii societății noastre, aveam suficiente motive să fim îngrijați că nu vom avea aderenți. Dar am fost încurajați de un lucru: am fost încurajați de mișcarea științifică plină de entuziasm și excesiv de rodnică ce medicii români au realizat în timpul campaniei. La Iași, în pribegie, într'o stare de mizerie fizică și demoralizare de care numai medicii ce au făcut campania pot să-și dea seama, în condițiuni deplorabile de lucru în spitalele noastre, asistând la mortalitatea enormă a tifusului exantematic și aflând pe fiecare zi că unul sau doi medici au sucombat acestei boale, medicii noștri, cu toată munca extenuantă ce trebuiau să depună în îngrijirea bolnavilor, își întrebunțau timpul liber pentru cercetări științifice. Și fără multe mijloace, fiecare căuta să aducă pe cât posibil o contribuțiune nouă în studiul tifusului exantematic.

Acest exemplu nu putea fi uitat. Și el a fost acela ce ne-a încurajat în 1919 să facem Societatea medicală a spitalelor, cu toate condițiunile în aparență defavorabile în care trăiam atunci".

Trece apoi la expunerea concepțiilor cari au fost și continuă să fie la baza activității acestei societăți.

„Nu am păstrat în adevăr societății noastre caracterul pur clinic al societății franceze, Ce elev al școlii românești, ca elev și colaborator al marelui clinician dispărut *Buicliu*, sunt și rămân unul dintre cei mai fervenți partizani ai învățământului clinic francez. Nu este însă mai puțin adevărat că investigațiunea științifică nu se poate limita numai la observația bolnavului și că observația nu este decât punctul de plecare al cercetărilor noastre. De la observațiune trebuie să trecem la experiență, căutând să stabilim determinismul fenomenelor patologice observate. Comunicările și discuțiunile societății noastre au avut acest caracter. În fiecare număr avem lucrări în același timp clinice și experimentale. Nu avem de sigur nici o pretențiune de originalitate în această organizație, căci dacă am păstrat societății noastre caracterul clinic, nu am făcut decât să fim consecvenți cu principiile stabilite în mod genial de clinica franceză; iar dacă am asigurat colaborarea cercetărilor clinice cu cele experimentale, nu am făcut decât să aplicăm în țara noastră principiile metodele experimentale ale lui *Claude Bernard*".

Pentru a putea asigura programul de lucru al societății și pentru a putea realiza colaborarea între clinică și experimentațiune a fost necesară transformarea clinicelor. Și aci D-l Profesor *Danielopolu* arată toată activitatea depusă pentru a reuși să se înființeze pe lângă clinici laboratorii de fiziologie umană și farmacodinamie.

Aduce elogii Eforiei Spitalelor civile care în afară de obligațiunile sale, cu toată restrângerea mijloacelor de care dispunea și

cu un concurs puțin important din partea Ministerului, a asigurat întotdeauna învățământul nostru clinic.

„Suntem datori să pronunțăm aci numele celor trei mari Efori cari au făcut această operă: *Ion Cantacuzino*, *Ion Ghica* și *Lascar Catargiu*. Profesorul *Cantacuzino*, care cel mai mult în țară a dat avântul mișcării științifice, care a știut mai bine ca ori cine prin înființarea Revistei Științelor Medicale să desvolte în tineret gustul de publicațiune, căruia îi datorim atâta și în învățământ și în știință, nu făcea acceptând ideile noastre în organizarea clinicilor de cât să-și continue marea sa operă începută acum 30 de ani. Meritul lui *Ion Ghica* și *Lascar Catargiu* este tot așa de mare. Depărtați prin cultura și ocupațiile lor de științele biologice, neavând ca datorie lăsată de strămoșii lor de cât îngrijirea bolnavilor, au acceptat fără ezitare concepțiunea noastră de a înființa clinicele în așa fel ca ele să fie în știință focare de lumină, și cari ca organizare pot rivaliza cu cele mai bune din lume”.

Analizând rezultatele colaborării între clinică și exprime tațiu e D-1 Prof. Danielopolu întărește din nou valoarea clinicei care trebuie să-și păstreze mai departe importanța pe care i-a fixat-o școala franceză.

„Nu aș voi să termin acest punct fără să insist indeosebi asupra unui lucru. Sunt multe țările, și mai ales cele de limbă germană și de limbă engleză în cari metodele experimentale au fost mult dezvoltate în serviciile de clinică medicală. Dar avem prea des impresiunea vizitând aceste servicii și consultând lucrările lor, că metodele experimentale au fost dezvoltate în detrimentul clinicei, sau cel puțin că principiile fundamentale ale clinicei medicale stabilite în Franța au fost rău aplicate sau neînțelese. Aceasta constituie o mare greșală. Experimentațiunea într'o clinică trebuie desigur dezvoltată cât mai mult și în toate direcțiile. Dar nu trebuie să uităm că investigațiunea științifică în patologie pornește de la observațiunea bolnavului și că prin urmare trebuie să ne ferim de a părăsi clinica. Și dacă ar fi în numirea unui medic de spital să aleg între un pur clinician și un pur experimentator, l'ași alege desigur pe cel dintâi. Căci un clinician poate la orice vârstă să învețe metodele de experimentare, pe când un experimentator care în timpul studiilor sale nu a făcut clinică, nu va fi nici odată un clinician. Trebuie ca în organizarea unei clinici să asigurăm și clinica și experimentațiunea va permite clinicianului să facă adevărată investigație științifică, clinica va servi experimentatorului îmbogățindu-i mintea cu idei de cercetări experimentale”.

Arată apoi că programul realizărilor societății se află abea la început. Societatea își propune încă să organizeze Conferințe de vulgarizare a problemelor de actualitate în biologie; să strângă relațiile între toate societățile de medicină internă din țară și cu societățile de specialitate realizând o asociație a tuturor Societăților științifice de toate specialitățile, care să aibe un „buletin,” comun și să organizeze conferințe.

Preconizează încă înființarea unei Academii de Medicină care înlocuind Asociația societăților științifice, să dea ideile primordiale pentru organizarea sanitară a țării. Inchee cu un apel către tinerii medici și studenți.

„Termin Domnilor, afirmând încă odată că ceea ce a făcut societatea noastră nu constituie de cât un început, care trebuie continuat și amplificat. Și D-voastră medici tineri și studenți aveți datoria a o face. Nu am nici o teamă despre aceasta. Nu cunosc națiune dotată de mai multe calități de muncă și de originalitate ca națiunea română. Pe de altă parte, nu există activitate mai independentă de orice eveniment și de orice fluctuațiune, și care să poată da în viața unui om o satisfacțiune personală mai mare ca activitatea științifică. Cu marile calități ale rasei din care faceți parte, cu experiența rezultatelor obținute de predecesorii D-voastră și cu sentimentul că faceți parte dintr'o școală științifică ce și-a dat probele, puteți păși cu încredere mai departe, cu deplina convingere că munca d-voastră va fi rodnică și că veți asigura pe deplin viitorul științei medicale române“.

D-l Prof. Minovici :

În numele domnului Ministru al Sănătății Publice aduce expresiunea celor mai elogioase aprecieri pentru realizările obținute într'un timp atât de scurt și face urări de propășire pe calea trasă și cu multă sârguință urmată.

Arată că D-l Ministru al Sănătății, pătruns de însemnătatea Societății, va acorda tot concursul ca societatea să-și poată desfășura mai mult activitatea în folosul învățământului nostru medical și al științei medicale românești.

D-l Dr. Lupu, Secretar General al Societății :

Citește o scrisoare a D-lui Profesor N. Iorga, rectorul Universității din București, în care își arată admirația pentru activitatea societății Medicale a Spitalelor.

D-l Prof. Bălănescu :

În calitate de decan al Facultății de Medicină din București, arată mândria Facultății, pentru opera realizată de elevii ei și pentru partea originală și atât de utilă introdusă în principiile Societății: Colaborarea clinicei cu experimentarea și a acestora cu chirurgia. Termină aducând elogiile membrilor societății și mai ales neobositului ei președinte.

D-l Prof. Cantacuzino :

D-sa ține să privească această aniversare „ca un simptom de vitalitate al activității noastre culturale și, ca o dovadă că frumoasele tradiții ale maeștrilor care au înființat știința medicală românească sunt departe de a se pierde sau de a decădea“. Față de deprecierea pe care unii o manifestă, față de activitatea îndeplinită în

ultimii ani în diferitele domenii ale medicinei D-l Prof. Cantacuzino spune :

„Această legendă nu corespunde câtuși de puțin cu realitatea faptelor; afirm, din contră, că dacă am face bilanțul activității desfășurate în acest scurt interval de zece ani, am constata cu o reală bucurie importanța rezultatelor dobândite atât din punctul de vedere al studiilor teoretice, cât și în materie de profilaxie sau de asistență spitalicească.

Pe lângă intensificarea considerabilă a activității medicului sub formă de producțiune academică precum: reviste, societăți, studii, cercetări, comunicări și publicațiuni diverse, atât în limba noastră cât și în limbile străine (mai ales în limba franceză), trebuie recunoscut că aplicațiunea metodelor de laborator la combaterea epidemiilor și endemiilor, a luat după război un avânt absolut necunoscut până atunci“.

Și amintește D-l Profesor Cantacuzino imensa operă desăvârșită: Combaterea sifilisului, febrei tifoide în armată, a paludismului, studierea paludismului, vaccinarea antituberculoasă, și atât de utila operă a Institutului de seruri și vaccinuri.

Inchee mulțumind D-lui Profesor Danielopolu pentru „activitatea sa de medic și savant prin care a contribuit în așa largă măsură la bunul renume al științei românești în străinătate“.

D-l Prof. Dr. Nanu-Muscel :

Ca prim președinte al societății își arată emoția pe care o simte acum după 10 ani. Amintește de începuturile societății, de strănsele legături cari au existat cu medicii francezi și constată că grație „Buletinului“ lucrările autorilor români sunt foarte des citate în tratatele străine. Urează societății prosperitate.

D-l Prof. Parhon :

Aduce salutul Facultății de Medicină din Iași și al societății de Neurologie, Psihiatrie și Endocrinologie. Aduce elogiul disciplinei care a condus activitatea societății.

D-l Prof. Hațieganu :

Ca delegat al Facultății de Medicină și al Soc. Științelor Medicale din Cluj, arată că societatea a făcut operă națională și urează prosperitate.

D-l Prof. Nicolau :

În numele societății de Dermatologie și sifilografie aduce felicitări președintelui și urează societății aceeași activitate rodnică în viitor pentru ridicarea prestigiului științei medicale românești.

D-l Docent Dr. Cănculescu :

Directorul Revistei Mișcarea Medicală, a rostit în numele Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova următoarea cuvântare :

„Societatea medicilor și farmaciștilor din Craiova, un modest Cerc din provincie, dar căruia cei 106 membri activi și 25 ani de existență consacrați printr-o festivitate similară acum 2 ani, îi dau posibilitatea de a fi reprezentată azi aici, ia parte cu nespunentusiasim la aniversarea de 10 ani a Soc. Spitalelor din București.

Cercul medical Craiovean a ținut să aplaude împreună cu atâția reprezentanți autorizați ai Științei Medicale Românești, ideia înaltă și sentimentul generos, care a stat la baza înființării acestei societății:

Crearea unui organ superior de manifestare, prin care să se facă legătura cu lumea din afară, iar prin modelarea lui depe Societatea similară din Paris, prin redactarea buletinului său în limba franceză și prin întreaga sa inpregnare cu spiritul școlii medicale franceze să se îndeplinească? cu un salutar examen de conștiință și o datorie de pioasă recunoștință.

Trăinicia operei realizate o dovedește însă și aniversarea de azi, iar perfecțiunea ei o recunosc mai bine cei cari stând la o parte beneficiază de avantajile perspectivei.

Și pentru-că atât valorează opera cât valorează Omul, care i s'a pus în cauză, Societatea Craioveană ține în deosebi să aducă Omagiile ei de admirație înfăptuitorilor, dintre cari reține pentru ocazie în primul rând pe cei cari i-au prezidat destinele și i-au încadrat cu atâta autoritate activitatea: p. D-nii Profesori I. Nanu-Muscel, primul ei purtător de cuvânt și președinte, A. Theohari și D. Danielopolu, actualul președinte și mare animator de totdeauna, cari peste întinderea a 10 ani și-au dat mâna cu atâta potrivită și simbolică înțelegere“.

Au mai vorbit *D-l Dr. Marius Georgescu* în numele *Asociației Generale a Medicilor*, *D-l Prof. Dr. Hortolomei* în numele *Societății de Medici și Naturaliști din Iași*, *D-l Dr. Cosăcescu*, în numele *Societății de Chirurgie*, *D-l Dr. Simici* în numele *Societății Corpului sanitar militar*, *D-l Prof. Solacolu* în numele *Soc. de biologie*, *D-l Col. Dr. Giurea* în numele *societății de Radiologie*, *D-l Dr. E. Gheorghiu* în nemule *Societății de Ginecologie*.

Tuturor a răspuns mulțumind *D-l Prof. Dr. Danielopolu*. Seara a avut loc în sala de marmoră a Hotelului Boulevard un banchet la care au luat parte profesorii Facultății de medicină și peste 150 medici.

Seria toasturilor a deschis-o *D-l Prof. I. Cantacuzino* închinând în sănătatea *D-lor Prof. Nanu Muscel, Theohari și Danielopolu*.

Au mai vorbit: *D-l Dr. Lupu, Dr. Prof. Ionescu-Mihăești, D-l Prof. Manolescu, D-l Dr. Tomescu, D-l Dr. Goldenberg, Dr. Constantinescu, Dr. A. Popescu, Dr. Al. Radovici și Dr. M. Cănculescu*.

Seria toasturilor a fost încheiată de *D-l Prof. Danielopolu* care mulțumind antevorbitorilor, începe prin a aduce elogiul *D-lui Prof. I. Cantacuzino* ale cărui resurse sufletești în sentimente generoase, sunt inepuizabile, și care este refugiul prietenilor, al științei și al țării atunci când acestea au nevoie de dânsul. Sfatul său,

competința, energia sa, stau totdeauna, fără greș la dispoziția celor ce apelează la dânsul. Intre multele elogii ce mi s'au adresat spune dânsul și pe care nu le merit sunt și ale D-rului *Lupu*, ale cărui cuvinte m'au impresionat, și grație tocmai căruia, pot să-mi iau clipe de repaos, să mă sustrag din când în când obligațiilor spiritualești având certitudinea că lipsa mea nu se resimte. „Regretă că condițiile vieții, specialitățile diferite, au făcut să întrerupă colaborarea cu vechiul său camarad *Ionescu-Mihăești*. D-lui Prof. *Manolescu*, vechi coleg de internat, îi mulțumește pentru cuvintele frumoase și-i asigură colaborarea sa. D-rului *P. Tomescu*, cu care a luptat adeseori alături, în ceace privește legiurile sanitare și pentru formarea sufletească a generației sale, îl asigură de prietenia sa.

În ceace privește pe internii de spitale îi asigură de sprijinul său convins, pentru menținerea instituției internatului, pepinieră aristocratică medicală și produs al geniului francez, al cărui suflu se regăsește în spitalele noastre.

Soc. Mediciniștilor îi urează progres, și continuarea cu și mai mult entuziasm a tradiției de muncă moștenită dela predecesorii lor.

Arată apoi meritele D-lui *Dr. Cănciulescu* care a reușit ca în Craiova cu un număr relativ restrâns de medici, să creeze un cerc și o revistă, organizând astfel un mediu de fertilă și frumoasă activitate științifică.

Vorbind apoi de colaborarea dintre laborator și clinică, se declară întru totul partizan al școlii franceze.

Manifestarea de azi, la care nu au luat parte decât oameni de știință, dintr'o spontană manifestare de solidartiate științifică și națională a fost într'adevăr înălțătoare.

Vizita D-lui Prof. D-r. Labbée la București

În prezența Principesei mame Elena, a principesei Irina și a Principelui Paul, a Ministrului Franței la București precum și a unui imens număr de medici și studenți, a avut loc solemnitatea recepției D-lui Prof. M. Labbée, venit pentru a doua oară în țară pentru a ține 6 prelegeri.

Au ținut cuvântări D-l Prof. *I. Bălăcescu* decanul Facultății Medicină și D-l Prof. *Theohari* cari au arătat dragostea noastră pentru Franța și au evidențiat meritele științifice ale marelui oaspete.

A răspuns D-l Prof. *M. Labbée* mulțumind pentru călduroasa primire ce se face totdeauna solilor științei franceze și asigurând că duce cu sine de câte ori pleacă cele mai frumoase amintiri, și dorul ținuturilor noastre.

În aceeași seară a avut loc un banchet oferit de Facultatea de Medicină, la care au luat parte profesorii și conferențiarii facultății.

Au vorbit D-l Prof. Nanu-Muscel, D-l Prof. Iacobovici și a răspuns D-l Prof. Labbée.

D-l Prof. Labbée a ținut următoarele Conferințe la Facultatea de Medicină.

1. Acidoza și alcaloza.
2. Insuficiența hepatică în clinice.
3. Concepția modernă a nefrozilor.
4. Diagnosticul și tratamentul maladiei lui Basedow.

VOIAJURI MEDICALE ÎN PIRINEI

Două călătorii medicale, vor fi organizate în 1929, sub patronajul *Federației medicale termale și climatice Piriniene*, una ca urmare a „Zilelor Medicale din Paris” (14—25 Iunie) a doua în Septembrie (8—20).

1). Călătoria Ceveni — Pirinei.

La 15 Iunie, concentrare la „la Malcu”. Din Paris vagon direct; plecarea la 14 Iunie ora 17 și sosirea la 15 Iunie ora 8.

Dela 15 la 19 Iunie, vizitarea Cevenilor, des Georges du Tain, l'Aven Arman și a cetății Carcasson.

Dela 19—24 Iunie: Font Romeu, Les Escaldes, Ax-Les Thermes, Luchon, Superbagnères, Saint Sauveur, Gavarnie, Cauterets.

La 25 Iunie. Lourdes (Pelerinaj Catalan) Vagon direct Paris la ora 17.

2). Călătoria Pirinei — Ocean.

La 8 Septembrie. Concentrare la Perigneux. Vizitarea Stațiunii preistorice din Perigord.

Dela 10—18 Septembrie. Bagnères de Bigorre, Bagnères, Luz, Argelès, Eaux Bonnes, Pau Cambo, Blaritz, St. Jan-de-Luz, Hendaye, Saint Sebastien, Bayonne, Salies de Béarn, Dox, Arcachon.

Dela 19—21 Septembrie. Bordeaux; Excursii în regiunea viticolă și pe mare. Vagon salon pentru Paris la ora 17,23

Aceste călătorii sunt rezervate medicilor și familiei lor. Călătorii vor avea pretutindeni cele mai bune hoteluri și toată întreținerea în cele mai luxoase restaurante.

Transporturile vor fi efectuate în autocare dela Malon la Lourdes și dela Bagnères de Bigorre la Dax. Conferințe cu demonstrațiuni sunt prevăzute în toate stațiunile.

Cotizația pentru aceste călătorii, vor fi ca de obicei 2000 franci.

Se va acorda reducere, reprezentanților ziarelor medicale și și familiilor medicilor, compuse din mai mult de trei persoane.

Grupele de cel puțin 10 aderenți, vor putea obține o reducere de 50⁰/₀ pe căile ferate ale rețelei franceze.

Cererile de înscriere se vor adresa: *Direcțiunii Călătoriilor*

Medicale Pireniene la „La Malu (Herault). Programe și informațiuni se pot cere D-lui Dr. Gh. Laugier, Inspector General Sanitar al Regiunii I, Craiova, membru corespondent al Societății Medicale de Climatologie și Igienă a Litoralului Mediteranean sau D-lui Dr. Gheorghe Andreescu, Membru corespondent al Societății de Studii a Litoralului Mediteranean. — Vaslui, Str. Carp, No. 1.

○ NOUA PUBLICAȚIE ROMĂNEASCA

A apărut în limba franceză, în editura casei Masson, primul număr, pe luna Ianuarie, al Buletinului Societății anatomice pentru studiul cancerului, din București.

Buletinul apare în condițiunile cele mai perfecte de imprimare, sub îngrijirea D-lui Conferențiar A. Babeș.

Numărul pe Ianuarie conține trei lucrări asupra cancerului experimental din laboratorul de anatomie patologică, cu următorul sumar :

A. Babeș. Tumeur cartilagineuse de l'oreille du lapin, apparue a la suite de badigeonages au goudron.

A. Babeș. Les injections sous-cutanees de goudron chez le lapin.

A. Babeș et M-lle Șerbănescu. Les lesions des ganglions lymphatiques chez le lapin, consecutives a l'intoxication au goudron.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

*Cours de Perfectionnement du Professeur Georges CANUYT
avec la Collaboration de*

M. M. les Professeurs BARRE, BELLOCO, BORREL et PAUTRIER;
de M. M. GUNSET et VAUCHER, Chargés de Cours; et
de M. le Docteur JOUBLOT, Chef de Clinique.

Programme

du lundi 1^{er} juillet au dimanche 14 juillet 1929

1-re Semaine.

Lundi 1-er juillet. *Matin* 9 h. Ouverture Officielle du Cours. Exposé du cours. Introduction à l'étude de l'oto-rhino-laryngologie. La thérapeutique en général. M. Canuyt. Visite de la Nouvelle Clinique. Présentations et examens de malades; démonstrations cliniques et indications thérapeutiques M. Canuyt. *Soir* 15 h. Les principes généraux de la Médecine Opératoire. Anatomie chirurgicale de l'apophyse mastoïde. Médecine opératoire: La mastoïdectomie. La chirurgie de la mastoïde chez l'enfant, M. Gunuyt.

Mardi 2 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. La paracentèse. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. M. Canuyt Présentations et examens de malades; démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. *Soir* 15 h. Comment on examine un sourd. Les épreuves acoustiques. M. Joublot. 17 h. Médecine opératoire; L'évidement petromastoidien ou cure radicale. M. Canuyt.

Mercredi 3 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. Comment on fait une expertise médico-légale chez un sourd. *Soir* 15 h. Policlinique. La thérapeutique des surdités. La cathétérisme de la trompe d'Eustache. Le traitement électrique. Le tympan artificiel. Le traitement de l'oto-spongiose. M. Canuyt. 17 h. Comment on examine un labyrinthe. Les épreuves vestibulaires. Présentation de malades. M. Barré.

Jeudi 4 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. 30 Clinique Dermatologique: Le traitement du Lupus. M. Pautrier. *Soir* 14 h. 30. Les septicémies en général. Le traitement des septicémies. M. Vaucher. 16 h. Médecine opératoire: La chirurgie des complications crano-encéphaliques: Les méningites, l'abcès du cerveau, l'abcès de cervelet, la plébite du sinus latéral, la chirurgie du sinus latéral et de la jugulaire interne. M. Canuyt.

Vendredi 5 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. 11 h. Les méthodes de laboratoire en oto-rhino-laryngologie. M. Joublot. *Soir* 15 h. Le traitement de l'ozène. Le traitement du coryza spasmodique périodique et apériodique, de la toux spasmodique et de l'asthme. M. Canuyt. 17 h. Médecine opératoire: La trépanation du labyrinthe. M. Bellocq.

Samedi 6 juillet. — *Matin* 9 h. L'Anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. M. Canuyt. Séance opératoire avec démonstrations techniques. 10 h. Visite au lit du malade Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. *Soir* 14 h. 30 Le traitement de la surdi-mutité. Leçon donnée aux sourds-muets par un professeur de l'Ecole des sourds-muets. 16 h. Le syndrome de l'insuffisance nasale et rétro-nasale. M. Canuyt. L'éducation et la gymnastique respiratoire. Une leçon sera donnée aux enfants par la monitrice avec présentation d'élèves.

2^e Semaine.

Lundi 8 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. 11 h. La biopsie en oto-rhino-laryngologie. M. Joublot. *Soir* 14 h. 30 Institut d'Hygiène et de Bactériologie. Le Cancer. M. Borrel. Visite de l'Institut de recherches sur le cancer. 16 h. 30 Médecine opératoire: La chirurgie du sinus maxillaire par la voie externe. M. Canuyt.

Mardi 9 juillet. — *Matin* 9. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Cannuyt. La production et le lavage du Msinus maxillaire. Le rapage du sinus maxillaire. M. Canuyt. *Soir* 14 h. 30. La diathermie; principes généraux; indication et technique. M. Joublot. 16 h. 30. Médecine opératoire; La chirurgie du sinus frontal par la voie externe (Luc. Mouret et Jacques) L'opération de Lothrop-Sebileau. M. Canuyt.

Mercredi 10 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. Le cathétérisme du sinus frontal, le rapage du sinus frontal. L'anesthésie du nerf nasal interne. M. Canuyt. *Soir* 15 h. Les sinus postérieurs; le sinus sphénoïdal. Anatomie, exploration et chirurgie. M. Cannuyt. 17 h. Service d'électroradiologie: Le traitement du cancer par les agents physiques. M. Gunsett. Visite du centre anti-cancéreux.

Jeudi 11 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. La chirurgie de l'amygdale; l'amygdalectomie totale; indication, technique opératoire; soins post-opératoires. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. Canuyt. *Soir* 14 h. 30. La diathermie. Présentation de malades; résultats. M. Joublot. 16 h. 30. Médecine opératoire: La chirurgie du larynx; la thyrotomie; la trachéotomie; la laryngectomie totale. M. Canuyt.

Vendredi 12 juillet. — *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstration technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indica-

tions thérapeutiques. M. Canuyt. *Soir* 14 h. 30. Le traitement de la laryngite tuberculeuse: les injections intra-trachéales, les insufflations de poudres calmantes; les injections du nerf laryngé supérieur. Les galvano-cautérisations. M. Canuyt. 16 h. 30. Les maladies de la voix. Le malmenage et le surmenage vocal. M. Canuyt. 18 h. Le traitement de la syphilis. M. Pautrir.

Samedi 13 juillet. *Matin* 9 h. Séance opératoire avec démonstrations et examens de malades. Démonstrations cliniques et indication technique. M. Canuyt. 10 h. Visite au lit du malade. Présentations et examens de malades. Démonstration clinique et indications thérapeutiques. M. Canuyt. Démonstration d'oesophagoscopie sur les malades. M. Canuyt. Le traitement du cancer de l'oesophage par le radium. Mise en place de la sonde. M. Canuyt. *Soir* 15 h. Démonstration de trachéobronchoscopie. M. Joublot.

Ce cours sera essentiellement pratique et chirurgical. Les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'examen et de traitement. Un développement tout particulier sera donné à l'enseignement de l'anesthésie locale et régionale, de la pathologie infantile et de la chirurgie oto-rhino-laryngologique.

Toutes les interventions seront décrites, projetées sur l'écran et exécutées sur le vivant.

La Clinique possède un laboratoire, une bibliothèque qui renferme tous les ouvrages intéressant la spécialité et la collection des atlas et des périodiques, un musée photographique, radiographique et histologique. Les auditeurs y auront accès.

La Clinique oto-rhino-laryngologique contient 110 lits repartis en service d'hommes, de femmes, d'isolés et surtout d'enfants.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

S'inscrire en écrivant directement au Professeur *CANUYT*.

Droits d'inscription: 400 francs. Library Cluj

Clôture du cours samedi le 13 juillet à 5 heures du soir. Séance de la Société Oto-Neuro-Oculistique se Strasbourg.

CLEMENS PIRQUET

1874—1929

La dureroasele pierderi pe cari Medicina Universală le-a înregistrat în ultimul timp, a voit să se adauge și Clemens Pirquet profesor de pediatrie și directorul clinicei infantile din Viena.

Cine a cunoscut prodigioasa-i activitate științifică, didactică și socială, sau l-au văzut cu statura sa voinică, cu figura prietenoasă și pătrunzătoare, arătând străinilor grandioasele realizări ale clinicei sale, și a simțit puterea de muncă, disciplină și judecată ce radia personalitatea sa, va înțelege ce a pierdut medicina și pediatria în special, prin prematura moarte a lui Pirquet.

Născut la 12 Mai 1874 se trăgea din partea tatălui dintr'o nobilă familie de moșieri din împrejurimile Wienei iar din partea mamei din familia Pereira-Arnstein.

Destinat teologiei — hotărârea unei familii religioase și cu educație iezeuită — își începe studiile la Insbruch. Dar cerebralismul său îi îndreaptă pașii apoi către Filosofie pe care o urmează la Löwen. Nemulțumit nici cu aceasta se înscrie la medicină hotărât să urmeze Psihiatria. Dar din nou împrejurările îl călăuzesc către pediatrie și se leagă de Escherich pe care-l urmează la Viena.

Asistent și în urmă docent în clinica acestuia dă la iveală în acest timp cele mai importante lucrări și astfel la vârsta de 34 ani este chemat ca profesor al clinicei infantile a Universității John Hopkin din Baltimore iar după 3 ani urmează lui Czerny la ca-

tedra și conducerea clinicei de copii din Wiena, unde rămâne până la moarte.

Seria valoroaselor lucrări, o începe Pirquet împreună cu Schick în domeniul vast al imunobiologiei și studiază pe rând exantemele serice numindu-le „maladia serului“ (1905) apoi vaccinările și re-vaccinările (1907), acțiunea cutanată a tuberculei (1908) și „allergia“.

Lucrările se înlanțuie cu o logică neînfrântă, se completează și se întregesc și dau la rândul lor noi concluzii.

Accidentele serice nu sunt socotite ca „neplăceri“ ale tratamentului. Ele proiectează pe piele o stare humorală — starea de luptă între ofensiva microbiană și contra-ofensivă humorală.

Acțiunii primare toxice a serului îi armează o reacție târzie datorită serului de cal. Ca această reacție să se producă este necesară o „perioadă de incubație“ în care se elaborează din primul contact al antigenului. La un al doilea contact — la o a doua injecție a unui corp străin, se produce ca urmare a întâlnirii elementului străin cu anti-corpii specifici în rezervă, reacțiuni noi „allergice“. Sunt imediate aceste reacțiuni fiindcă oglindesc lupte între elemente gata pregătite. Acesta este fenomenul „maladiei serice“ explicată în re-vaccinări și astfel prin analogie a ajuns la cutireacție, care i-a adus faima universală și a dat un mijloc atât de prețios în cunoașterea și combaterea tuberculozei.

Înapoiat doar de câțiva ani în patrie — la izbucnirea războiului — își arată resursele de organizare și sistematizare prin întrebuintarea și răspândirea unui sistem propriu de alimentație a copiilor pe care-l aplică în calitate de comisar general al opere de ajutorare a copiilor.

Baza sistemului de alimentare Pirquet pornește dela două elemente:

1) Ia ca unitate de alimentare un gram de lapte de femeie pe care-l numește *nem* (*Nahrungs-Einheit-Milch*) care ar prezenta 0,67 calorii mari.

2) Socotește nevoile zilnice în *nem* (decanem, hectonem, etc.) prin patrutul ce se obține măsurând copilul șezând. În această procedură pornește dela considerația că nevoile nutritoare ale unui organism nu sunt în relație cu greutatea aceluși organism ci cu suprafața sa de rezorbție. Iar această suprafață de rezorbție este egală cu pătratul lungimei corpului așezat.

Sistemul acesta „Nemsystem“, mult apreciat în țările de limbă germană este socotit de școala franceză ca mai greu de aplicat ca vechiul calcul în calorii și după greutate. Dar valoarea de organizator și-a dovedit-o nu numai în fruntea tuturor operilor de asistență infantilă din patria sa și a inițiativelor internaționale, dar mai ales în complectarea spitalului de copii din Wiena — care poate fi socotit ca model pentru toată lumea. În afară de mărirea și complectarea clădirilor, Pirquet, care însuși numește secolul nostru „secolul copiilor“, dovedește un nou spirit de înțelegere al lucrurilor. „Spitalele de copii ale viitorului vor fi nu numai instituții sanitare ale corpului, ci și lăcașuri de refacere și educație ale spiritului. Preocuparea lor de căpetenie va fi însănătoșirea noilor generații și a sufletului lor, care va fi sufletul umanității“. Clinica din Wiena posedă și o școală pedagogică-medicală a spitalului și un institut pedagogic pentru creșterea copiilor recalitrânți sau întârziați.

Aceasta a fost viața lui Pirquet: simțul datoriei, disciplină, sistematizare, raționalizare neclintite; Totul pentru binele copiilor și alomenirei. Ce se va fi clintit din sistemul vieții și cugetării sale când s'a hotărât că moară?

D-r. I. Rosenstein.

Al 8-lea Congres anual general

PROGRAMUL LUCRĂRILOR

Duminică 26 Maiu 1929

ORELE 9.

I. Ședința administrativă generală a membrilor Societății.

- a) Raportul casierului Societății, *Dr. Margulius I.*, asupra gestiunii financiare pe 1928.
- b) Raportul vice-președintelui casier al Secției stabilimentelor balneare *Dr. Ettinger L.*, asupra gestiunii financiare a secției pe 1928.
- c) Raportul președintelui casier al Secției apelor minerale, *Dr. Weiss Aurel*, asupra gestiunii financiare a pavilionului pe 1928.
- d) Raportul directorului pavilionului de cură din Cișmigiu, *Dr. Anastasiu St.*, asupra gestiunii financiare a pavilionului pe 1928.
- e) Raportul *D-lui Marino G.*, asupra veniturilor și cheltuelilor Expozițiunii balneare pe 1928.
- f) Alegerea comisiei de verificare.
- g) Dare de seamă financiară de către *Dr. Margulius I.*, asupra veniturilor și cheltuelilor Congresului internațional de talasoterapie din 1928.
- h) Raportul directorului Societății, *Dr. Anastasiu St.*, asupra situației generale economice a Societății.
- i) Prezentarea și discuția bugetelor pe 1929.
- j) Complectarea Consiliului general și Comitetului permanent ale Societății; ale comisiei de cenzori și Delegațiile secțiilor.
- k) Aclamare de membrii de onoare ai Societății.

ORELE 12.

Deschiderea oficială a pavilionului de cură din Cișmigiu.

ORELE 15.30.

II. Ședința oficială a Congresului.

- a) Deschiderea congresului, de către președintele Societății, *General Dr. Vicol N.*
- b) Cuvântări.
- c) Raportul anual științific asupra balneo-climatologiei mondiale prezentat de secretarul general al Societății, *Colonel Dr. C. Mihăilescu.*
G. Marius: Asistența la băi.
Dr. Gh. Sglimbea: Necesitatea unui oficiu național de turism.

*)

*) Comunicările științifice ținute la acest congres vor fi referate în numărul viitor,

„SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC“

IN MARGINEA ELECTRO-RADIOLOGIEI ROMÂNEȘTI

UN RAPORT QUASI OFICIAL ȘI UN PROTEST ANONIM

„PUTEREA INTUNERECULUI CONTRA PROGRESSELOR CIVILIZAȚIEI“

«Concepțiile la noi asupra practicei electro-radiologiei actuale sunt 2: a) Electro-radiologia este o specialitate și ca atare nu poate fi practică... decât de medicul radiolog bine înarmat cu cunoștințe solide generale medicale, utilat cu aparate perfecționate și cunoscător aprofundat al datelor și tehnicii de specialitate.

Această concepție este susținută de majoritatea elementelor distinse din învățământul superior medical, de toți specialiștii în genere de electro radiologii formați și de autorități legal, de orice bolnav mai luminat, care nu poate concepe... cum cine-va poate deveni maestru în câteva luni sau chiar săptămâni... cât timp în cismărie, croitorie, etc., până a deveni maestru trebuie să treacă prin stagiul obligator de ucenic, calfă.

b) Electro-radiologia este un ce cu un rol cu totul redus și adjuvant al medicinei generale ea nu constituie o specialitate și ca atare conform chiar legii sanitare poate fi practică de oricine și fără nicio reglementare.

Această părere tinde în ultimul timp a căpăta adepți în majoritatea confrăților, cari nu au cunoștințe suficiente asupra greutăților și riscurilor fizice și materiale ale acestei ramuri... cari își închipuiesc că bagagiul teoretic de pregătire radiologică îl au suficient (*dacă îl au și pe acela*) și că nu le mai lipsește decât apareilage-ul necesar — o morișcă radiogenă de obicei — în practica lor de azi... medici pe cari agenții reprezentanți ai fabricelor, adesea simpli negustori de aparate și veritabili profitori materiali ai specialității, îi încântă cu perspectiva câștigurilor materiale fabuloase, oferindu-le reduceri și avantagii de plată... medici, cari se văd, adesea mirați, posesori ai unei zice instalații de „raze“... cari n-au decât să mai adauge o firmă mare, (*mai ales*) luminoasă, anunțuri celebre prin ziare sau foi volante cu vindecări miraculoase cu raze X a tuturilor maladiilor... și clientela

profană dirijată de samsari medicali, de băcanul, frizerul sau restauratorul de peste drum, de o rudă sau prieten, de confrăți mai puțin scrupuloși interesați în cauză prin procentuarea serviciilor, practică nedemnă introdusă la noi recent dintr'o anumită parte a țării (*din care. D-le raportor?*)... examen greșit și tratament intempestiv n-au importanță... este mulțumit și bolnavul că i s'a făcut «o rază» nu mai puțin pseudo-specialistul, care își ia onorariul une-ori cu anticipație... puțină emoție, când printre cărdul de țărani, mai ales, se ivește un confrate pentru a fi examinat el sau ruda sa, atunci mașina ca prin farmec se defectează, pentru-ca dupe plecarea acestuia mașina să-și reia activitatea pentru mulțime.

Unul dintre acești specialiști a scris «radioterapia o practic de un an în mod intensiv numai pentru radiodiagnostic nu însă în scop terapeutic» iar un altul (care nu-și făcuse probabil încă instalația) cerea «să se facă un examen radiosopic pe un film «bun».

Un medic, care nu cunoștea nici chiar denumirea elementara a pieselor, declara că, «și-a cumpărat în provincie aparatul nu pentru a face radiologie ci pentru a ști publicul local și din împrejurimi că are raze pentru ca acesta să vină numai la el în detrimentul confrăților locali».

«... și acele examene radiologice făcute cu lampa incandescentă de luminat în camera obscură, cu un tub simplu ca localizator și un carton obișnuit drept ecran și acele buletine verbale, niciodată scrise, spuse țăranilor; — iată, vezi, aci ai o carne crescută la inimă, ori șarpe în pânțele, ori sânge la cap».

Și se face constatarea la sfârșitul acestui capitol extras din comunicarea: Câteva considerațiuni generale asupra electro-radiologiei medicale ca specialitate, făcută la Congr. Asoc. g-le a medicilor dela Chișinuu din Octombrie trecut de D-l Col. Dr. Giurea, eminentul președinte al Societății române de electro-radiologie din București, căruia îi cerem scuze pentru largile împrumuturi făcute «Se pare deci că este la'unii o tendință de speculă a credulității și simplității mulțimei, care frizează șarlatanismul».

In fața acestor abuzuri contra prestigiului breslei și metodei în special și contra bunului simț în general D-sa se întreabă dacă nu a sosit timpul a se reglementa prin lege practica acestei specialități și la noi și arată ce ar fi de făcut în situația prezentă și cari sunt propunerile de îndreptare mai ales pentru viitor: și între aceste salutare propuneri cuprinse în 16 aliniate D-sa cere să se controleze nepărtinitor și permanent cabinetele actuale și viitoare zise de specialitate din toată țara de o comisie compusă din..

Acest raport luminos, pe care regretăm a nu-l putea cita în întregime, intră admirabil în vederile rubricii acesteia și constituie un extrem de prețios document în speșă pentru zilele de față.

Dar el, ca și ancheta întreprinsă de revista România Medicală

anul trecut, nu putea să nu ridice protestări vehemente, deși anonime, din partea celor amenințați cu controlul și reglementarea și astfel am primit și noi un asemenea apel-protest intitulat Puterea întunerecului și iscălit **Un vechi radiolog**.

Adepti ai maximei audiatur et altera pars, citam și din acest articol:

«Un grup de câți-va, din interese pur pecuniare, vor să se îngrădească cu legi și regulamente aducând un mare ultraj științei și civilizației, făcând apologia ignoranței oprind pe medic de a se folosi de Röntgen, geniala descoperire științifică a secolului»-

D-sa, care a călătorit prin multe țări civilizate a aflat că «acolo se impune fie-cărui medic să aibă pe lângă tot instrumentarul necesar un mic laborator și un aparat de radiologie» și atunci se întreabă cu spaimă «ce va zice lumea civilizată, citind în ziare, că la noi caută să triumfe puterea întunerecului oprind pe medic de a-și aduce Röntgen în loc de a-l obliga să-și aducă, să aibă fiecare ca în străinătate?».

Căci el afirmă că «nici în Africa (pe care nu spune dacă a vizitat-o) nu se vor face legi și regulamente, cari să oprească pe medic de a se lumina, pentru uzul său personal și pentru binele bolnavului» (numai).

Și de oare-ce «este o anomalie la noi ca un medic să trimită pe bolnav la laborator, la radiolog și apoi să se reîntoarcă la el ca să-i dea o rețetă plătind scump în 3 locuri» pe când pentru simplificare plata s'ar putea face într'un singur loc și pentru că „se impune de bunul simț și omenie, cum este în țările civilizate, ca fie-care medic să aibă între toate celelalte aparate necesare pentru examenul clinic și un aparat de raze Röntgen“ a cărui instalație nu costă cine știe ce când ecranul este de carton și tubul radiogen înlocuit cu o simplă mașină Wimchurst, care scoate scânteii și pentru că pentru el «practica radiologică înseamnă examen conștiințios al bolnavului» pentru că «radioterapia nu se practică, căci este încă în formație, în fașe, în fașe fiind profesorii cași elevii lor (chiar așa) deci ea se exclude, iar radioscoopia și radiografia nu provoacă iritații fiind scurte și alt dezavantajiu neprezentând decât sleirea pungei bolnavului» care și aceasta poate constitui o arsură de gradul al III-lea, atunci milosul confrate propune «omeneste ca cu un modest onorar acelaș medic să facă amănunțit examenul clinic, radiologie și cercetări de laborator ca în străinătate» și sentențios continuă «se vorbește că trebuie multă inteligență și competență, din partea medicului pentru radiologie; să-mi fie permis (lui acolo) a afirma cu toată tăria contrariul, căci urechea poată să mintă, dar ochii nu mint; (dar nu pot înșela și ei? cum zice poetul) radiologul scrie ce vede și buletinul său merge la internist și chirurg și aceștia trebuie să-l interpreteze lor le trebuie inteligență și competență (și de loc radiologului?) ca să-l poată interpreta (bine sau greșit?), ei trebuie să aibă exact aceleași cunoștințe despre radiologie cași radiologul de care nu se deosebesc de cât pentru că unul are

aparatură și altul n'are» (deocamdată); se înfurie când își aduce aminte de control:

«Dacă i se va lua medicului prin vre-un regulament tâmpit radiodiagnosticul, aceasta armă atât de genială prin claritatea și simplitatea ei atunci — *resemnat* — să i se ia și bisturiul și seringă, stetoscopul, microscopul, trimițându-l pe medic la prins pește — *amar-nic* — dupe un studiu de 20 ani, plus anii de practică, — *grav* — întorcându-se la timpurile preistorice, la sălbăticie» și atunci sare *indignat* «aceasta nu însemnează civilizație, progres D-le, ci sălbăticie, la care ne duce puterea întunerecului, puterea banului».

Epuișat, face câteva considerațiuni de ordin general și apoi dintr'o suflare perorează:

«Pentru că nu poate să existe diplomă de doctor în radiologie, pentru-că diploma de doctor în medicină și chirurgie îți dă dreptul de a practica orice ramură vrei, pentru-că este ridicolă pretenția de monopolizare a aparatelor Röntgen, pentru-că este o rușine să-i supună la examene pe ceilalți medici societatea de radiologie, pentru-că nu se cunoaște până în prezent niciun caz de arsură provocată de radioscopie și radiografie decât arsura pungei bolnavului (*Sic*), pe câtă vreme erorile zilnice a celorlalți ziși specialiști în medicina internă, chirurgie, obstetrică etc., costă mai mult de cât simple arsuri, costă viața trimițându-i în lumea dreptilor (*sic*) pentru-că radioterapia este încă în fașe, pentru-că controlul nu se poate concepe, întru cât un proverb românesc zice: să te ferească, D-zeu de judecata popească și doctoricească (*mai ales*), care ar constitui o permanentă șicanare, (*asta nu este nimic, dar închide cabinetul*) pentru-că în Germania nu se face controlul decât când este o plângere din partea cuiva și atunci îl face parchetul însoțit de un specialist și altceva nimic....» *pentru toate aceste motive și pentru altele, la care nu mai este nevoie să ne întindem, acest desinteresat polemist anonim prin a cărui gură vorbesc atâția alții și pe al cărui vehement rechisitoriu ar fi gata să și-l însușească, dar nu și iscălească, încă foarte mulți corifei amenințați, cere* «pentru binele bolnavului și prestigiul ajutorului medical să se reglementeze ca fie-care medic fără osebire să aibă ca în străinătate și statul să-i vină în ajutor, (*atâta mai lipsea*) și un aparat de raze Röntgen, să se restrângă numai numărul studenților în medicină medicina să se facă 7 ani, după cari să urmeze câte un an de specialitate pentru interna, chirurgia și obstetrica, ca fiind cele mai grele diploma de doctor în medicină să dea dreptul medicului să exercite cași până în *fericitul* prezent orice specialitate și fie-care medic să protesteze energic să nu se atingă nimeni de dreptul câștigat, căci dacă nu și-a adus până acum aparatul de raze Röntgen să-l aducă mai târziu, când va avea posibilitatea».

Iulie 1928 și iscălește „un vechi radiolog”.

Dar acest vechi radiolog, care vrea să spargă cu fulgerele sale puterea întunerecului situată de el de cealaltă parte și care din modestie nu vrea să iscălească, nu poate fi decât unul dintre pseudo-

specialiștii cu ecran de carton, dintre cei denunțați de D-l D-r. Giurea și speriați de control; sau dintre improvizatii, amenințați cu examenul și care iau un onorar modest pentru raze, dar îl rotunjesc printr'un mic adaos pentru rețetă; sau poate dintre acei cari afișează dubios „raze” și n-au de cele cari merită această simplistă denumire ei o modestă lampă de Quarz, pe care comisia nu o poa te interzice, dar care are puterea de a atrage bolnavul măcar pentru o simplă consultație; sau mai sigur dintre cei cari s'au hotărât să pună la contribuție și aparatul, care nu le-a sosit încă; și de ce nu? puterea întunerecului din țara noastră să nu încerce a o risipi și unul dintre reprezentanții atâtor firme aciuiși la noi și cari se văd amenințați în rentabila lor meserie?

Dr. Cănciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj