

Mișcarea Medicală

L U N A R Ă

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

Comitet de Patronaj:

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

Director:

Docent D-r M. Cănciulescu

Comitet de Redacție:

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

Secretar de Redacție: D-r. I. Rosenstein.



OPOTHERAPIA ASOCIATĂ PANGLANDINE

COUTURIEUX EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicațiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul, la copii.— Obesitate, turburări gastro-intestinale, circulatorie, nervoase, exoftalmie bună, maladia lui Adison, turburări hipofizare, ovariene, senilitate precoce, la adulți.*

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS
18, Avenue Hoche.

VIN BRAVAIS

**(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de
Caféine, Cocaine & Théobromine).**

*Cel mai puternic tonic, nutritiv și stimulent în
afecțiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism,
chlorosă, debilitate, convalescență, etc.*

Literatură și eșantioane medicale :

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Strada Mecet No. 8.

C R O N I C A

Se cunoaște prea bine revoluția, ce a adus în tratamentul diabetului, în special a celui grav și a comei diabetice, descoperirea insulinei.

Dar dela stările diabetice Insulina și-a întins indicațiunile într'o mulțime de alte stări și boli nediabetice, pe cari d-l D-r. Od. Apostol le trece în acest capitol de revistă generală.

Insulina lucrează în aceste stări disparate și fără nici-o legătură aparentă între ele printr'o acțiune desigur nu specifică, ci prin influențarea substratului anatomic, pe care evoluează aceste stări.

Insulina a dovedit o acțiune antitoxică și chologogă în diverse afecțiuni hepatice grave însoțite sau nu de icter; o acțiune alcalinisatoare, vagotropă și eutrofică în ulcerile gastrice; o acțiune anticetogenă în vărsăturile incoercibile; insulina modifică stările de denutriție și a fost întrebuințată la indivizii slabi, debili, denutriți, la convalescenți, în hipotrofiile infanțile, la tuberculoși diverși cu scopul de a-i îngrășa; insulina s-a dovedit aptă a restabili permeabilitatea arterială în arteritele obliterante, printr'o acțiune desigur eutrofică asupra pereților arteriali; insulina și-a găsit întrebuințarea și în afecțiunile ginecologice influențând favorabil metroragiile de natură ovariană și suprimând vărsăturile incoercibile ale sarcinei; în oftalmologie insulina grăbește vindecarea ulcerățiilor corneei mai ales a celor de natură pneumococică, și întârziând evoluția cataractei naftalinice experimentale a fost preconizată de aceiași autori, Prof. Dr. Mihail și Dr. Vancea, în tratarea cataractei senile; în neuropsihiatrie insulina a fost întrebuințată cu efecte diferite, dar rezultatele au fost totdeauna favorabile în turburările nervoase de natură diabetică; în diverse afecțiuni cutanate în special în ulcerile gambei de natură varicoasă insulina și-a exercitat extrem de eficace acțiunea sa de eutroficitate; în chirurgie insulina suprimă efectele nocive ale anesteziei cu cloroform sau eter, care prin hiperglicemia și acetonemia, ce rezultă ulterior, poate conduce până la eomă.

Și câmpul de utilizare al insulinei nu pare a fi fost încă sfârșit.

Dr. Docent P. Jagnov publică 2 observații clinice de Flebită tuberculoasă; cazurile denotă un proces flebitic precoce, care a survenit într'o perioadă pretuberculoasă, care deschide jusa unei tuberculoze pulmonare ulterioare; ele au fost însoțite de febră și de dureri — dar aceste simptome pot varia dupe multe impre-

jurări — și au presupus în ambele cazuri, cași de altfel în flebitele tuberculoase tardive, survenite la tuberculoșii cavitari și în orice formă de flebită o fază de septicemie, de grănulie, care a condus la diseminarea germenilor din focarul primitiv, denumit complexul primar; și ca să ajungă în torentul circulator sanguin, bacilii au trebuit să parcurgă și o cale limfatică de mai scurtă sau mai lungă întindere, care la unul din bolnavi s-a evidențiat patent printr'o pleurezie serofibrinoasă.

Autorul face cu ocazia expunerii acelor 2 observațiuni clinice un studiu aprofundat al mecanismului fisio-patologic de producere al flebitelor tuberculoase și lasă să se întrevadă și rezolvarea în viitor a unor necunoscute de detaliu în ceea ce privește dictarea localizărilor în diferite segmente vasculare — a agentului patogen.

D-l Dr. V. Herișan publică o observație de Paralizie facială de origină dentară și explică mecanismul de producere al acestei paralizii la câteva ore abia dela extracția unui premolar și în lipsa vreunui proces de osteo-alveolită locală printr'un reflex simpatico-facial, anume: prin faptul extracției se produce o turburare a circulației carotidiene prin intermediul simpaticului perivascular; perturbația determină o criză vasculară de vaso-constricție sau vaso-dilatație repercutată până la nivelul vaselor nervului facial; fie prin anemie, fie prin compresiunea trunchiului în canalul osos al stânței, dar nervul suferă și suferința lui se traduce prin această paralizie facială, care determinată astfel nu poate angaja responsabilitatea stomatologului, care a practicat extracția.

Dr. M. Cănciulescu.

PLASMOCHIN

REMEDIU NOU SINTETIC CONTRA

PALUDISMULUI

**CU ACȚIUNE SPECIFICĂ ȘI ASUPRA
GAMETILOR FEBREI TERȚE MALIGNE**

Pentru tratamentul și profilaxia tuturor formelor paludismului, în special în idiosincrazie față de chinină, în febră hemoglobinurică, etc.

Prezentare: Tablete de Plasmochin de 0,02 ctgr. XXV.



Dragele de Plasmochin compositum XXX.

[0,01 ctgr. Plasmochin și 0,125 mgr. sulfat de chinină]

Tablete de Plasmochin compositum XXX.

[0,01 ctgr. Plasmochin și 0,125 mgr. sulfat de chinină]



Soluție de Plasmochin 10%. Fiole cu 1,2

3,2 cm.³ X

Soluție de Plasmochin 10%. Fiole de

2 ccm. V.

AMBALAJ ORIGINAL

I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secția farmaceutică - Biroul științific - „Bayer-Meister-Luchs”

Leverkusen a. Rh.

Specimente și literatură gratuit

prin Reprezentanții generali pentru România:

„PHARMA-STUDERUS” @ Co.

BUCUREȘTI II, Strada SPIRU HARET 5.

TELEFON 4930

La Tuse și Bronșite

la afecțiunile căilor
respiratorii în general

Tablete de DICODID «Knoll»

(Dihidrocodeinon)

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

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

Picături de CARDIAZOL-DICODID «Knoll»

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

Acțiune < spasmolitică asupra bronhiilor.
electiv sedativă asupra centrului
tusei.

Combinăție dovedită eficace și în tusea con-
vulsivă, în laringită și în stările astmatice.

Flacon orig. cu 10 gr.

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



Knoll A.G.
Ludwigshafen 4/Rh.

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

MIȘCAREA MEDICALĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ

INDICAȚIUNILE INSULINOTERAPIEI ÎN STARI ȘI BOLI NEDIABETICE

de

Dr. OD. APOSTOL

Cluj.

În afară de cazurile de diabet, *insulina* are indicații destul de numeroase. Aplicarea ei în diferite stări și boli, altele decât diabet, are o bază logică.

Prin efectul său asupra ficatului, acest laborator central care transformă grăsimile și proteinele producând glucoză, ce poate fi ținută în rezervă sub formă de glicogen, *insulina* prezidează la menținerea echilibrului nostru nutritiv și intervine în acelaș timp în metabolismul grăsimilor, proteinelor și hidraților de cărbune.

Efectul este anticetogen. Prin acest efect hepatic al *insulinii* se aplică baza logică a întrebuințării ei în diferite afecțiuni hepatice, în vărsături incoercibile, etc.

În cazuri de *afecțiuni hepatice însoțite* sau nu de *icter*, cu tendință la denutriție injecțiile cu *insulină* însoțite de inj. cu glucoză, au adus servicii mari, prevenind insuficiența hepatică și permițând o convalescență mult mai rapidă.

Eppinger a obținut rezultate frumoase cu 2×30 unit. pe zi. *Hoet* cu doze pe jumătate.

Experiențe destul de multe s'au făcut cu *insulina*, în *ictere*, mai ales în cele grave.

Nițescu a arătat experimental că *insulina* are o acțiune colagogă.

Cel dintâi care a tratat icterul grav cu *insulină* e *P. F. Richter* (1924).

Lafourcade a publicat în 1925, un atare caz vindecat prin insulinoterapie.

Simici, *Popescu-Mustață* au publicat în Rev. San. Mil. No. 11—12/1928, un caz de icter agravat, tratat și vindecat prin *insulină-glicoză*.

Wartenhorts în cazuri de icter cataral cu febră a atins 100 unități de *insulină*.

Roșculeț și Vasilescu nu au obținut succese administrând insulina în icter. Cazurile lor le-au publicat în rev. „Spitalul” III 1929.*)

Tănasiu Horațiu. V. a publicat un studiu important despre „Tratamentul icterului grav prin insulină”. (Brașov. Tip. Unirea, în 80, pag. 27).

În *disfuncțiile cronice ale ficatului*, în *carcinomul hepatic*, în *sifilisul ficatului*, s’au administrat 60—100 unități zilnic. Acțiunea insulinei face să dispară icterul.

În icterul *cataral*, pruritul cutanat și xantodermia dispore repede sub acțiunea *insulinei-glucoză*.

Alterarea ficatului consecutivă *intoxicației fosforice*, este înlăturată prin insulinoterapie. afirmă *Bamberger* care a tratat un atare caz grav. (D. M. W. No. 40/927).

* * *

După *Simnitzky* (W. Kl. W. No. 52/927), insulina lucrând ca un puternic alcalizator și ca un element cu o acțiune importantă vagotropă, era natural și logic să aibe o aplicațiune în *ulcerile peptice ale stomacului*.

Intr’adevăr un tratament cu injecții bicotidiene de 10—15 unități (maximum), $\frac{1}{4}$ de oră înainte de prânz și cină, a dat rezultate cari au confirmat teoria.

Horawitz a publicat în *Monde Médical* VI/929, un caz de ulcer gastric vindecat prin insulină.

Feissly a avut primul ideia să trateze *ulcerul gastric* prin insulină.

A și publicat un caz mult ameliorat (Soc. de gastr. ent. Paris, 8, II, 1926).

Goyena în „*Semana medica*” (17. XI. 1927), publică un caz de ulcer pe curbură mică a stomacului tratat cu insulină cu foarte bune rezultate. În câteva săptămâni s’a vindecat. Vindecarea a fost controlată și la Röntgen și la operația cerută de bolnav de teama unor recidive.

Herscovici publică și el un caz asemănător rezistent la tratamentul medical obicinuit. Prin insulina Merck a obținut rezultate bune.

Explicația lui *Feissly*:

El consideră ulcerul ca o plagă atonă și insulina are bună influență asupra evoluției spre vindecare a unui atare ulcer.

Insulina provoacă o deviație destul de importantă a echilibrului acid-bază în sensul alcalinității, ridicându-se p. H. plasmatic și de rezervă alcalină.

Contrariul se întâmplă în ulcer. Insulina lucrează întâi asupra hiperclorhidriei.

Simici, Giurea și Dimitriu (Arch. des mal. de-l’ap. dig, 1927), au făcut cercetări experimentale asupra acțiunii insulinei asupra stomacului.

*) Insulinoterapia în icterul grav.

Insulina, după acești autori, are o acțiune favorabilă asupra mobilității gastrice, provocând accelerarea evacuării stomacului.

Goynea crede că are influență asupra infecțiilor secundare.

Lupan sub titlul „Die Insulinbehandlung der Fistel nach Magenoperation”, publică 4 cazuri în Zentralblate für Chirurgie No. 23/1929, pag. 1423, vindecate repede prin insulină. Ar fi după Lupan primele cazuri publicate.

Vomismențele incoercibile în colelitiază, colecistită, limfogranulomatoză, etc., pot fi suprimate prin insulinoterapie, după Elias și Violini (M. Kl. W. 21/927).

În cazurile de *vărsături ciclice la copii*, vărsături datorite de Wagner și Priessel, unui defect al metabolismului hidrocarbonat, se recomandă insulinoterapia (2×10 unități de insulină urmate de o masă bogată în hidrocarbonate).

Influența remarcabilă asupra stării de denutriție a diabeticilor a făcut pe mulți autori să aplice insulina și la indivizi nediabetici, cu slăbiri esențiale ale lipofizei, astenii constituționale, cu scopul de a *îngrășa pe bolnav*.

O problemă foarte adesea greu de rezolvat pentru medicii practicieni.

Americanii, mai ales *Mac Kim Mariot*, cei dintâi au arătat valoarea insulinoterapiei în cura de îngrășare. În 1923, prima oară le-a venit ideea pediatriilor americani de a trata *hipotrofiile infantile cu insulină*.

Apoi a încercat *Butterwieser* în Germania; *Nobécourt*, *Lévy*, *Lesné*, *Dreyfus Sée*, *Moutier* în Franța; la noi *Gavriliă* s'a ocupat publicând și rezultatele bune în „*Mișcarea medicală*” din Iulie 1928, pag. 270, toți și la *adulți*, nu numai la copii, în diferite stări: *Convalescență* de orice categorie, *slăbiți din cauza tuberculozei*, *menopauză*, *Basedow*, etc.

Cannavo expunând 2 cazuri în „*Riforma medica din Milano* (17. X. 1927, pag. 987), de *turburările de nutriție tratate cu insulină*, conchide că *insulina e bună când trebuie să obținem o rapidă mărire a greutateii corporale și o revenire a nutriției generale într'un organism slăbit; insulinoterapia să intre în practica curentă în cazuri de slăbire constituțională și de convalescența boalelor cari slăbesc și unde căutăm o ameliorare rapidă*.

După *Hoegler* (Kl. W. No. 1/1929), *Goffin* și *Slosse* (Soc. clin. des hôp. de Bruxelles, V, 1929). ar exista un adevărat antagonism între *secreția tiroidiană și insulină*.

S'a observat cu ocazia insulinoterapiei în cura de *îngrășare o ipertiroidie și mărirea repede a metabolismului bazal. La Basedovieni însă contrariul*.

Nu trebuie aplicată insulinoterapia decât celor slăbiți cu anorexie adică cu metabolismul bazal scăzut.

È necesar să știm și *contraindicațiile insulinei în terapeutică hiponutriției*. Iată-le:

1) Cei mai mulți autori condamnă insulina în *cașexiile canceroase*.

2) *Orice stare febrilă la nediabetici.*

3) *Orice stare emoragică.*

Unverricht nu dă insulină chiar în timpul *menstruații*.

4) *Ulcerile gastrice (Moutier).*

* * *

Insulina în hipertensiune arterială nu a dat rezultate bune până în prezent, deci nu justifică întrebuințarea ei ca *hipotensoare*, după cum pretind unii autori.

Legrand și *Legillon* (Réun. méd. chir. des hôp. de Lille, V, 1929), neagă proprietatea hipotensoare a insulinei.

S'a încercat insulinoterapia și în hipertensiuni cu fenomene de *anghină de piept*, dar nu a dat rezultate.

Holt zice chiar că în atari cazuri insulinoterapia e periculoasă prin faptul că dă modificări bruște ale T. A.

Ambard și alții (Bull. Soc. des hôp. Paris, XI. 1926), au arătat un caz (60 de ani) de *anghină de piept* ameliorat mult prin *insulină* (după 4 inj. de 10 unit. zilnic).

Vaquez și *Yacoël* au răușit ca prin *insulină* să restabilească permeabilitatea arterială în câteva cazuri de *arterite diabetice*. *Insulinoterapia* s'a aplicat și în *trombo-angeita obliterantă* (boală lui *Bürger*; *Angieită inflamatorie a lui Leibovici*), *angieită* în care după *Lereboullet* și *Heitz*, (Paris médic. VII, 1928), simpatectomia a eșuat aproape în mod regulat.

Yacoel și *Boyer* (Ac. méd. 29. III. 1929), au vindecat un caz de *arterită cronică obliterantă*. Cu această ocazie autorii susțin că a. cr. obl. nu-i o boală microbiană cum se susține, ci o manifestare chiar a unui dezechilibru endocrinian.

* * *

În *afecțiunile ginecologice*, s'a căutat deasemeni aplicarea *insulinoterapiei*.

Încercări importante s'au făcut în tratarea *metroragiilor de natură ovariană*.

Vogt e promotorul acestei terapii. *Cotte* publică și el în „*Presse médicale*” din 1928, 4 cazuri vindecate. *Bültemann* a încercat și el în clinica Prof. *Nürberger* din Halle, să aplice insulina în atari cazuri. Rezultatele le-a publicat în *Zeit. für Gyn.* din VI./1928. El conchide că insulina influențează durabil numai *metropatia emoragică juvenilă*.

S'au dat diferite explicații. Nefiind suficiente trecem peste ele spre a ne ocupa de rezultatele obținute de *Silbermann* și *Ilutză* (5 cazuri de metroragii de origină ovariană și o amenoree). Ei au aplicat insulina *Byla*, *Roussel* și *Welcome* intramuscular, bicotidian câte 15-25 unit., luând bun înțeles măsurile de evitarea ipoglicemiei. Durata tratamentului 3-4 zile. Rezultatele lor se rezumă astfel:

1) *Oprirea completă a metroragiilor în 5 cazuri* (din cari 2 cu sarcină consecutivă).

2) Un rezultat negativ.

Metabolismul în sarcină se modifică. *Porges* și *Novak* au observat o sensibilitate foarte mare la supresiunea *hidraților de cărbune*. Un regim cu hidrați de cărbune reduși, provoacă în 24 ore o acetonurie importantă. Acetonemia ajunge la 60-400 mmgr. la mie. Această tendință la acidoză e baza stării deosebite în sarcină, după *Holt*.

Autorii americani admit că *vărsăturile incoercibile datorite sarcinei*, sunt rezultatul unei lipse de glucoză în organismul mamei, lipsă consecutivă absorbției glucozei maternale de către făt.

King. I. E. din New-Orléans, publică în Journ. oftehe Amer. méd. Ass. No. 19/Mai 1926, 7 cazuri de vărsături incoercibile datorite sarcinei tratate cu insulină intravenos, plus glucoză sol. 5—10%, din care injectează 1000 cmc. deodată.

Insulină a injectat 20-25 și mai multe unități. Pretinde că a avut rezultate foarte favorabile chiar în cazurile când bolnavele ajunseră la o *cașexie extremă*.

Talhimer din Milivanke, a tratat prima oară atari vărsături, prin insulină. Rezultatele le-a publicat în „Journ. of the Amer. Méd. Ass.” 1924 și „Méd. et Sargery, Gyn. and obst.”, XII, 1924.

Talhimer, Vogt, Richter, Seidl și *Hoet* sfătuiesc să se injecteze în atari cazuri, doze crescânde de insulină, dar dând și o bogată masă de hidrați de cărbune.

20 de unități de insulină sunt insuficiente.

Lequeux, Weill și *Laudat* au comunicat la Soc. de Obs. et gyn. de Paris, 12, V, 1924), un caz grav de vărs. incoerc. datorite sarcinei și însoțite de acidoză foarte pronunțată, vindecat prin insulină și clisme glucozate.

Talhimer crede că și *Eclampsia* s'ar putea trata cu insulină.

* * *

Și din domeniul *oftalmologiei* insulina și-a găsit aplicație.

Kleefeld asemuind cornea cu pielea, a imaginat încă din 1927, un tratament cu insulină în scopul de a modifica terenul *ulcerațiilor corneei* și astfel să poată trece la un *tratament antiseptic oarecare*. El a ales pentru aplicarea metodei sale, *ulcerațiile corneene* datorite *pneumococului*.

Kleefeld pretinde că a obținut o vindecare repede și perfectă. Cicatrice foarte subțire, transparente și foarte sărace în vase. *Kleefeld* a încercat la un caz unde ambele corneee erau ulcerate de pneumococi.

Insulina i-a dat posibilitatea să scape pe pacient de eventrația globilor oculari.

În ceea ce privește afecțiunile oculare datorite diabetului (de ex. ambliopia, etc.), insulina are totdeauna prioritate în arsenalul terapeutic.

Insulinoterapia a fost încercată și în *intoxicațiile acute sau cronice experimentale naftalinice*. Prof. *Michail* și colaboratorul său *Vancea*, a emis într'o lucrare experimentală publicată în Clujul Me-

dical No. 78/924, pag. 331, sub titlul: *Contribuțiuni experimentale la studiul patogeniei cataractei naftalinice*, ipoteza că leziunile cristaliniene produse de *intoxicația naftalinică* ar putea să fie consecința unei disfuncțiuni endocrinene de origină pancreatică.

În lucrarea lor ulterioară: „*Cercetări referitoare la acțiunea insulinei asupra evoluției cataractei naftalinice*, (Cluj medical No. 1—2/1925), autorii fac cunoscut rezultatele obținute prin insulinoterapie la animale de experiență (iepuri), aplicată în diferite momente ale evoluției cataractei naftalinice, rezultate pozitive ce le rezumăm:

1) Aplicarea insulinoterapiei în cursul alimentării iepurilor cu naftalină, întârzie în mod apreciabil evoluția cataractei naftalinice.

2) Insulinoterapia împiedecă apariția pigmentații tirozinice a cristalinului.

3) Insulina manifestă o acțiune acceleratoare asupra rezorbției cataractei naftalinice.

4) Insulina mărește rezistența vitală a iepurilor supuși la acțiunea intoxicații naftalinice acute.

5) Insulinoterapia poate să facă să dispară temporar sau definitiv leziunile retino-cristaliniene incipiente de origină naftalinică.

Plecând dela aceste experiențe, *Michail și Vancea*, se întrebă dacă insulinoterapia nu și-ar avea aplicație în *cataractele senile*.

* * *

În domeniul *neuropsihiatriei* insulina a fost încercată.

Acidoza, cetoza, anorexia, debil. fizică, stările de marasm, colemia și insuficiența hepatică a alienaților au fost combătute prin insulină. 5—10 unități de insulină pe zi, asociate cu 250 gr. de glucoză sol. 10%, i-au dat rezultate bune lui *Puca*, în atari cazuri.

Rezultatele le-a publicat în „*Rassegna di studi psich.*” No. 5/1927.

În *delirul toxic*, în diferite *psichoze, stări de confuzii mai ales la femei*, insulina a dat rezultate bune. De foarte multe ori a înlocuit cloralul.

Muckenzie ((în *Laucet*, 1925, pag. 1232), publică rezultate favorabile.

În *migrenă* în 2 cazuri tratate de noi cu insulină, nu au obținut nici un rezultat.

Barre (Réun. neur. de Strasbourg, 1929, 8, VI), a scăpat de *insomnie* prin insulinoterapie (10 unit. pe zi), pe un bolnav cu boala lui *Thomsen*.

Orice leziune *hipofizotuberiană* se însoțește după *Marcel Sendrail* („*La tolérance à l'insuline dans les syndromes hypophysotuber.*” Bull. et Mém. Soc. m. hôp. Paris, 1929), de o stare de sensibilitate excesivă la insulină. În 10 cazuri de *diabet insipid* tratate prin insulină de *Sendrail*, a găsit o ridicare a glicemiei, superioară valorii sale normale (0.45 gr. într'o oră la litru de sânge, bolnavul primind $\frac{1}{2}$ unitate insulină pe kgr.).

Sendrail recomandă această probă pentru *controlul centrilor pituitari* din punct de vedere al *funcțiunii lor*.

În turburările nervoase de natură diabetică, insulina e cea dintâi care își are indicații sale.

Cazurile de diabet asociate cu *boala lui Basedow*, sunt adesea insulinoresistente, după observațiile lui *Labbe și Dreyfus*, (Paris médical, Mai, 1929).

Prof. *Lépine și Parturier* au comunicat în 1924, la Soc. de biologie din Paris, un caz de *sindrom basedowian* tratat cu *insulină* și cu rezultat încurajator.

Medicul belgian *Goffin* a publicat în „Scalpel” 1929, 4 cazuri de *basedowism* foarte mult ameliorate prin insulinoterapie.

Merklen, Wolf și Kayser au avut și ei rezultate bune. Deasemeni și *Lawrence*.

* * *

Afecțiuni cutanate de diferite categorii au fost tratate cu *insulină*.

Michaelis (Bruxelles médical No. 20/1929), publică un caz de *sclerodermie* combinată cu *boala lui Raynaud*, tratat cu *insulină* (*Leo, Bylä, Schering, Allenburg, Roussel*), 4670 unități fiziologice într'un an, cu rezultat mulțumitor.

În *prurit* a dat rezultate bune. *Hoet* crede că nu se datorește — cum cred unii — acțiunii insulinei asupra metabolismului hepatic, ci influența ei asupra însăși celulele cutanate.

Diferiți autori, între cari *Binet și Nepveux* (Progrès médical, IV, 1929), au vindecat prin *insulină* cazuri de *furunculoză*.

În general *piodermita* se poate trata bine cu *insulină*.

În *psoriaza* chiar greafată pe teren diabetic, *insulina* nu a dat rezultate bune.

Ambard și Schmidt au arătat cazuri de leziuni cutanate de natură tuberculoasă vindecate frumos cu *insulină*.

Rost (D. M. W. II. 1929) și *Vasiliewa* (Thèse Strasbourg, 1929), au obținut rezultate frumoase prin insulinoterapie în exeme și acnee.

O frumoasă indicație a insulinoterapiei, o constituie seria de ulcere varicoase, cronice ale gambei, plăgi atone. (*Adlersberg și Perutz*).

Tavernier și Barral la Soc. de chir. de Lyon, 1929, XII, au demonstrat cu cazuri foarte interesante acțiunea evidentă *eutrofică a insulinei*, acțiunea ce merită să fie pe larg utilizată în chirurgie unde va da reale servicii. *Insulina* tocmai pentru această a fost utilizată în campania din Maroc.

Într'un caz de plagă atonă la genunchi la o femeie de 60 de ani cu diabet și t. b. c. pulm. activă, am obținut rezultate foarte bune, vindecare într'o săptămână — prin *insulină Degewop* subcutan. și local *Insulyl Roussel*.

* * *

Anestezia unui organism diabetic a arătat în mod foarte regulat influența considerabilă a *eterului* și a *cloroformului* asupra celulei hepatice. Astfel de anestezice aduc după ele o *glicogenoliză*

considerabilă, care dă naștere la *hiperglicemie postanestezică*. și o *acetonemie consecutivă*. Această acetonemie duce pe un diabetic netratat la *comă*. Azi se evită aceste accidente prin insulinoterapie.

Orator și *Rostau* (la Congresul de chir., Berlin, 1924), preconizează călduros inj. glucoză-insulină (15 unități per 50 gr. glucoză).

Thalhimen, *Fischer* și *Suell* au recurs la insulinoterapie ca să combată *acidoza pre sau post operatorie*. (*Chensise*. An. Thérap 1924).

Lévy-Frankel, *Juster* și *Lacroix*, (*Journ. de Méd. Paris*, Oct. 1924), au vindecat aproape, 2 cazuri de *reumatism cronic deformant*.

Varga (D. M. W. 1929), a aplicat insulinoterapia asociată cu metoda *Whiple* în 8 cazuri de *anemie-pernicioasă*, obținând vindecări miraculoase.

Puech (Soc. de méd. et biol. de Montpéllier, II, 1929), a vindecat 2 cazuri de *pirexii* ce datau de 30 zile fără a se cunoaște cauza (*Neonoză Paulescu*)?, prin injecții cu insulină. *Puech* crede că ar fi vorba de *auto-vaccinare* declanșată prin insulină.

După *Fodor* (*Therapia* 11/1927), în *uremia cronică*, insulina + hidrați de C. diminuează acidoza.

Autorii sfătuiesc ca insulina să se aplice cu precauție în *tub. pulmonară*.

Guyot de la Boissière crede că prin insulină crește *apetitul tuberculoșilor*.

În *intoxicație* experim. pe epuri cu *acid cianhidric*, insulina a dat rezultate bune lui *Solniki* (D. M. W. 34/1926).

În cazuri de *ozene* și *otite*, rezultatele insulinoterapiei nu au fost de așa natură ca să fie satisfăcătoare.

BIBLIOGRAFIE

- 1) *Barral et Cade*: Insulina și plăgile experimentate. (C. R. Soc. biol. 1930, pag. 249).
- 2) *Cheinisse*: An. thérap. 1923.
- 3) *Clark*: *Trat. vom. incorec. postoper.* prin insulina. (Télha medica 1927).
- 4) *Gowaerts*: Obésité. (Bruxelles méd. 5 | 928).
- 5) *Hoet*: Les indications extra diabet, de l'Insuline. (Brux. méd. 1929).
- 6) *Holth*: Acta ophtalm. 3 | 927.
- 7) *Ichok*: L'insuline dans la cure de suralimentation chez les non diabétiques. (Pr. méd. 26 Mai 1926 pag. 663).
- 8) *Lapeyre L. et I. Lapeyre*: La chirurgie chez les diabétiques depuis l'insuline. (Pr. méd. 71 | 929).
- 9) *Lesné et M-lle Dreyfus-Sée*: L'insuline dans l'athrésie. (Art. méd. 23 fasc. 30).
- 10) *Leibovici*: Le problème chirurgical de la-mal. de Bürger et des gangrènes juveniles (Paris médical Iulie 1928, pag. 21).
- 11) *Mario Masso, Salvatore Mangeri*: Sulla presenza nel sangue di una sostanza ipoglicemizante. (Pathologica 929).
- 12) *Merck*: Annales 1928 și 1929. III. p.
- 13) *Meser*: Notes pratiques sur l'emploi de l'insuline. (Rév. méd. de la Suisse romande No. 1 | 930).
- 14) *Mignot*: Le rôle thérap. del'insuline dans les affect. non diabétiques. (Journ. de méd. et de chir. pratiques Paris 1928).
- 15) *Silberman și Ilutăd*: Insulinoterapia în metroragiile de natură ovariană. (România medicală 13—14 | 929).
- 16) *Varga*: Thense of. Insulin in the treatment of pernicious anaemia. (The Loncet, Oct. 12 | 1929 pag. 764).
- 17) *Wiechmann*: Ipertensiune și glycemie (D. Arch. für klin. Med. VIII | 1929).
- 18) *Zelter*: Insulinmastkuren beît bc. (Zeitschif für T. b. c. fasc. 3 | 1929).

FLEBITELE TUBERCULOASE

de

Dr. S. IAGNOV

Docent universitar.

Flebitele tuberculoase se produc în genere la tuberculozii cavernoși. Ele sunt datorite infecțiilor asociate, care de cele mai multe ori întovărășesc ultimele faze ale unei tuberculoze pulmonare cronice de lungă durată. Faptul clinic este îndeobște cunoscut, iar dovada anatomo-patologică a fost deasemeni făcută încă dela 1882. Orth, Cornil și Babeș și mai ales Weigert au statornicit faptul prin nenumăratele autopsii făcute. Leziunile tuberculoase, care în asemenea cazuri se găsesc pe pereții venelor — cuprinzând întâi intima apoi media și chiar adventicia — descrise de autorii de mai sus, au fost verificate anatomo-patologicește aproape în toate cazurile de flebite tuberculoase. Din suma observațiilor adunate a rămas un fapt clinic necontestat, că flebitele tuberculoase sunt tardive. Axioma a fost clătinată de leziunile venoase aflate în granului. Intr'adevăr, diseminările acute mortale au arătat aproape întotdeauna granulațiuni tuberculoase pe venele pulmonare, mai rar pe venele suprarenale, renale, și mai excepțional pe venele cave, azygos și jugulare. Studiul istologic al acestor vene a dovedit granulațiuni tuberculoase pe intimă. Dar toate aceste leziuni au susținut mai mult mecanismul de proliferare a unei leziuni tuberculoase, posibilitatea organelor arterio-venoase de a fixa leziunile laolaltă cu celelalte organe. Aceste fapte n'au lărgit de fel problema flebitelor tuberculoase — ca episod clinic și anatomo-patologic de sine stătător — în desfășurarea unei tuberculoze pulmonare cronice. Flebita tuberculoasă a rămas și continuă să fie considerată ca un episod tardiv în finalitatea clinică și anatomică a tuberculozei pulmonare. Din punct de vedere patogenetic, ea a fost explicată variat. Dar indiferent dacă origina lor e datorită unei infecțiuni secundare, majoritatea cazurilor studiate au dovedit natura lor tuberculoasă. Vaquez a găsit într'un trombus bacili Koch, Lesne și Ravaut în 1900, au tuberculizat cobai prin produsul de fărâmițare a unui

segment de venă provenit dela o flebită. Bernard, Halbron și Paraf (1920) au produs deasemenea tuberculizarea cobailor prin inocularea trombusului fărâmițat din șase cazuri de flebite. Concluzia este astăzi, că și aceste flebite tuberculoase, bănuite odinioară a fi datorite exclusiv asociațiunilor microbiene, sunt socotite drept flebite produse de bacilul Koch. Și se admite, că leziunile se produc tardiv, determinate în general de starea cachectică a bolnavilor și în particular de turburări vaso-motorii și de irigațiune locală. Explicațiunile patogenice ca și dovezile anatomice au subliniat valoarea flebitelor tuberculoase tardive în capitolul clinic al boalei și al prognosticului ei.

Vidal în 1889 și Vaquez în 1891, au atras atenția asupra unor flebite tuberculoase precoce. Multă vreme această varietate de flebite a fost socotită ca făcând parte din complexul simptomatic al clorozei. Și după cum până la studiul hematologic de amănunt al clorozei, ea a fost multă vreme confundată cu stările vagi pretuberculoase, tot astfel flebita tuberculoasă precoce a fost socotită ca făcând parte din sindromul proteiform al clorozei. Laforgue în 1923, a adus nouă argumente în sprijinul concepției flebitei precoce a tuberculoșilor. Faptul este deosebit de important nu numai din punct de vedere anatomic, dar și din punct de vedere clinic, căci flebita tuberculoasă precoce poate constitui un criteriu timpuriu de diagnostic al boalei, mai sigur decât multe alte semne premonitorii.

Dar capitolul flebitelor tuberculoase se lărgeste din punct de vedere clinic și prin posibilitatea apariției lor într'o perioadă staționară a tuberculozei pulmonare. Acest fapt are o însemnătate clinică și patogenică. Intr'adevăr apariția unei flebite tuberculoase în perioada unei tuberculoze staționare poate vesti un puseu acut de diseminare și o progresiune a leziunilor.

Flebitele tuberculoase tardive sunt în genere cunoscute. Acele precoce și provenite în timpul unei tuberculoze pulmonare staționare sunt, credem, deosebit de interesante și mai puțin cunoscute. Deaceea observațiunile clinice ce urmează, sperăm, să contribuie la cunoașterea ultimelor două varietăți.

Bolnava D. C. în vârstă de 18 ani, se plânge, că de două săptămâni are dureri în membrul inferior drept. Durerile au mers progresând până la o relativă impotență funcțională a membrului.

Examinând membrul inferior drept, am constatat: durerile vii dealungul saphenii interne un ușor oedem pe acelaș traiect anatomic. Oedemul se întindea dealungul întregului membru căci făcând măsurători comparative pe teritorii

diferite, între membrul bolnav și cel sănătos, primul era vădit mai gros. Nu mai încăpea în doială, că ne aflam în fața unei flebite.

Bolnava examinată din punct de vedere general și cercetată anamnetic, ne dădea următoarele date:

Foarte debilă, înaltă, cântărea 42 kgr. Obosea foarte repede, amenoreică; menstruația venea la 4—5 luni în cantitate mică și extrem de dureroasă. De foarte dese ori a observat perioade febrile vespérale, oscilând între 37,2 și 37,4. Suferea de constipație. De multe ori accese tahicardice, sfârșind rareori cu lipotimii.

Examenul obiectiv pulmonar nu relevă nici-un indiciu semiologic prin percuție și auscultațiune. Cordul în poziție anatomică normală. Zgomotul pulmonar e mai clacant. 85 de pulsațiuni pe minut. Splina e percutabilă pe patru laturi de degete. N'a suferit de malarie și de nici-o boală infecto-contagioasă. Ficatul nu întrece falsele coaste. Abdomenul este dureros prin palpare în regiunea cecală și a colonului descendent.

Bolnava a stat trei săptămâni în pat cu membrul inferior drept imobilizat în gutieră. Timp de două săptămâni, temperatura vesperală se menținea între 37,5⁰—37,8⁰. La începutul celei de a treia săptămâni, temperatura a scăzut sub 37 grade, când durerile în membrul inferior drept au dispărut și bolnava a putut părăsi patul.

Cinci săptămâni dela această dată, bolnava a avut brusc o hemoptizie în cantitate de 500 grame, febra 39 grade, care s'a menținut timp de o săptămână. Examinată din punct de vedere pulmonar, se constată în fosa supra-spinoasă dreaptă cracmente accentuate prin tuse. Un examen radiologic făcut două săptămâni dela data hemoptiziei indică leziuni marmorate ale vârfului drept și o voalare a vârfului stâng. Bolnava continuă să fie febrilă 3—4 săptămâni. Febra se menține în acest timp la 38⁰. Examenul sputei arată bacili Koch. I se face bolnavei un pneumo-torax artificial. După a patra insuflație, temperatura scade, apetitul revine.

Bolnavul S. I. în vârstă de 40 ani, intră în Policlinica „Iubirea de oameni” pentru o pleurezie sero-fibrinoasă dreaptă. Este febril, 39⁰, și dispneizant. I se face prima toracenteză, scoțându-i-se un litru de lichid. Examenul citologic al lichidului extras indică limfocite, reacția Rivalta pozitivă.

Cu cinci luni înainte de apariția pleureziei, bolnavul era tușitor, fără a fi expectorat vreodată, avea inapetență, obosea ușor. Apariția pleureziei a fost precedată de dureri la baza hemitoracelui drept. Zilnic, ascensiunea treptată a febrei.

După prima toracenteză, febra a scăzut brusc a doua zi la 37,5⁰ și s'a menținut timp de două săptămâni, oscilând între 37,5⁰ și 38⁰. În acest timp, bolnavul simțindu-se mai dispneizant, i s'a făcut la distanță de 5 zile alte două toracenteze, scoțându-se de fiecare dată câte 600 grame de lichid sero-fibrinos.

Patru săptămâni dela intrarea sa în Policlinica „Iubirea de Oameni”, bolnavul a făcut brusc temperatura de 39⁰, atât dimineața cât și seara. Examinat pulmonar, se constată fenomenele pleurale din dreapta mult micșorate. În ambele fose supra-spinoase se aud subcrepitante, împrăștiate în dreapta până aproape sub unghiul omoplatului. La baza dreaptă și în axilă se aud abundente frecături pleurale. Pronunțată tachicardie.

În acelaș timp, dureri vii în membrul inferior drept. Durerile se accen-

tuează zi de zi. Iar către a patra zi dela debut, flebita membrului inferior drept apare cu toate caracterele clasice: oedemul cuprinde întregul membru inferior drept, e mai accentuat în porțiunea internă a coapsei, în dreptul traectului topografic al saphenei, la maleole. Durerea este vie pe tot traectul membrului, impotența funcțională e vădită. Se imobilizează piciorul bolnavului. Febra se menține două săptămâni, când începe să scază până la dispariție. Bolnavul părăsește Policlinica păstrând toate caracterele clinice ale leziunilor sale pulmonare.

Din cercetarea observațiilor de mai sus reiese, fără îndoială, că ambii bolnavi au suferit de flebite a căror natură, cu toată probabilitatea, a fost tuberculoasă. Flebita primei bolnave a fost preluđuul unei tuberculoze cronice, apărută cinci săptămâni mai târziu, în toată simptomatologia ei clinică pulmonară. Aceea a celui de al doilea bolnav a apărut în perioada de resorbție a unei pleurezii sero-fibrinoase, anunțând deasemenea desfășurarea bacilară a unui proces pulmonar. Ambele au caracteristici clinice deosebite de ale flebitelor tardive tuberculoase: n'au apărut într'o fază înaintată a leziunilor pulmonare, simptomul durerii e mult mai accentuat. Iar în cecece privește reacțiunea febrilă, prima e însoțită de o ușoară stare subfebrilă și în raport de invers proporționalitate între durere și febră; la a doua, febra apare brusc și exacerbează în raport direct cu simptomul durerii. Aceste două simptome stabilesc trăsături diferențiale clinice între ambele varietăți de flebite.

Dar o observațiune atentă poate aduce concluzii mai de preț.

Intr'adevăr, flebita tuberculoasă precoce trece nebănuită prin manifestarea ei simptomatică și mai ales în natura ei etiologică. Debutul insidios, aspectul clinic incomplet și mai ales apariția ei la fete clorotice rătăcește sau întârzie adesea diagnosticul sindromului și mai ales natura lui. Din acest punct de vedere observațiunea primei noastre bolnave este deosebit de instructivă. Flebita a fost, în acel caz, semnul premonitoriu al unei tuberculoze pulmonare în plină desfășurare. Fapt clinic, care ar susține ipoteza, că flebitele precoce, cu simptomatologia lor estompată și așa de neașteptat legate cu un întreg proces de diseminare tuberculoasă, ar putea constitui semnul de alarmă al unei varietăți clinice de granulie. Aceiași interpretare o au și flebitele apărute la tuberculoșii confirmați. Ele se întâlnesc la bacilarii cu leziuni discrete și înaintea perioadei cavitare. Apar mai rar în pleureziile sero-fibrinoase bacilare. A doua observațiune pe care o înfățișăm mai sus demonstrează tocmai un asemenea caz. Amănuntele ei clinice luminează interpretarea patogenică cu mai multă hotărîre ca în primul caz.

Intr'adevăr, reacțiunea generală febrilă care a întovărășit pleurezia sero-fibrinoasă a mers paralel cu cantitatea lichidului și a scăzut după repetate toracenteze. La ultima, temperatura scade în jurul lui 37° și se menține astfel aproape două săptămâni. Datele semiologice ale pleureziei au dispărut deasemeni mult. În acest timp, flebita apare brusc, cu frisson și toată simptomatologia ei clasică. Hypertermia se așează pe o perioadă de o lună. Dispneia e permanentă, fenomene ascultatorii pulmonare sunt pe întinderea ambilor pulmoni, tuse, expectorație și bacili în spută. Bolnavul ia înfățișarea unui bacilar cronic în pline puseuri acute. Flebita este axul principal al suferințelor lui, iar fenomenele pulmonare și cele generale rotesc în jurul ei. Dacă concentrăm istoricul clinic al bolnavului nostru, reliefăm două procese distincte de diseminare bacilară: una limfatică, alta hematică. Prima a produs pleurezia sero-fibrinoasă, a doua, mai tardiv dar totuși pe rămășițele primei, — a deslănțuit flebita și leziunile pulmonare. Iar succesiunea acestor două variate căi de proliferare a leziunilor inițiale tuberculoase — a complexului primar — explică, credem, geneza flebitelor tuberculoase precoce la bacilari confirmați. Se știe, îndeosebi dela Ranke, că o pleurezie sero-fibrinoasă este o metastază pe cale limfatică a unui complex primar în proliferare și că aparatul arterio-venos este extrem de rar interesat într'o asemenea diseminare. Așa se și explică, dece pleureziile sero-fibrinoase sunt rar însoțite de flebite. Când această excepțiune se întâlnește totuși, — cum s'a întâmplat în cazul nostru — atunci flebita e datorită unui nou puseu acut de diseminare pe cale endocaniculară și hematică, mecanism prin care, credem, s'a produs flebita bolnavului nostru.

În tot cazul, ambele varietăți de flebite precoce, demonstrate prin cele două ale noastre observațiuni clinice — flebita pretuberculoasă și aceea posibilă la tuberculoși confirmați — se dovedesc a face parte din cuprinsul unei grânulii. Prima, ca un simptom de alarmă. A doua, ca expresiune a unei grânulii subacute. Dealtminteri interpretarea clinică găsește sprijin experimental. Lesné și Ravaut (1900) au produs la cobai flebite precoce asemănătoare cu cele ale omului, injectând în segmente de vene bacili Koch, proveniți din culturi puțin virulente. Iar Lafforgue (1923) studiând 20 cazuri, recunoaște baciluria ca pricină inițială a flebitelor tuberculoase precoce, pe care însă o sprijină alte trei cazuri adjuvante: debilitatea venoasă congenitală sau traumatică, organism sensibilizat reacționând la suprainfecție prin

septicemie și, în fine, calitatea bacilului. Cercetările profesorului Bernard și ale elevilor săi Halbron și Paraf conchid, că și flebitele tuberculoase tardive, survenite în stadiul cavitat al boalei, sunt produse de bacilul Koch și nu de o infecțiune secundară. Inocularea sângelui, provenit dela șase bolnavi cavitari și cu flebite, au produs tuberculizarea cobailor. Aceleași rezultate au fost obținute prin inocularea cheagurilor provenite din însăși venele bolnave. Astfel că cercetările experimentale dovedesc numai origina granulică a flebitelor tuberculoase precoce, dar tind să le unească cu cele tardive prin acelaș mecanism patogenic: septicemia tuberculoasă.

Flebitele tuberculoase precoce, firește, n'au putut fi studiate anatomo-patologic. Pătrunderea patogenică a sindromului, prin ajutorul nouilor contribuții clinice, readuce din nou, în câmpul vast al infecțiunii tuberculoase, vechea problemă a flebitelor. Investigațiile experimentale prin ajutorul formelor invizibile ale bacilului Koch făgăduesc clarificarea multor necunoscute din capitolul tuberculozei. O vor face desigur și în direcția flebitelor tuberculoase. Se va putea astfel găsi preciziunea de amănunt pentru leziunile tuberculoase primare izolate ale sistemului arterio-venos, ca și pentru acele secundare produse în vene printr'un proces de diseminare. Și mai ales s'ar putea stabili o diferențiere de origină și modalitate între infecțiunea tuberculoasă a vaselor pulmonare — de regulă prinse în granulii — și ale celor dela periferia circulației, ale membrilor inferioare, de o pildă. Explicațiile date de Lafforgue, schițate mai sus, sunt deocamdată suficiente, pentruca să lumineze realitatea clinică a flebitelor tuberculoase precoce.

UN CAZ DE PARALIZIE FACIALA DE ORIGINA DENTARA

de

Dr. V. HERIŞAN

Multe din paraliziiile faciale, considerate ca rhumatismale sau à frigore, sunt datorite unor cauze buco-dentare.

Rodier, Chompert, Neveu-Derotrie, recent Bercher și Houpert, au publicat observațiunile lor, atrăgând atențiunea asupra acestei etiologii. Paraliziile faciale de origină dentară, în afara caracterului științific, sunt importante și din punctul de vedere medico-legal, problema responsabilității stomatologului, putându-se pune în cazul unei paralizii faciale consecutivă unei extracțiuni dentare. Observațiunea de mai jos este o dovadă.

În ziua de 19 Sept. 1929, sunt consultat de D-ra M. B., în vârstă de 16 ani, pentru o paralizie facială stângă, solicitându-mi și un certificat medical în vederea acționării în judecată a stomatologului care o trata. Ea ne declară că suferind de o carie dentară a celui de al II-lea premolar stâng superior, s'a adresat unui dentist în vederea unei plombe. Acesta neasigurându-i eficacitatea unui tratament conservator, a opinat pentru extracție. În ziua de 17 Sept., s'a procedat la extracție, care s'a efectuat relativ ușor. Hemoragia a fost minimă. Durerile deasemenea după extracție au fost suportabile. După masă culcându-se, a dormit până la ora 4, când sculându-se și dorind a bea apă, a remarcat că-i curge apa jos, simte o jenă la vorbire, încercând să mănânce, mâncarea se dispunea către falca stângă, trebuind a îndrepta cu mâna bolul alimentar sub arcada dentară.

Examenul obiectiv ne denotă prezența unei persoane bine constituită, fără antecedente patologice personale sau hereditare.

La inspecția feții se constată o asimetrie facială, exagerată în timpul mișcărilor. Toate trăsăturile feții sunt deviate spre dreapta; șanțul nasal cu retracția comisurii labiale respective; șanțul nasogenien șters; ridurile frunții dispărute. Falca stângă paralizată. Ochiul stâng larg deschis, imposibil de a-l putea închide. Deschizând gura, aceasta se deschide larg spre dreapta și puțin în partea stângă, luând o formă ovalară. Nu poate fluera, sufla și în timpul masticăției, bolul alimentar se dispune între gingie și falca paralizată.

Rebordul alveolar prezintă în stânga, plaga de extracție a celui de al doilea premolar superior, fără tumefacție locală și cu ușoare dureri la compresiune.

La examenul electric se percepe prezența unei hipoexcitabilități la curentul faradic și hiperexcitabilități la cel galvanic, în partea stângă paralizată.

Examenul radiografic, cu placă intrabucală, denotă prezența unui mic segment osos în alveola premolarului extras. A doua zi se extrage și acest fragment. O nouă radiografie ne prezintă alveola respectivă liberă.

Pacienta fiind în observație, la 28 Sept. prezintă pentru prima oară o ușoară mișcare a comisurii labiale stângi. Acum începe și tratamentul electric. La 16 Oct. pacienta poate mânca, bolul dispunându-se mai puțin în șanțul gingivo-labial, poate sufla, poate închide incomplect ochiul. La 12 Noemb. mișcările îi sunt aproape revenite. La 18 Noemb. ochiul îl închide complect. Fața și-a recăpătat simetria. Temporalul și frontalul sunt singurii cari au rămas incomplect reveniți.

Din expunerea cazului de mai sus trebuiesc reținute faptele:

- 1) Paralizia s'a declarat la 5 ore dela extracțiunea dentară.
- 2) Nu a existat nici un fenomen inflamatoriu local care să fi precedat extracția, și
- 3) Vindecarea lentă a paraliziei.

Rodier consideră în atari cazuri că paralizia facială ar fi datorită unei osteo-alveolite, iar Neveu-Derotrie pune mai multă importanță pe eroziunile mucoasei bucale. În cazul de față nu a existat nici un fenomen inflamatoriu care să fi precedat extracția. Romey și Chaudy au descris paralizii faciale survenite în cursul anesteziei, ori aceste paralizii au caracterul de a fi imediate și fugace. Rodier și Chompret au explicat unele paralizii faciale prin un reflex trigemeno-facial, care ar lua naștere în mucoasa gingivală. Neveu-Derotrie consideră paraliziiile faciale cari cedează rapid, ca fiind paralizii reflexe. Mai recent Bercher și Houpert,, publicând un caz analog, cu paralizia facială apărută la 6 ore dela extracția dentară plec dela studiile lui Leriche pentru a explica această paralizie ca fiind datorită unui reflex simpatico-facial. Traumatismul extracțiunii dentare ar produce în teritoriul facialului, o tulburare în circulația car. idei externe, prin iritația simpaticului perivascular. Apariția bruscă a paraliziei este un argument care ar pleda pentru o tulburare simpatică. Deci, extracția dentară a produs prin iritație o criză vasculară, ce s'ar repercuta asupra vasa nervorum a facialului, modificând-i astfel nutrițiunea și fiziologia sa. Această așa zisă **criză vasculară**, ei nu o pot fixa dacă este o vaso-constricție ori o vaso-dilatație. Fapt este, că în ambele supoziții se produce o alterațiune organică a facialului; în primul caz prin anemia trunchiului nervos, iar în al doilea caz prin o compresiune a nervului în canalul osos. (Tymbée).

In concluzie, paralizile faciale de origină buco-dentară trebuie reținute. Din punctul de vedere medico-legal, o paralizie facială consecutivă unei extracțiuni dentare, în cazul unei extracțiuni corecte, cu o tehnică scrupuloasă, nu va mai putea ridica responsabilitatea stomatologului, fenomenele reflexe fiind independente de capacitatea medicului.

LITERATURĂ

Leriché și Barre — Revue de Neurologie 1926.

Pierre — Presse medicale 1922.

Bercher și Houpert — Revue de stomatologie 1929.

UROFORMINE

GOREBEY

COMPRIMES 0^{rs}50
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

FORMULAR DE TERAPEUTICA GYNECOLOGICA

de

Dr. AL. CRAINICEANU

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

VAGIN

VAGINITA: Infecţiunea vaginului poate fi de cauză banală, dar de cele mai multe ori e gonococică. In forma acută: durerea, roşeata, erosiunile mucoasei, scurgerile abundente precizează diagnosticul. In formele cronice simptomele sunt mai puţin accentuate (secreţiuni totuşi abundente, modificări de structură ale mucoasei).

TRATAMENT. — In perioada acută: Băi calde. Injecţiuni vaginale cu lichide emoliente. A evita antisepticile cari sunt iritante. A introduce in intervalul de timp — între injecţiuni, — tamponae impregnate cu:

Vaselină 18 gr.

Lanolină 12 gr.

Oxid de zinc 10 gr.

Camfor 2 pr.

In perioada cronică: irigaţiuni cu permanganat de K 1/4000—1/2000 cu 3—4 litri sunt excelente. Dupe Doléris e foarte util a introduce in intervalul între irigaţiuni, tamponae cu:

Iodoform {
Dermatol { ân 5 gr.

Vaselină 20 gr.

dacă, e iritantă se va înlocui cu

Benjoin {
Camfor { ân 5 gr.

Cubebe {

Vaselină 25 gr

Ovulele glicerinate: thygenol 10%, protargol 5 etc., sunt de utilizat.

VAGINISM:

E caracterizat prin iperestezia regiunii vulvo-vaginale şi contractiunea orificiului vaginal. Se distinge un vaginism esenţial şi symptomatic care poate fi datorit: erosiunilor dureroase vulvare, deflorării incomplete, inflamaţiunii caronculelor mirtiforme, fisurilor vulvare, anale, vegetaţiuni, blenoragiei vaginale, etc.

TRATAMENT. — Se va cerceta cu atenţiune care e cauza iritativă şi va fi tratată in consecinţă.

Se va prescrie in afară de acesta: băi şi loţiuni emoliente, aplicaţiuni de pomezii analgezicente cu:

Clorhidrat de cocaină 2 gr.

Clorhidrat de morfină 1 gr.

Vaselină neutră 30 gr.

Medicamente antispasmodice și sedative. De pildă:

Bromur de Potasiu	}	ân 8 gr.
Sodiu		
Amoniac		

T-ra gențiana 2 gr.

Sirop de portocale 120 gr.

Apă Q. S. pentru 180 gr.

2 linguri pe zi.

Dacă hymenul este cauza, fie că e incomplet, rupt sau caronculelor mirtiforme inflamate, hymenul va fi excizat sub anestezie locală. Se vor utiliza apoi dilatațiunile progresive cu Hégăruri. În unele cazuri sub anestezie generală, se va face dilatațiunea forțată a orificiului vulvar, fie cu degetele, fie cu speculul (procedeu analog cu al fisurei anale).

Operațiunile plastice sunt indicate în cazul nereușitei procedurilor precedente. Astfel în procedeu Pozzi după excizia hymenului și dilatația forțată, se face de fiecare parte a orificiului vulvar o incizie oblică de 3—4 cm., care atinge în profunzime constrictorul. Buzele plăgei se reunesc apoi perpendicular, ceea ce are drept efecte mărirea orificiului și răsturnarea mucoasei în afară.

KISTELE VAGIULUI:

Sunt relativ rare. Trebuie diferențiate de cystocel, rectocel, uretrocel, fibrom moale (a se face catheterismul vezical, examenul rectal). Tratamentul e numai chirurgical și constă în exereza Kistului.

TUMORILE MALIGNNE:

Sarcoamele, endotheliomele, chorio-epitheliomul sunt tumori rare ale vaginului. Pierderile de sânge, scurgerile fetide, neoplasiile locale fac diagnosticul. Tumoriile evoluează repede și chiar când sunt operate recidivează de regulă. Aplicațiunile de Radium sau Razele X sunt utilizate fără mari speranțe.

CANCERUL VAGINULUI:

Afecțiune rară. Ca symptome: scurgeri leucoreice la început, devin apoi purulente, striate de sânge. Hemoragii frecvente: spontane sau provocate. Durerile relativ tardive, aduc trăziu bolnava la consultație.

TRAT. CHIRURGICAL. — Cancerile situate în partea inferioară sau mijlocie, vor fi operate dupe o perineotomie transversală și decolarea peretelui vaginal până la Douglas. Neoplasmul situat în partea superioară sau în fundurile de sac îl extirpă prin:

- a) Calea perineală: operația Schuckard-Schauta;
- b) Calea combinată vagino-abdominală.

TRAT. PALIATIV. — Consistă în ablațiunea mugurilor canceroși. Aplicațiunea Radium și Raze X, dau rezultate temporare.

FISTULE VAGINALE și**FISTULE VESICO-VAGINALE:**

Symptomul predominant: incontinență de urină. Diagnosticul se face prin tact în fistulele largi și prin inspecțiunea orificiului fistulei. În cazurile dificile (incontinență esențială, paralizia sfincterului vezical, etc.), a injecta în vezică lapte sterilizat sau licide colorate spre a pune mai bine în evidență orificiul.

TRATAMENT. — a) Fistule accesibile prin căile naturale (jos situate): operațiunea pe calea vaginală este indicată în aceste cazuri.

Ingrijirile pre-operatorii sunt însemnate. Ele consistă în asepsia câmpului operator obținută prin injecțiuni zilnice vaginale, dilatațiunii uretrale dacă uretra e strâmtorată.

Metoda prin dedublare (p. francez). 1) Incizia circulară în jurul fistulei prelungită la dreapta și stânga prin două incizii laterale; 2) dedublarea spațiului vesico-vaginal; 3) sutură în bursă sau prin puncte separate sub mucoasa peretelui vesical; 4) sutura peretelui vaginal.

Metoda prin avivare (p. american) constă în excizia oblică a mucoasei vaginale pe o întindere de 8—10 mm. în jurul fistulei și sutura cu fire separate a suprafeței avivate.

Procedul Fergusson-Braquehay poate da bune rezultate. Mucoasă vaginală incisată la 1 cm. de fistulă este dedublată din afară înăuntru, constituind în jurul fistulei o coleretă care este răsturnată asupra ei și suturată — iar suprafața vaginală rămasă e suturată printr-o a doua linie de sutură.

Se introduce în vezică un Pezzer, care se menține 3—4 zile. Rezultatele operatorii nu sunt constante — de multe ori urina filtrează din nou și operațiunea e de reluat.

b) Fistule puțin accesibile prin căile naturale (sus situate).

Calea supra-pubiană cuprinde două metode: 1) Transperitoneală (Forgue), prin care dupe incizarea peritoneului vesico-uterin se ajunge la fistulă și se suturează pe deoparte orificiul vesical și de alta orificiul vaginal, și 2) Calea transvesicală.

c) În fistulele nevindecate prin diverse procedee utilizate, sau în cazul pierderilor mari de substanță, nu va rămâne decât a face un colpoceisis.

Fistule vesico-utero-vaginale vor fi tratate prin calea transvesicală sau transperitoneală.

Fistule vesico-uterine. Pe cale vaginală, dupe avivare și dupe incizia bilaterală a colului, marginile fistulei se reunesc prin fire separate. Metoda dedublării dupe incizia fundului de sac vaginal anterior poate fi utilizată suturând apoi ambele orificii. Calea transvesicală, transperitoneală, poate fi întrebuițată dupe experiența fiecărui chirurg.

Fistule uretro-vaginale. Sunt de obicei rare. Se datoresc accidentelor operatorii (Wertheim, hysterectomiei vaginale, etc.). Dau incontinență parțială. Să pot opera pe cale vaginală. Procedul Pozzi prin dedublare e dificil de aplicat. Pe cale abdominală: Implantatiunea ureterului în vezică (uretero cistoneostomie).

Fistule uretro-vaginale. — Sunt în majoritate de origine obstetrică; vor fi tratate prin: a) cauterizare; b) avivare și sutură; c) dedublare și sutură.

FISTULE STERCORALE:

Se caracterizează prin trecerea de materii și gaze în vagin. Pot fi de origine obstetricală, operatorie, ulceratiuni diverse (neoplasm, corpi străini, etc.).

TRATAMENT. — Fistulele recente și mici se pot cauteriza cu thermo-cauterul, constipând bolnava 6 zile:

Extract thebaic 0,01 etc.

Excipient Q. S. p. o pilulă.

F. a. No. XXX.

5 pe zi.

A șasea zi se administrează un lavament și pe cale bucală: ulei de ricin. Dacă nu s'a obținut un rezultat se poate relua acest tratament urmat deseori de succes. Tratamentul chirurgical se aplică cazurilor fistulelor mai largi și mai vechi. Ingrijirile pre-operatorii sunt importante: cu două zile înainte bolnava trebuie să ia purgative și cu o zi înainte de intervențiune trebuie constipată.

A) Fistule inferior situate, accesibile prin vagin. Două procedee:

1) Prin avivare constă în incizia mucoasei vaginale în jurul orificiului și sutura acestuia.

2) Prin dedublare. — După incizia circulară în jurul fistulei prelungite în sus și în jos cu două incizii complementare se dedublează vaginul de rect la acest nivel. Se suturează rectul cu fire de catgut (neperforante) și deasupra se suturează vaginul.

Le Dentu și Fritsch au prezentat procedeul de autoplastie prin alunecare care constă, în principiu, în direcția unui lambou vaginal care va acoperi fistula, dupe rezecție, în triunghiul a țesutului rectal, la nivelul pierderii de substanță.

B) În fistule sus situate. — Dificil accesibile pe calea vaginală e de preferat calea perineală. Se procedează întocmai ca pentru o perineorafie, decolând vaginul de rect, până dincolo de fistulă. Se suturează apoi orificiul vaginal ca și cel rectal. Țesuturile sunt reunite apoi ca în orice perineorafie. Bolnava va fi constipată timp de 6 zile. Rezultate bune.

(va urma)

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Fisio - Patologie.

Prof. SEYDERHELM (Göttingen). Einführung zur Prüfung der vitalität isolierter Zellen, durch hochkolloidale Farbstofflösungen. (Introducere la studiul vitalității celulelor izolate, prin soluții colorate în stare coloidală înaltă). — Broschek & Co. Hamburg.

Cunoaștem *soluții colorante moleculare* ca albastrul de metylen, etc., cari au proprietatea de a difuza printr'un strat de gelatină, interstițiile vaselor, membrana celulelor, etc. și cari injectate intra-venos apar după câteva minute în urină, și *soluțiuni colorante suspensioide* roșul de Congo, roșul de Typan, etc., cari nu pot trece prin membrana celulară intactă și nu difuzează în gelatină și introduse în curentul sanguin nu apar în urină.

Absolut la fel se comportă aceste două categorii de sol. colorante față de *celulele izolate vii* ex.: leucocitele. Sol. colorante moleculare ca Alb. de metyleu (când sunt în concentrație suficientă), străbat prin membrana celulei, adică o colorează celula în întregime. Pentru sol. colorante în stare coloidală, membrana celulelor vii este impermeabilă, deci ele vor rămânea necolorate.

Ex.: Dacă la un puroi poaspăt recoltat adăugăm sol. colorantă coloidală, vom vedea că cele mai multe celule nu se colorează, pe când unele celule rare se vor colora surprinzător de repede. Examinând acest puroi după câțva timp vom vedea cum din ce în ce celulele necolorate sunt mai rare până în cele din urmă toate celulele vor fi colorate. În aceste observațiuni se oglindefește procesul de îmbătrânire respectiv de devitalizare a celulelor. Deci numai celulele a căror membrană și-a pierdut fie prin bătrânețe sau prin diverși toxici proprietatea de impermeabilitate sau integritate pot reține în protoplasma și nucleul lor subst. colorante coloidale. Ba ceva mai mult, prin această metodă se poate urmări sub microscop puterea nocivă a unui toxic asupra celulei, și rapiditatea cu care se petrece procesul până la complecta devitalizare a celulei.

Intr'un capitol următor autorul expune tehnica de colorațiune pentru ca într'un ultim capitol să ne arăte aplicația practică a metodei pentru studiul sedimentului urinar.

În sedimentul urinar al unei femei sănătoase vom întâlni f. multe celule epiteliale vaginale și destul de numeroase leucocite. Aproape toate aceste celule vor fi colorate. Deci aproape toate

aceste celule sunt moarte; deci nu poate fi vorba aci de un proces inflamator acut.

Dacă, din contră, vom examina sedimentul urinar dintr'o cistită sau pyelită acută, marea majoritate a leucocitelor și a epitelilor rotunde sau în rachete, vor fi necolorate și numai ici, coela vor atrage atenția, prin contrast, câteva leucocite sau epitelii colorate. Avem deci de a face cu celule vii, deci cu un proces inflamator acut.

Dar cu mult mai interesant apar examenile în serie la un asemenea bolnav, unde cu ochiul la microscop vom putea urmări retrocedarea procesului inflamator după cum celulele colorate vor apărea mai frecvent în paguba celor necolorate (vii), ba ceva mai mult, chiar rarele leucocite necolorate la început, se întâmplă ca în intervalul însuși al examenului adică 30—60 secunde să înceapă a se colora. Acest fenomen poate servi uneori ca *signum primum al scăderii vitalității leucocitelor adică descreșterea procesului inflamator*.

Vindecarea complectă a pyelitelor resp. cistitei se manifestă prin promptitudinea cu care se colorează cea mai mare parte a leucocitelor cari de-altfel pot fi încă destul de numeroase în preparatul necolorat.

Nu mai puțin interesantă apare metoda pentru studiul afecțiunilor renale, colorații coloidali permițând o diferențiere cu totul nouă și ușoară a diferitelor forme de cilindrii. În creșterea cilindrilor cu leucocite vii sau moarte, diferitele nuanțe de colorare a elementelor morfologice urinare, etc., etc., sunt tot atâtea chestiuni cari așteaptă să fie cercetate și interpretate.

Complectată cu câteva planșe în acuarelă, broșura Prof. Seyderhelm conține în puține pagini multe idei și mai ales deschide orizonturi noi pentru fizio-pathologie în general și pentru cea urinară în special.

L. Herman.

PREISSECKER ERNST: Zur Erkennung der frischen Entzündung im Harnsediment. — (Contribuțiuni la recunoașterea inflamațiilor acute prin corectarea sedimentului urinar). — Wiener Kl. Wschr. 1927, No. 27.

Autorul, care este asistent al clinicei a II-a de obstetrică și ginecologie din Viena, după ce s'a convins cât de greu este de stabilit exact originea celulelor epiteliale și a leucocitelor din sedimentul urinar, după ce s'a convins cât de relative și de rar confirmate sunt ipotezele lui *Senator*, care crede că leucocitele cari provin din rinichi au nucleul rotund și mononucleat, și a lui *Strauss* care crede că prezența unor asemenea leucocite ar fi cel mai adesea indicul unei cistite acute sau sub acute, și a lui *Posner*, care cercetând sedimentul urinar la *ultramicroscop*, găsește în Pyelite o înmulțire a eosinofilelor f. ușor de recunoscut prin această metodă. După ce s'a convins și de cât e incomplect, adevărată este presupunerea că toate celule moarte sau cu vitalitatea scăzută, sufăr o degenerescență grasă, a împrumutat din Protozoologie o metodă, destul de veche, pentru cercetarea vitalității celulelor din sedimentul urinar.

Metoda este simplă la 1 pic sediment se adaugă 1 pic. de soluție apoasă de eosină. Celulele vii nu se colorează, celulele moarte se colorează prompt și complect, celulele cu vitalitate scăzută se colorează cu atât mai slab cu cât au o vitalitate mai mare. Se poate ușor deduce importanța precauțiunii ca urina și sedimentul să fie proaspete.

Deși J. mulțumit de această metodă, ea a fost părăsită în ultimul timp și înlocuită cu cea a lui Seyderhelm (D. Med. Wschr. 1925, pag. 180), care utilizează un amestec de Tyrpaublau cu Kongorot și dă colorațiuni mai frumoase. Rezultatele acestui procedeu sunt f. bune.

Dr. L. Herman.

MARCHIONINI ALFRED Dr. (Freiburg): Diagnosticul sedimentului și florei microbiene genitale prin coloranți coloidal. (Kolloidchemische Sediment u. Fluoridiagnostik). Münch. M. Wschr. No. 1 din 1927.

Autorul, care este asistent al Clinicii dermatologice din Freiburg, (Dir Prof. Dr. G. A. Rost), a controlat 100 pe cazuri procedeul de diagnostic al inflamațiilor acute sau cronice, prin coloranți coloidal, al Prof. Seyderhelm. Cercetările s'au făcut în cazuri de Cystite, Pyelite și Nefrite și confirmă în totul concluziunile descriitorului metodei, permițând urmărirea destul de exactă a evoluției și prognosticului boalei. M. încearcă să aplice metoda aceasta și în diagnosticul afecțiunilor genitale gonococice sau cu floră nespecifică la bărbați și femei. Concluziunile sale sunt că această metodă se poate întrebuița cu folos în aceste cazuri numai ținând seamă de cauzele de eroare, (Perioada premenstruală la femei, iar la bărbat un sondaj uretral, un puseu acut dintr'o lacună Morgagni sau o gl. Littre, etc.).

Uneori poate să prevestească o recidivă gonococică înainte de a putea găsi gonococul în frottii.

În orice caz valoarea metodei rămâne mult mai relativă pentru cercetarea secrețiilor genitale decât în cercetarea sedimentelor urinare unde ajutorul ei este uneori deosebit de prețios.

Dr. L. H.

Congrese italienești în anul 1929.

XIII-lea Congres Italian de Pediatrie.

Torino 23—25 Septembrie 1929.

Profesor Allaria: Problema demografică a regatului.

Profesor Zamorani: Rachitismul. Patogenia și etiologia.

Profesor Auricchio: Profilaxia și terapeutică.

Profesor Fornara: Etiopatogenia și anatomia patologică. Cardiopatiile congenitale ale copilăriei.

Profesor Zibordi: Simptomatologia și clinica.

Profesor Giamondi—Doctor Albertini: Școala în aer liber.

Profesor Micheli: Raportul între tuberculoza infantilă și cea dela adult.

Profesor Valagussa: Activitatea desfășurată de opera națională: „Maternitatea și copilăria. Viitorul congres la Florența.

VII-lea Congres Italian de Higienă.

Stena 28 Septembrie 1929.

Tema centrală. Asistența spitalicească.

Canalis: Construcția spitalelor.

E. Ronzai: Asupra nevoilor mai urgente pentru o mai modernă funcționare a spitalelor italiene.

Banfi: Concepțiile care trebuie să prezideze la construcția și funcționarea sanatorilor.

Giamini: Concepțiile asupra asistenței din timpul convalescenței.

Roatta: Dispensarul antituberculos.

Avocatul Fabbri: Asupra noilor orizonturi ale asistenței spitalicești.

Preotul A. Gemelli: Personalul laic și religios în asistența spitalicească.

II-lea Congres Italian de Genetică și Eugenică.

Roma 30 Septembrie, 2 Octombrie 1929.

Profesor Silvestro Baglioni: Despre funcțiunile somatice și genetice.

Cesare Artom: Constituțiuni genetice noi prin mutationism și prin încrucișare.

Cesare Ortali: Despre enucoidism.

Gini: Considerațiuni asupra heredității mendeliene în forme polipoide.

Profesor Alessandro Chigi: Despre fecunditate și sterilitate în hibridism și consanguinitate.

Profesor Pieraccini: Despre anticipațiune în maladiile heredo-familare.

Carlo Foà: Asupra factorilor biologici a diminuării nașterilor.

Pestalozza: Asupra sterilităților forțate.

Bolaffio: Raportul între numărul și mortalitatea copiilor.

A. Carelli: Asupra presupusei mărimi a deficiențelor și bolnavilor mintali între populațiuni.

Medugno: Copilul ilegitim ca factor disgenic.

Foà: Asupra recentelor statistici asupra mortalității femeilor în travaliu.

Profesor Miyoen-Oslo: Principiuri directive ale muncii pentru eugenica.

Profesor Enriques: Influențele mediului și a heredității după rezultatele cercetării.

Profesor Bilancioni: Fenomenul heredității în câmpul otorinolaringologiei.

Profesor Pirovano: Efectele inducțiunii electrice în embriogenesă.

Profesor Casagrandi: Nouă probă a heredității.

G. Rugier: Unele caracteristici ale profesioniștilor emigrați în Roma.

L. Bellezza: Pudori și tăceri anti-eugenetice.

Profesor Cesare Micheli referă asupra activității operei naționale: „Maternitatea și copilăria”.

Profesor Leone Lattes: Asupra grupurilor sanguine și heredității.

M. Boldrini: Calitate și cantitate.

XX-lea Congres Italian de Hydrologie și Climatologie.

Spezia 3—6 Octombrie 1929.

RHEUMATISMUL:

S. Pisani: Concepțiile diverselor școli europene și americane asupra naturii și originii reumatismului. O mare disparitate de idei existând în ceea ce privește formele clinice, autorul face aluzie la posibilitatea de criterii

simplificatori.

Giannini: Date asupra pensiunilor liquidate de institutul de asigurări sociale pentru invaliditate derivând din maladii reumatice.

Ronzani: Date culese din spitalele din Milano asupra frecvenței formelor cronice la bărbați și femei după ocupația lor.

A. Ceresoli: Asupra investigațiilor bacteriologice la un grup de cazuri de endocardită reumatică.

Profesor L. Devoto: Rezumă cele spuse și expune punctele programului viitor, între cari acordul cu meteorologia pentru un studiu în comun și instituirea de dispensare ale reumatismului, unde bolnavii pot găsi posibilitatea unei diagnoze exacte și sfaturi terapeutice adecuate.

Congresul sa ocupat și de propagandă pentru un mai mare consum de fructe și struguri. În acest fel consumul de pâine s'ar micșora — avantaj economic — și fructele neutralizează tendința la acidoză produsă de acest aliment.

III-lea Congres național italian antituberculos.

Palermo 6—8 Octombrie 1929.

Profesor Giannini și Sagona: Raporturile între regimul consorțial și regimul asigurativ în organizarea luptei antituberculoase.

Profesor Soli și Costantini: Modalitatea de vindecare a tuberculozei pulmonare.

Profesori Aristide Busi și Raffaele Paolucci: Cercetări asupra procentualității de tuberculoză latentă și de complexuri primare confirmate radiologic la populația infantilă a unei zone rurale.

Profesor Amedei-Zorini și inginer Raffo: Construcțiuni igienice pentru scurgerea și distrugerea materialului de refuz la sanatorii sau spitale pentru tuberculoși.

Leotta: Asupra alcoolizării nervilor intercostali ca mijloc pentru a pune în repaus funcțional plămânul de câte ori nu este indicat pneumotoracele.

Prof. Maggiore-Ilvento: Asupra infecțiilor bacilare atenuate întâlnite la cobai, care explică unele cazuri de infecțiune la om.

Ilvento-Bochetti: Expun rezultatele cercetărilor făcute cu vaccin tuberculos viu injectat în corneea cobailor.

Ascoli Alberto: Asupra fenomenului de anacores prin uzul de vaccinuri vii și moarte.

Arnone: Conținutul pleuretic parapneumotoracic este datorat în totul pleureziilor exudative.

Landolfi: Tuberculoze și paramalaria.

Cecchini: Malformațiunile congenitale și dobândite ale toracelui studiate din punct de vedere radiologic.

D'Asado: Valoarea coeficienților de creștere în prețuirea cursului pe care îl asume procesul tuberculos.

De Angelis: Tuberculoze larvate de tip malaria.

Lauri: Fenomenele interferențiale între tuberculoză și paramalarie.

Magliulo. Asupra procesului precoce în diagnoza tuberculozei pulmonare prin tiroidină.

Ronzoni: Linfogranulom și infecțiune bacilară.

Bochetti: Virulența comparativă a germenelor bacilare în raport cu formele clinice tuberculoase.

Bochetti: Asupra metodei practice pentru sterilizarea excretei în instituțiile antituberculoase.

D'Asaro: Schema neutrofilă a lui Arneth în tuberculoze cu leucolisine.

Fici: Morfologia clinică a copiilor tuberculoși.

Lauri: Viscositatea sângelui și procesul tuberculos.

Manfredi: Filtrabilitatea virusului tuberculos.

Ronchetti: Virusul filtrat studiat cu metode biologice.

Arnone: Influența pneumotoracelui asupra aparatului circulator.

Cinquemani: Acțiunea terapeutică a sărurilor de aur în tuberculoza pulmonară.

Cinquemani: Asupra unui nou tip de ac pentru instituirea pneumotoracelui terapeutic.

Epifanio: Ulterioare operațiuni radiologice asupra pneumotoracelui artificial.

Fici: Pneumotoracele terapeutic simultan bilateral.

Magliulo: Cura de calce prin inhalajie în tuberculoză.

VIII-lea Congres medical al Muncei.

Napoli 10-13 Octombrie 1929.

L. Ferrannini: Munca în mine.

A. Nebuloni, G. Ajello și A. Viziano: Biologia și clinica pentru organizarea științifică a muncii.

N. Castellino: Condițiunile sanitare ale muncii în porturi. Cluj

A. Ciampolini: Paradoxe și adevăr în problema asigurărilor sociale.

Alte 70 comunicări.

XX-lea Congres al societății italiene de ortopedie.

Geneva 22 Octombrie 1929.

Profesori Dario Maragliano și Adriano Muggia: Alterațiuni endocrine și deformitatea.

XXXV-lea Congres italian de Medicină internă.

Geneva 23-26 Octombrie 1929.

Profesor Boeri-Jacono: Micozele pulmonare.

F. Schiassi: 2 cazuri de micoză pulmonară studiate clinic și anatom. patologic.

Jaffola: Date radiologice în micozele pulmonare.

Tarsitano și Amatucci Mallardo. Metabolismul bazal și echilibrul acidobazic în micozele pulmonare.

Capri: Un caz de sporotricoză pulmonară.

De Nunno: Rezultatele cele mai principale din examenul sângelui practicat la 9 bolnavi de micoză pulmonară.

Masucci și Nuzzi: Simptome diferențiale între micoză și baciloză pulmonară.

Formicola și Polese: Terapia micozelor pulmonare.

Amatucci Mallardo și Tarositano: Cercetări chimice asupra expectorațiilor la micotici pulmonari.

Bosisio R.: Contribuție clinică la cunoașterea sporotrichozei broncho-pulmonare.

Luisada A.: Asupra posibilității de înregistrare a electrobronchogramei la om.

Luisada: Electrobronchograma în șocul anafilactic experimental.

Cipriani: Tetanie prin hiperventilațiune pulmonară.

Breccia: Factorul mecanic în pleurita pneumotoracelui artificial.

Piazza: Rezultatele și semnificatul splenoterapiei în tuberculozele pulmonare.

Albertario: Contribuție clinică la chimio-terapia citoretinei în tbc. pleurală și pulmonară.

Trevisan: Particularitățile curbei termice la bacilare cu semne de insuficiență ovariană.

Chini V.: Cercetări experimentale asupra mecanismului de acțiune a pneumotoracelui artificial.

Laterza: Vaccinațiunea preventivă și curativă la bacilari prin vaccin Maragliano.

Manara M.: Concluziuni asupra noilor cercetări clinice și terapeutice la bacilari tratați cu citoretina.

Mino: Mărirea cantității de isoanticorpi aglutinați și hemolitici prin doze terapeutice de citoretină.

Segre R.: Efectele citoretinei studiate din punct de vedere histologic.

Lupo M.: Asupra evoluției infiltratului subchavicular (Asmann) la imaginile radiologice.

Profesor F. Micheli: Splenomegaliile hemolitice.

Profesor A. Scals: Gangrenele extremităților cu privire la endarterita obliterantă (partea medicală).

Profesor A. Ciminata idem (partea chirurgicală).

Ghiron V.: Rezultatul intervențiilor pentru gangrenele arteriale ale membrilor.

Coppa: Asupra unui caz de endarterită obliterantă tratat cu inecții de proteine bacterice.

Caneva Zanini: Gangrena arteritelor obliterante și cura chirurgicală perivasală.

Pontano F.: Clinica și anatomia patologică în maladia lui Buerger.

Durante L.: Date histologice neuro-arteriale în un caz de acroparestezie gangrenoasă juvenilă a membrului inferior.

Durante L.: Rezecția tecei perineurale (operația lui Negro) în locul simpactomiei periarterială a lui Leriche în diverse sindrome trofice, neurotice, vasculare.

Bossa G.: Cercetări oscilometrice și oscilografice în cladicațiunea intermitentă.

Leo: Rar exemplar de gangrenă senilă în un membru paretic prin hemoragie cerebrală.

Antonucci: Una nouă schemă de anastomoze arterio-venoase pentru cura trombo-angiotoxică obliterantă.

Bedarida: Maladia lui Buerger și arterita productivă obliterantă (studiul anatomo-patologic).

Donati M.: A obținut în două cazuri încetarea dureri cu suprarenalectomia și a întârziat cu luni amputația.

Pettinari V.: Mijloace și tentative de cură în gangrena spontană juvenilă.

De Gaetano: Contribuție ulterioară la histologia patologică a maladiei lui Leo Buerger.

Gargano C.: Producția unei noi limitante în unele arterite juvenile.

Bedarida: Examenе clinice comparative asupra unui caz de gangrenă juvenilă înainte și după suprarenalectomie.

Guerriero: Asupra cazurilor de arterită obliterantă tratate în clinica chirurgicală a Prof. Leriche—Strasbourg. Unele rezultate îndepărtate de arteriectomie și suprarenalectomie.

Rolandî Ricci: Contribuție la studiul anevrismelor aortei abdominale.

Rolandî Ricci: Presiunea venoasă periferică și variațiunile sale în raport cu tuberculoza pulmonară.

Stanganelli P.: Indicațiuni și limitele opoterapiei hepatice.

Pezzi C. și Agostoni: Semne radioscopice și radiografice asupra stenozei arcului aortic în zona de inserție a ligamentului lui Botall.

Santucci G.: Studiul electrocardiografic, comparativ a reflexelor cardiace provocate la indivizi cu inima sănătoasă și la cardiopatici decompensați.

Piazza V. C.: Asupra hormonei hemopoietică a ficatului.

Condorffli L.: Pe căile de conducere sino-nodale.

Polleri G.: Contribuție la cunoașterea capilarelor sanguine la indivizi heredespecifici.

Luisada A. și Roncato: Fenomenele electrice ale arterelor pulsatile.

Giuffrè L.: Asupra etiogenesei febrei în malarie.

Landolfi M.: Fisiopatologia reflexului ovaro-pupilar.

Landolfi M. și Lauri: Cura de ficat aplicată la cloroze.

Malingio L.: Fisiopatologia reflexelor ovaro-diafragmatic, orchodiafragmatic și orchio-pupilar.

Marotta: Reflexele didimo și epididimo-cardiac.

Pesci E.: Insulinoterapia intensivă.

Molinari G. și Parise. Cercetări de patogenie și terapie în diabetul insipid. Acțiunea curativă a injecțiilor intravenoase de urină normală.

Quarelli G.: Asupra tumorilor unghiului ponto-cerebelar.

Breccia G.: Vegetodistonie digestivă.

Fragomele A.: Calcemia și potasemia în micozele experimentale, în micozele pulmonare și în tuberculoza experimentală.

G. Delogu: Leziunile cronice ale căilor respiratorii în raport cu exigențele vieții militare.

Vallebona A.: Perfecționările tehnicii radiologice în examenul stomacului în raport cu medicina internă.

Terni: Reproducere experimentală a ulcerului peptic duodenal spontan la cobai.

Faelli: Alterațiune a funcțiunei sexuală și influența asupra procreațiunei.

Carreras: Asupra eliminării calculului în bilă.

Carreras: Asupra valorii unor critici făcute probei hyperglicemie alimentară, pentru studiul clinic al funcțiunei hepatice.

Da Rin O. și Weinberg M.: Contribuție la studiul funcționalității externe a pancreasului.

Liberopulo E.: Observațiuni clinice și anatomo-patologice asupra influenței Denduei în Grecia.

Pasini G.: Atrepsie post-diferică de origine pancreatică.

Chirulli V.: Epidemie de influență și de exantematic.

Borio: Tuberculoza la deținuți.

Weinberger M.: Asupra unor încercări terapeutice asupra diabetului insipid.

Pende N.: Diabetul insipid influențat în bine, prin radioterapie.

Bossa G.: Metabolismul fosforului în diabetul florizinic

Bossa G.: Asupra ascitelor pseudo-chiloase.

Tremonti: Sinergisme farmacologice la animale cu sânge cald.

Copocaccia M.: Investigațiuni clinice și experimentale asupra diagnozei biologice ale neoplaziei.

Francaviglia A.: Cercetări asupra genezei hyperglicemiei pilocarpinice.

Caccuri S.: Lipemia în arterio-scleroză după administrare de colesterină.

XXXVI-lea Congres al societății italiene de chirurgie.

Geneva 23-26 Octombrie 1929.

Prof. Saneveno F.: Problemele moderne ale anesteziei cu o particulară privire la complicațiile post-operatorii.

Profesor Bufalini M.: Complicații post-operatorii în raport cu anestezia.

Profesor Bianchi Giovanni: Complicațiile pulmonare post-operatorii din punct de vedere radiologic.

Raffo V.: Inhalatiile de Co^2 în profilaxia și terapia complicațiilor post-operatorii.

Raffo V. și Santucci G.: Acțiunea narcilenei și avertinei asupra aparatului cardio-vascular.

Mazzacura G.: Contribuție la studiul modificărilor în viteza sedimentării și coagulării și în conținutul de fibrinogen a sângelui după intervențiile chirurgicale cu narcoză de narcilen și avertină.

Cazzamali P.: Glicemia în narcozele cu gazele (etilen și protoxid de azot).

Pozzi G.: Timpul de hemoragie și de coagulare. Rezistența globulară și putere complementară în narcoza cu gaze.

Uffreduzzi și Giannotti: Considerații generale asupra narcozei cu gaz și prezentarea unui nou aparat.

Fasano: Anestezia în practica chirurgicală.

Lorenzetti: Narcoza cu gazele etilen și protoxid de azot în clinica chirurgicală din Milano.

Masotti: Anestezia locală infiltrativă în intervenție prin diatermia chirurgicală.

Galimberti: Examenul urinei în narcoza cu gazele etileu și protoxid de azot.

Nogara: Observații asupra modificării rezervei alcaline și a raportului ureic a sângelui după intervenția operatorie în narcoza cu gaz etilen și protoxid de azot.

Vallebona V.: Funcțiunea hepatică examinată cu curba amino-acidemică în raport cu diferitele anestezii.

Barco: Modificațiuni ale echilibrului acid-bază în raport cu marcoza narcilenică.

Bonome: Cercetări toracografice asupra variațiunilor post-operatorii ale respirației.

Tabanelli: Variațiunile globulelor roșii și a hemoglobinei sângelui după anestezia cu gazele etilen și protoxid de azot.

De Fermo: Asupra mecanismului patogenetic a hyperglicemiei post-anestezică.

Filippi: Secreția mucoasă bronchială în raport cu anestezia eterică și clorformică și cu intervențiile abdominale.

Dei Rossi: Cercetări experimentale pe așa zisul colaps pulmonar.

Osselladore și Luisada: Influența asupra vaselor și asupra mușchilaturii netede broncho-pulmonare a stimulațiilor exercitate pe viscerele abdominale.

Iura V.: Importanța glucozei în rachianestezia cocainică experimentală.

Puccinelli: Anestezia și mortalitatea în intervențiile abdominale.

Rindone: Anestezia și funcția gastrică.

Marinacci V.: Chiste hematice ale gâtului.

Vallebona A.: Asupra radioterapia tumorilor guri.

Segale G.: Note asupra tratamentului a 82 carcinoame ale gurei.

Fornai: Extirparea unei tumori primitive a nervului optic (gliom) în traectul său orbital cu conservarea bulbului ocular.

Simeoni: Extragerea unui ac înfipt în mod accidental în ventricolul drept al inimei.

Gargano C.: Despre o specială afecțiune a mamelei de origină dischero-toxică cu mers la atropie.

Scalone I.: Supurațiunile pulmonului.

Brancati R.: Trei cazuri de liponecroză a mamelei.

Agrifoglio M.: Considerațiuni asupra terapiei afecțiunilor inflamatorii ale căilor biliare.

Barco P.: Cercetări asupra unor modificări ale schimbului după derivațiunea completă a bilei.

Velo C. A.: Cercetări ulterioare asupra modului de funcționare a ficatului în colelitiază.

Scandurra S. și Ghion V.: Acțiunea nicotinei asupra ileului paralytic.

Solieri S.: Sintonia patologică a abdomenului drept.

Bastianelli P.: Cum răspund la propunerea Doctorului Silvano Mosse pentru apendicectomia profilactică. Statistică personală.

Molé C.: Plagă de vârf și tăetură la quadrantul inferior abdominal drept.

Minervini R.: Unele cazuri de cancer al stomacului tratate cu anti-blastină.

Goala E.: Technica și rezultatele gastro-enterostomiei și a resecției gastrice prin procedeul lui Tansini.

Pignatti A.: Asupra unor cazuri de diverticoli ale duodenului.

Chiarello A.: Echilibrul electrolitic a sângelui în occluziuni intestinale.

Peroté G.: Asupra influenței pe care unele resecțiuni ai nevoilor extrinseci și instrinseci ai stomacului pot să exercite în raport cu producerea ulcerului peptic post-operator.

Figurelli G.: Asupra uzului clorurului de sodiu în mari doze și în soluțiuni hypertonice în occluziuni experimentale.

VIII-lea Congres al societății italiene de Urologie.

Geneva 26 Octombrie 1929.

- Profesor F. De Gironcolli:** Hydronefrozele.
- Ferris:** Hydronefrozele vaselor anormale.
- Lasio:** Asupra etiologiei și patogenei hydronefrozelor. Controlul radiografic ale operațiilor conservative ale hydronefrozelor.
- Negro:** Micile hydronofroze.
- Raffo:** Valoarea intervenției penducului renal și a uretrei în producerea de hydronefroze.
- Rolando:** Megaureter congenital.
- Taralli:** Asupra unui caz de hydronefroză, de origină probabil traumatică. (Considerațiuni clinice și medico-legale).
- Lilla:** Mici hydronefroze cauza cistalgiei.
- Travaglino:** Hydronefroze bilaterale prin absența uretrei concomitent cu neformație teratoidă presacroccigee la un nou născut de 25 zile.
- Bloch:** Pneumo hydronefroză.
- V. Lichtemberg:** Uroselectan.
- Ravasini:** Asupra uroselectanului.
- Colelia:** Contribuție la chirurgia unicului rinichi.
- Nisio:** Atrofie renală secundară.
- Chiaudano:** Rinichii în ectopie polviană.
- Di Majo:** Asupra coexistenței calculozei și a tuberculozei renale.
- Perucci:** Rinichi tuberculos obliterat.
- Scalbarino:** Contribuție la hystopatologia tuberculozei renale exclusă,
- Bonanome:** Sindrom testicular echivalent colicei renale.
- Del Rio:** Perinefrită sclerolipomatoasă. Nefrectomie.
- Colombano:** Terapia nesângerândă și sângerândă a calculozei uretrale.
- Boretti:** Carcinom al cupolei vezicale pe o cicatrice de epicistotomie.
- Pavone:** Injecțiile neurolitice radiculare și epidurale în cura cistitelor dureroase.
- Alesio:** Dispozițiunea și structura ganglionilor nervoși în prostata omului.
- Maltase:** Contribuție la studiul calculilor prostatei.
- Colombano:** Ruperea uretrei prin contra-lovitură.
- Cattaneo:** Tumoare rară a uretrei feminine.
- Raffo:** Narcoza cu narcilen în urologie.
- Ascoli:** Contribuție la studiul asociațiunii microbiene în tuberculoza renală.
- Pisani:** Saturnoterapia în carcinomul prostatic și vezical
- Barco:** Micoze renal experimentale prin cripto coccus interdigetales.
- Jura:** Colibaciluria. (Insemnări anatomo-patologice).
- Musumeci G.:** Asupra pericolului insuflație de aer și de oxigen în căile urinare.
- Musumeci:** Nou aparat pentru recoltat urina la la epicistotomizați.
- Romani:** Nou lichid pentru pielografie.
- Taralli:** Diatermia în cura prostatitelor acute.

Dr. S. Paulon