

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

S U M A R U L

	Pag.
I.	
<i>Cronica</i>	555
ISTORIA MEDICINEI	
Dr. LAZAR MAYERSOHN și Dr. M. A. HALEVY: Medici evrei în țările române din veacul al 14-lea până în al 18-lea	557
REVISTE GENERALE	
Doc. Dr. BAGDASAR: Starea actuală a neuro-chirurgiei și promo- torii ei	563
LUCRĂRI ORIGINALE	
Dr. V. DRĂGOESCU și Dr. A. DOBRESCU: Contribuțiuni la studiul limfogranulomatozei inguinale, benigne, sub-acute. (Maladia Ni- colas-Favre).	581
Docent Dr. NICOLAE BLATT: Evoluția ochelarilor	601
Dr. TRAIAN BONA: Considerațiuni asupra mecanismului de torsiune a tumorilor abdominale.	609
Dr. L. BOCA și Farm. G. CISMĂRESCU: Considerațiuni gene- rale asupra soluțiunilor de dezvoltat și fixat plăcile radiografice	619
FAPTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE	
Dr. EMANOIL I. COHEN: Reacțiunea Wassermann pozitivă tranzitoriu în cursul unei meningite tuberculoase	623
Dr. ION BORDEIANU: Cura de foame. (Câteva considerații în legătură cu o psihoză prin orașele și târgurile basarabene).	628

(Urmare pag. II-a cop.

A. — CĂRȚI — MONOGRAFII

Pag.

Prof. Dr. ST. BEZDECHI: Das psychopathische Substrat der „Bacchantinnen“ Euripides'. — Leipzig, 1932.	635
Doz. Dr. I. DANIEL (Bukarest): Untersuchungen über die hypotensive Wirkung der Galle. Versuch einer hepatobiliären Erklärung des Blutdruckes. — München, 1932.	635
Docent Dr. I. BISTRICEANU: Curenții de înaltă frecvență și mare tensiune în practica medicală. (Efluviațiile, Fulgurațiile și Aplicațiile de contact). — București, 1932.	636
Docent Dr. H. SLOBOZIANU: La côte Roumaine de la mer noire au point de vue de la talassotherapie. — București, 1932.	636
Dr. ODISEU APOSTOL: Oboseala. — Cluj, 1932.	637
Dr. OD. APOSTOL: Paradisul satanei (Opium, Morfina, Cocaina, Hașișul, Eterul, Kava). — Cluj, 1932.	637
Dr. I. BORDEIANU: Cancerul. (Ce este, cum se cunoaște, cum se tratează). — Chișinău, 1932.	637
Rec. de Dr. M. Cănciulescu.	

B. — REVISTE MEDICALE

Archives Roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie, No. 1 și 2/1932.	639
București Medical, No. 8—9 și 10—11/1932	639
Buletinul Medico-Terapeutic, No. 8—9/1932	640
Clujul Medical, No. 8 și 10/1932	640
Noua Revistă Medicală, No. 3—4, 5 și 6/1932	641
Revista de Chirurgie, No. 1—2, 3—4, 5—6, 7—8 și 9—10/1932	641
Revista de Igienă Socială, No. 9 și 10/1932	642
Revista de Obstetrică Ginecologie Puericultură, No. 2 și 3/1932	643
Revue Médicale Roumaine, No. 4/1932	643
România Medicală, No. 17, 18, 19 și 20/1932	643
Revista Științelor Medicale, No. 7, 8 și 9/1932	644
Spitalul, No. 5, 6, 7—8/1932	645

C. — SOCIETĂȚI MEDICALE

Buletinul Societății de Chirurgie din București: Sedința din 21 Oct., 4 Noemb., 18 Noemb., 2 Dec., 16 Dec. 1931, 27 Ian., 10 Feb., 24 Feb., 9 Martie, 23 Martie, 6 Aprilie, 13 Aprilie, 11 Maiu, 25 Maiu 8 Iunie 1932	646
Buletinul Societății Medicale de Educație Fizică din București: Sedința din 15 Aprilie, 27 Maiu și 28 Iunie 1932	651
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux: Séances du 13 et 17 Mai, 10 et 24 Juin, 15 et 29 Juillet, 2 et 16 Déc. 1931, 13 et 27 Janv., 10 et 24 Févr., 16 Mars, 13 Avril, 11 Mai, Juin, Juillet 1932	651
Bulletins de la Société de Pédiatrie de Iași: Séance du 29 Oct. 30 Nov., 21 Dec. 1931, 25 Janv., 29 Févr., 28 Mars 1932.	655
Bul. Soc. pentru Studiul Tuberculozei din București: Sedința din 4 Maiu 1931	656
Bul. Soc. de Radiologie și Electrolgie Med. din România: Sedința din 13 Iunie 1932	656

(Urmare în pag. III-a a cop.)

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINA GENERALĂ

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: DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACȚIE:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.

Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU — D.
HESS.-LEONEANU.

Cancer: AGREG. A. BABEȘ-AGREG. I. JIANU

Chirurgie: PROF. I. IACOBOVICI — M.
BACULESCU — CONF. T. NASTA.

Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.

Dermato-Sifilografie: PROF. S. NICOLAU —
V. DRĂGOESCU.

Căi digestive: DOC. PAVEL-AGREG. SIMICI.

Endocrinologie: PROF. C. PARHON.

Farmacie: PROF. A. LUDWIG — DR. N.
PETRESCU.

Farm.-Terapeutică: AGREG. G. BĂLTĂCEANU

Genito-Urinare: DOC. A. DANIEL.

Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATESCU-I.

Infecțioase: PROF. M. CIUCA — AGREG. T.
MIRONESCU.

Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA.

Laborator clinic: R. HIRSCH.

Med. Exper.: PROF. C. JONESCU-MIHĂEȘTI,
S. NICOLAU (INST. PASTEUR—PARIS).

Medicina legală: CONF. M. KERNBACH.

Medicina Militară: GL. A. VASILESCU —
COL. G. DIAMANDESCU.

Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU —
AGREG. D. PAULIAN.

Nutriție: DOC. I. DANIEL — AGREG. G.
LITARZECK — CONF. C. RADOSLAV.

Oftalmologie: PROF. D. MICHAİL.

Pat. Internă: PROF. I. HAȚIEGANU.

Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.

Pediatrică: PROF. M. MANICATIDE —
ANGHEL DANIEL — I. ROSENSTEIN.

Fizioterapie: PROF. P. NICULESCU.

Radiologie: PROF. D. NEGRU — DOC. A.
GEORGESCU — DOC. E. LAZEANU.

Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV — DOCENT
M. NASTA — T. VOICULESCU.

Redacția și Administrația:

Craiova

Str. Sf-ți Arhangheli, 9

GARDAN

contra tuturor durerilor, afecțiunilor febrile și bolilor de răceală.

Bine suportat și în doze mari luate timp îndelungat.

AMBALAJE ORIGINALE:

Tub cu 10 tablete à 0,50 ctgr. Flacon cu 25 tablete a 0,50 ctgr.

PHANODORM

produce un somn care este cel mai apropiat celui natural.

Phanodorm se descompune în întregime în organism după câteva ore și nu produce deci nici un fel de simptome desagreabile

Somn plăcut și deșteptare cu senzație de violciune fizică și psihică.

AMBALAJ ORIGINAL:

Tub cu tablete à 0,2 ctgr.



Specimene și literatură gratuit prin reprezentanții generali pentru România:
„PHARMA“ — STUDERUS & Co. BUCUREȘTI II, STR. SPIRU HARET, 5. Telefon 349.30

C R O N I C A

În „*Medicii evrei în țările române din veacul al 14-lea până în al 18-lea*” autorii, D-nii D-ri *L. Mayersohn* și *M. A. Halevy*, consultând o întreagă serie de opere străine și române, pe care le indică, amintesc numele acestor medici, nu toți cu diplome.

Printre ei proemină personalitatea D-rului *Iuliu Barasch*, care a trăit pe la mijlocul secolului trecut și a dezvoltat o activitate variată pe multe terenuri; el a funcționat la un moment dat la București și ca profesor la Școala de chirurgie înființată de D-rul *C. Davilla* și a întemeiat primul spital de copii.

D-1 *Docent Dr. D. Bagdasar*, în prezent medic primar la spitalul de boli mintale și nervoase din Cernăuți și care făcând studii de specialitate în chirurgia sistemului nervos în străinătate, (aproape 2 ani numai în Statele Unite din America) reprezintă la noi unicul neuro-chirurg anume specializat în aceste boli, redă *Starea actuală a neuro-chirurgiei și pe Promotorii ei*.

Autorul arată progresele realizate în această ramură a chirurgiei, grație școlii americane în frunte cu *Harvey Cushing* din Boston, precum și felul și condițiile, ce se impun la practicarea operațiilor pe creier și măduvă.

D-1 *Docent Dr. N. Blatt* expune *Evoluția ochelarilor* din cele mai îndepărtate timpuri și până în prezent, reproducând la pag. 604—605 diversele tipuri cunoscute de ochelari, printre cari vedem, succedându-se în ordine cronologică a invenției lor, ochelarii în formă de clește, ochelarii în arc, lorgnon-ul, ochelarii cu bară frontală, ochelarii minuscule din epoca lui *Biedermeyer*, ochelarii moderni și sticlele contacte.

D-1 *Dr. Tr. Bona*, face *Considerațiuni asupra mecanismului de torsiune a tumorilor abdominale*, în legătură cu un caz de tumoră rară epiploică, complicată cu torsiunea ei și volvulusul intestinului subțire.

Torsiunea a fost determinată de mișcarea bruscă de rotațiune a trunchiului executată de bolnavă.

Chestiunea *Limfogranulomatozei inquinale benigne subacute*, cunoscută și sub numele de *boala lui Nicolas-Favre* este la ordinea zilei.

D-nii *D-r. V. Drăgoescu* și *A. Dobrescu* cari au întâlnit în practica lor personală și de spital un mare număr de cazuri de această boală, au întocmit 2 memorii, dintre cari unul se publică în numărul de față.

Asupra acestei boale vom face prezentarea generală cu ocazia apariției și a celui de al 2-lea memoriu.

Considerațiuni generale și radiotehnice asupra soluțiunilor de dezvoltat și fixat plăcile radiografice fac D-nii *Dr. L. Boca* și *Farm. G. Cismărescu*.

Autorii descriu sol. de dezvoltat și fixat din punct de vedere tehnic, chimic și radiologic.

Arată calitățile necesare substanțelor chimice, prepararea sol. și conservarea lor, acțiunea fiecărei substanțe asupra filmului, defectele provenite din cauza soluțiunilor, din cauza filmelor, sau din cauza modului defectuos de dezvoltat și fixat.

Arată modul de corijare a filmelor supra sau sub expuse, și importanța unui film bine preparat pentru diagnosticul radiologic.

Reacțiunea Wassermann pozitivă transitoriu în cursul unei meningite tuberculoase a întâlnit într'un caz clinic, ce relatează, D-l *Dr. Emanuel Cohen*.

Acest fapt este cunoscut, pozitivitatea aceasta anormală fiind datorată modificărilor de ordin chimic, ce încearcă lichidul c. rachidian în cazul unei meningite tuberculoase.

În asemenea ocazii și când semnul de certitudine, adică constatarea bac. Koch, lipsește, putem menține și mai departe diagnosticul și prognosticul, ce impresia clinică ne-a permis a formula, dar să nu neglijem totuși a face și tratamentul antisifilitic de probă.

Dela această datorie de conștiință nu s-a abătut nici autorul, care a relevat această importantă coincidență, care pe noi, într'un caz similar, ne-a făcut să considerăm pozitivitatea reacției Wassermann la o primă analiză și negativitatea ei dupe câte-va zile ca o greșală de laborator.

D-l *Dr. I. Bordeianu* dela Hotin arată cum un oare-care Suvorin a recrutat o mulțime de proseliți în Basarabia, propovăduind practicarea *Curei de foame* în toate boalele.

Metoda acestui mistic dublat de un șarlatan a fost adoptată de circa 10.000 persoane, dupe afirmațiile autorului metodei, care în acelaș scop de influențare a populației mai susține că metoda lui i-a dat 99% vindecări și niciun deces.

Dr M. Cănciulescu.

MEDICI EVREI ÎN ȚĂRILE ROMÂNE DIN VEACUL AL 14-lea PÂNĂ ÎN AL 18-lea

de

Dr LAZAR MAYERSOHN și Dr M. A. HALEVY

În timpul întregului înalt ev mediu evreii ocupă în medicină un loc considerabil. Cu toate persecuțiunile la care au fost supuși coreligionarii lor, medicii evrei n'au încetat niciodată de a juca un rol de prima ordine, nu numai în știința și în practica medicală, dar și în viața socială și politică, pe lângă nobili, prinți și papi. Se înțelege dar ușor interesul pe care îl poate avea, pentru istoria în general și pentru istoria medicinei în particular, o cercetare privind pe acești vechi discipoli ai lui Esculap de origine evrească.

De sigur, cercetările savante nu lipsesc. Dela lucrarea lui E. Carmoly, *Histoire des médecins juifs, anciens et modernes*, din care nu a apărut decât primul volum (Bruxelles, 1884), până la ultima operă de specialitate *Geschichte der jüdischen Ärzte vom frühesten Mittelalter bis zur Gleichberechtigung*, pe care profesorul Samuel Kraus și docentul Dr. I. Fischer au publicat de curând la Viena, bibliografia a putut înregistra un număr mare de studii și de monografii mai mult sau mai puțin inedite asupra medicilor evrei din veacurile trecute. Trebuie citate în special lucrările impecabile ale bătrânului Steinschneider, cercetările lui Fürst și Kayserling, pe acelea ale lui Balaban (pentru Polonia), ale lui Lavoslav Silk (pentru Jugoslavia), etc. Afară de asta, vastele colecțiuni ale lui *Monatschrift* din Breslau, ale *Revue des Etudes juives*, din Paris, ale *Jewish Quarterly Review*, oferă un material nesecat pentru opere de ansamblu. La aceste lucrări ar fi de adăugat modesta broșură *Evreii în medicină* de 36 pagini, publicată în 1915, în editura Societății Saron din București, de către Dr. L. Mayersohn.

Dar există o regiune mai ales, care nu a fost explorată în acest domeniu de către autorii străini — și acesta este Țările române, lucru arătat de către M. A. Halevy, cu ocazia apariției cărții lui Kraus și Fischer. Căci au existat aci o serie de medici evrei, numiți în documente istorice și totuși ignorate de către

istorici. Obiectul acestei comunicări este de a face să fie cunoscute contribuțiunile aduse istoriei medicilor evrei, ca rezultat al cercetărilor întreprinse atât înainte sub auspiciile *Societății istorice „Iuliu Barasch”* cât și de curând sub acele ale *Institutului de istorie evreo-română*, ambele din București.

Viața minunată a martirului Bisericei ortodoxe Sf. Ioan cel Nou sau cel Tânăr, pe care episcopul Melchisedec a publicat-o acum o jumătate de veac cu o traducere în româna modernă a textului slavon și cu o critică, afirmă că medicii evrei trăiau la curtea hiparcului tartar al cetății maritime Moncastron, Cetatea Albă de azi. Cum martiriul Sfântului Ioan a avut loc în prima parte a veacului al 14-lea și că călugărul Grigorie Țamblac descrise torturile ca cunoscător aproape contimporan, putem să primim mărturia lui relativă la medicii anonimi. De altminterlea este cunoscută situația strălucită pe care unii medici evrei au avut-o la Mongoli: exemplul faimosului Saad Addaula n'a fost deloc unic.

În secolul al 15-lea constatăm la curtea voevodului Moldovei, Ștefan cel Mare, prezența unui medic *Issac-Beg*, originar din Spania: *natione Hispanus, fide autem Heb. aeus*". Acest personaj curios era mesagerul șahului turcoman Uzun-Hassan — care îl avea în serviciul său și ca medic — cu scopul de a încheia o alianță ofensivă cu prinții creștini din Europa contra lui Mahomed al II-lea Cuceritorul. Isaac-Beg, precum o dovedește studiul documentelor publicate de către Enrico Cornet și de către istoricii români C. Essarcu, N. Iorga, P. Cancel, etc.), a petrecut cât-va timp în Moldova între anii 1471—1475. E mai mult decât probabil că Voevodul Ștefan a făcut apel și la cunoștințele medicale ale diplomatului.

Către sfârșitul vieții sale Ștefan, care suferea grozav de o veche rană la picior, chemă în mai multe rânduri medici străini pentru a o îngriji. Aliatul său khanul Crimeei, Mengli Ghirai, îi trimise pe medicul său și acesta rămase la curtea voevodului până după moartea domnitorului (1504). Nu s'a păstrat numele practicianului evreu; documentul (în Hurmuzaki, VII) îl desemnează sub anonimul: „*un Zudeo medico del Imperator de Tartari*". Dar dacă khanul a trimis lui Ștefan pe medicul pe care el însuși îl primise din partea regelui Poloniei Ioan Albert, anonimul nu era atunci altul decât celebrul *Isaac Hispanus*, care, precum o arată porecla, a avut și el, ca și homonimul său precedent, Spania ca patrie.

Secolul al șaisprezecelea cunoscuse o serie de medici evrei în țările române sau în legături cu ele. Erau înainte de toate diplomați, medici ai ambasadelor europene din Constantinopole, dar a căror profesiune principală nu era totdeauna medicina. Oameni de încredere ai diverșilor puternici ai zilei, inițiați în afacerile de stat prin legăturile lor și prin cunoașterea limbilor, agenți ai marilor bancheri ai capitalei turcești, acești medici deveniră oarecum mijlocitorii indispensabili ai tronurilor domnești, care se adădeau celui care oferea mai mult. *Salomon ben Nathan Askenazy*

sau *Tedeschi* este unul din tipurile cele mai reprezentative. El e acela care a intervenit probabil în afacerile lui Petre Șchiopul și așază pe un oarecare Emanuel „die razza Hebraica” la cârma Moldovei, în 1591 (v. Hurmuzaki, VIII). Aron-Vodă, urmașul celui din urmă la Iași și Mihai Viteazul se bucurară de serviciile medicului ilustrului Sinan Pașa. Un document al epocii, care ne povestește pășaniile unice ale Evreului în aceste ținuturi, mărturisește despre el: „*desz (!) Sinan Basza leib medico der ein reicher, er-jarner und geleter Mann und ein Jud sein solle...*” (sic! ibidem).

La aceeași epocă trăia în Transilvania unul din cei mai buni discipoli ai lui Paracels: *Mayer David*, medic și chirurg îndemănatec, pe care prinți și nobili și-l smulgeau. Ștefan Bathory, voevodul Transilvaniei, îl mențin ca medic personal, chiar după alegerea sa la tronul Poloniei.

Un alt medic evreu — anonim — jucă un rol important la începutul secolului al șaptesprezecelea, în ridicarea sectei iudaizante a sabatarienilor, pe care umanistul Simon Pechi o întemeiă. La Alba-Iulia (Karlsburg) se bucura în acel timp de un mare renume *Abraham Sasson (Szasso)*, în urma intervențiunei căruia prințul tolerant Gabriel Bethlen acordă evreilor dreptul de a se stabili oficial în Transilvania. De fapt se întâlnește la Timișoara familia de medici Assael, originară din Turcia.

În Moldova, la Iași, medicul cel mai cunoscut al primei jumătăți a secolului al 17-lea a fost filosoful *Salomon Ben Aroyo* sau *bin Arvai*, autor a mai multor opere cabalistice, care merse să-și sfârșească zilele la Ierusalim, în vârstă de 80 de ani. Îndrăgnea gândește *Joseph Salomon Delmedigo* din Candia, medic și filosof și el, petrecu câțva timp în capitala Moldovei (către 1619—1620), pe lângă savantul maestru, despre care el ne a lăsat o scurtă descripție în autobiografia sa (V. Sinai, 1926; anuar II—III. În afară de suszisul Salomon, mai era pe atunci „*Doctor Coen*”, medic, confident și agent diplomatic al voevodului Vasile Lupul (1634—1653), pe care, după cât se pare, l-a urmat în exil. *Tobie Cohen*, celebrul autor al operei medicale „*Maase Tobia*”, pe care trebuie să-l distingem de „*Dotor Coen*”, probabil că a locuit și el la Iași înainte de așezarea sa în Turcia.

În Valachia un medic *Abraham* se găsește menționat în registrele lui Constantin Brâncoveanu. Unul din urmașii acestuia, Nicolae Mavrocordat, a avut ca amic și ca omul în literatură, pe Doctorul *Daniel Fonseca*, despre care Voltaire zicea în glumă că este singurul filosof al națiunei sale. S'au păstrat o mulțime de informațiuni despre Fonseca privitoare mai ales la familia sa de marani, dar foarte puține au fost publicate (v. Hurmuzaki VI și supl. I, 1) Dar tot la Iași se întâlnesc medici evrei în secolul al XVIII; *Joseph Conian*, poate din familia Conegliano, după ipoteza domnului profesor Iorga. Acest medic a murit în capitala Moldovii în 1732 și monumentul său funerar a fost publicat de curând de către M. A. Halevy, care l'a descoperit în vechiul cimitir al comunității din Iași (v. Sinai, anuar III). Prințul Racoviță

a avut în serviciul său pe un medic evreu anonim din orașul galițian Bursztyn. De asemenea la curtea lui Alexandru Mavrocordat (1785—1787), se găsea un medic evreu, pe care prințul de Ligne a avut ocazia de a-l cunoaște. Nu lipseau medici evrei nici în marile orașe din Provincie: la Hotin (Choczyn), chirurgul hatmanului Filip Orlik; la Cernăuți, la Siret (Bucovina); dar totdeauna sunt anonimi.

Pentru aceia cari aparțin secolului al XVIII-lea și în acelaș timp celui de al XIX-lea, noi posedăm date mai precise. Astfel *Nissim Boaz* din insula Rodos, mort la Iași în 1825, a lăsat o amintire neștearsă de vindecător miraculos: el fu ultimul reprezentant al medicilor de origină judeo-spaniolă, sau orientală, formați la universitățile din Europa meridională (Peninsula iberică, Sudul Franței, Italia).

Cu marile imigrațiuni evrești în România din Rusia și din Polonia, începe la sfârșitul veacului al 18-lea o nouă eră pentru istoria medicilor evrei în aceste țări. O întreagă pleiadă de medici moderni, diplomați ai facultăților Europei centrale, va apare în diferitele provincii românești. Cel mai ilustru e fără îndoială *Doctorul Iuliu Barasch*, „*Mendelssohn-ul judaismului român*” care a funcționat la București ca profesor la Școala de Chirurgie, și întemeia primul spital de copii. Viața și opera minunată a lui Barasch au fost obiectul unui vast studiu monografic al lui M. Schwarzfild (București 1919). Date complimentare se găsesc în vol. II al *istoriei Comunităților evrești din Iași și București* de M. A. Halevy (sub presă). După el a fost *D-rul Leopold Kugel* (v. Dr. L. Kugel de Dr. L. Mayersohn în „Spitalul” 1915).

RÉSUMÉ: Drs L. Mayersohn et M. A. Halévy. — *Les médecins juifs dans les pays roumains au 14^{ème}-18^{ème} siècle*

Les auteurs passent en revue les noms des médecins juifs, qui ont vécu dans les pays roumains depuis le 14^{ème} jusqu' au 18^{ème} siècle et indiquent les oeuvres étrangères et roumaines consultées dans ce but.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Lazar Mayersohn u. Dr M. A. Halevy—*Die Mozaischen Artzte in Rumänien vom 14. bis zum 18. Jahrhundert.*

Die Verfasser erwähnen die Namen der Mozaischen Artzte, welche vom 14. bis zum 18. Jhdt. in Rumänien gelebt haben und geben zugleich auch die fremden und rumänischen Werke an, welcher sie sich zu diesem Zwecke, bedienen.

SPASMOSÉDINE

Phenylethylmalonyluree 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus slab. 0 gr. 05
Excipient. q s.

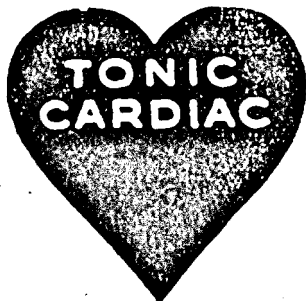


2—4 compr. glutinizate pe zi înaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitații, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertij, amețeli). **Algii precordiale și Angină pectorală** (tratament preventiv).

DIGIBAINÉ

Asociațiune
Digitalină-Onabaină.



Doze mijlocii
20-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficiență cardiacă dreaptă și mai ales stângă. Cardiopatii valvulare în perioada decompensățiunii. Miocardite toxice sau infecțioase. Diverse arhythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGEKO S. A. București, calea Victoriei No. 29.

Desitin

Pomada

*Arsuri. — Cicatrizarea plăgilor
Ulcerațiuni cronice. — Pansament
gynecologic. — Prurit. — Intertrigo
Eczeme. — Pediatrie. — Erytheme.*

Pudra

*Pudră grasă pe bază de vitamine
indicată în îngrijirea sugarilor și
copiilor, erosiuni, prurit, după tra-
tament cu raze, etc.*

Prezentare:

Pomada: tub. mic, mare & cutii a $\frac{1}{4}$ kg.

Pudra: cutii metal și plicuri à 100 gr.

DESITIN — WERK CARL KLINKE, HAMBURG 19

Reprez.: AGEKO S. A., calea Victoriei No. 29

Asociația docenților Fac. de Medicină din București.

STAREA ACTUALA A NEURO-CHIRURGIEI ȘI PROMOTORII EI*)

de

Dr. D. BAGDASAR

Crearea unei atari Specialități la noi răspunde unei necesități reale. Existența ei în Statele Unite ale Americii, în Anglia și în alte țări mai înaintate din Europa mă dispensează de a insista prea mult asupra motivelor care ar justifica promovarea acestei Specialități.

Țin să răspund numai la 2 obiecții, cari s'au făcut când s'a discutat crearea unui serviciu de Neuro-Chirurgie în țară:

1) Că tumorile cerebrale și medulare raportate la numărul celorlalte boale sunt foarte rari și un neuro-chirurg n'ar avea ce lucra;

2) Că intervențiile pe creier în special sunt periculoase și mortalitatea operatorie și postoperatorie e prea ridicată pentru ca crearea unui atare serviciu să fie oportună în momentul de față.

1) La cea dintâi obiecție răspund că tumorile sistemului nervos central nu sunt acum așa de rari cum erau altădată. De când mijloacele noastre de diagnostic s'au ameliorat, iar neurologiștii se gândesc mai mult la ele, frecvența lor a crescut simțitor. Statisticile străine de tumori cerebrale și medulare de după războiu dau cifre destul de mari, în comparație cu cele de dinainte de războiu.

În afară de aceasta, Neurochirurgia nu înseamnă numai intervenții în cazuri de tumori cerebrale și medulare.

Neuro-Chirurgia implică o serie de alte intervenții pe sistemul nervos central care largesc considerabil câmpul de activitate al Chirurgului. Astfel sunt: Neurotomiile retrogasseriene, traumatismele craniene, cordotomiile, epilepsiile jaksoniene, etc.

2) Operațiile neuro-chirurgicale nu mai sunt așa de periculoase cum erau altă dată. Technica s'a ameliorat considerabil și într'o

*) Conferință ținută la Spit. Colțea în seara de 15 Aprilie 1932.

perioadă de 15 ani numai, mortalitatea a scăzut dela 70—80% la 10% și are tendința să scadă și mai mult. În țările străine nu se mai vorbește cu teamă de intervențiile pe creier și măduvă.

DEFINIȚIE: Prin *Neuro-Chirurgie* înțelegem toate operațiunile care se fac în interiorul cutiei craniene și a canalului vertebral indiferent de natura procesului morbid. Deși termenul de Neuro-Chirurgie ar părea că se aplică tuturor operațiunilor pe sistemul nervos, el nu trebuie rezervat decât chirurgiei, creierului și măduvei, lăsându-se la o parte operațiunile pe nervii periferici și pe simpatic, care sunt mai mult de resortul chirurgiei generale, Țele necomportând metode și o educație specială din partea chirurgului.

Și se știe că principiile Neuro-Chirurgiei adică a intervențiilor pe creier și măduvă sunt cu desăvârșire deosebite dacă nu chiar antagoniste principiilor de chirurgie generală.

Proba cea mai evidentă în sprijinul acestei afirmațiuni o aduce faptul că atâta vreme cât cazurile de Neuro-Chirurgie au fost operate de chirurghi nespecialiști, mortalitatea operatorie varia între 70—90% uneori chiar 100%. Pentru că, ceea ce făceau și fac încă chirurgii generali, nu este chirurgie cerebrală ci, — cum se exprimă Vincent — mai de grabă o chirurgie craniană sau o pseudo-chirurgie cerebrală.

De când însă Neuro-Chirurgia tinde să se izoleze într-o specialitate aparte, deosebită și în contradicție cu principiile chirurgiei generale mortalitatea a scăzut la o cifră care variază între 10—15% și are tendința să scadă și mai mult.

ISTORIC: Neuro-Chirurgia este tot așa de veche ca și medicina însăși. Krause în introducerea pe care o face la tratatul său de „Chirurgia creierului și a măduvei” spune că popoarele sălbatice cunoșteau și practicau trepanația. În *Muzeul de Ethnografie din Berlin* este o bogată colecție de crani trepanați cu modificări cicatriciale, care arată că bolnavii au supraviețuit trepanației.

În perioada *preaseptică* nu se poate vorbi de existența Neuro-Chirurgiei. Ea începe să se desvolte târziu în perioada asepsei și progresul ei este extrem de lent față de progresele chirurgiei generale.

Prima operație cu succes pe creier a fost făcută în 1879 de *Mac Ewen*. Se făcuse diagnosticul de tumora lobului frontal stâng și la operație s'a găsit un meningiom al șanțului olfactiv, care a fost ridicat în întregime și — a fost urmat de vindecare.

Au urmat apoi operațiile lui *Hahn* în 1881 și *Goldlee* în 1884.

Primii autori cari au reușit să dea un impuls mai mare. Neuro-Chirurgiei nu atât prin rezultatele obținute, cât prin optimismul și perseverența, cu care au lucrat, au fost *Horsley* în Anglia și *Krause* în Germania.

Opera lor nu impune ca rezultate, căci *Horsley* s'a comportat mai mult ca un fiziologist, când aborda cazuri de Neuro-Chirurgie, iar *Krause* ca un chirurg general la care viteza era condiția esențială în reușita unei operații.

Țin să amintesc că Horsley este *inițiatorul metodei de operație în 2 timpuri*, care se întrebuițează numai rareori în momentul de față. El a operat prima tumoră cerebeloasă și a făcut prima intervenție pe hipofiză.

Dela el au rămas câteva lucruri de mare folos Neuro-Chirurgiei moderne: 1) Oprirea hemoragiilor osoase cu *ceară*; 2) Oprirea hemoragiilor venoase cu *muşchi*; 3) Intrebuițarea serului fiziologic în operații pe creier.

Horsley prin personalitatea lui a reușit să imprăștie neîncrederea care-și făcuse loc în spiritul medicilor cu privire la intervențiile pe creier, după primele eșecuri.

Krause era un entuziast al Neuro-Chirurgiei. În multe cazuri el a înregistrat succese frumoase. Totuși statisticile lui sunt oarecum deprimante. Până în 1912 a operat 109 tumori cu o mortalitate de 66%.

Cauza atâtor insuccese era rapiditatea excesivă cu care lucra și care era în contradicție flagrantă cu principiile actuale ale Neuro-Chirurgiei. Rapiditatea operației era după cum se exprimă el, condiția esențială a reușitei unei operații pe sistemul nervos central.

La Congresul internațional ținut la Londra în 1913, *Tooth* a arătat că mortalitatea operatorie în tumorile verificate era de 60%. Dacă se mai adaugă la aceasta și faptul că o parte din cei cără supraviețuiesc rămân cu paralizii și defecte care fac viața o sarcină greu de suportat, se înțelege că impresia făcută de concluziile sale n'a fost favorabilă Neuro-Chirurgiei.

Eiselsberg tot pe atunci dădea o mortalitate de 42%. După *Bruns* însă numai în 10% din cazurile operate se poate vorbi de o vindecare, de o durată mai lungă sau mai scurtă. Cauzele acestei mortalități excesive erau hemoragia, șocul și infecția.

În Franța protagonistul *advărat* al Neuro-Chirurgiei a fost un neurologist contemporan genial, care cu intuiția lui clară a întrevăzut perspectivele acestei specialități.

Lui *Babinski* îi revine meritul de a fi contribuit în cea mai largă măsură la crearea Neuro-Chirurgiei franceze.

La îndemnul lui, *De Martel* a abordat chirurgia sistemului nervos și a perseverat cu toate insuccesele inerente debutului. În raportul, pe care l-a făcut în 1928 la Congresul de neurologie din Paris, *De Martel* cita faimoasele cuvinte ale lui William Cuceritorul: „*Il n'est point nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer*”.

La Congresul internațional de Chirurgie, care s'a ținut la Roma, în 1926, s'a vorbit și despre instrumentarul necesar în resecțiile craniene osteoplastice. S'a văzut atunci cu surprindere că în afară de Chirurgii din Statele Unite, foarte puțini chirurghi europeni cunosc chestiunea aceasta.

Acest lucru îl spune *Olivecrona*, un neuro-chirurg dela Stockholm.

Epoca modernă a Neuro-Chirurgiei începe însă cu Școala Americană în fruntea căreia stă *Prof. Harvey Cushing*. Om de o

personalitate covârșitoare, de o abilitate tehnică neîntrecută, ingenios în contribuțiile de care-i va rămâne legat numele, *Harvey Cushing* creează o nouă eră în evoluția acestei specialități.

Alături de el stau o pleiadă întreagă de neuro-chirurghi americani, între care citez pe Dandy, Frazier, Adson, Elsberg, Sachs, Stookey, etc.

Epoca aceasta se caracterizează prin *ameliorarea tehnicii operatorii* ceea ce face să scadă considerabil mortalitatea operatorie și postoperatorie, astfel încât Neuro-Chirurgia încetează de a constitui preocuparea unor diletanți izolați și intră de drept în terapeutică generală.

Școala creiată de H. Cushing servește astăzi ca normă pentru toate serviciile de Neuro-Chirurgie de pe suprafața globului.

Care sunt meritele școlii americane și cum a reușit ea să scadă mortalitatea?

1) În primul rând *operând lent* și reducând enorm șansele de șoc operatoriu. Cea mai neînsemnată operație durează 4—5 ceasuri, iar operațiile mai grele durează 7—8—9 ceasuri și aceasta cu anestezie locală.

2) Practicând *decompresia* pentru a se diminua durerile de cap și a se evita atrofia optică secundară oedemului papilar, una din consecințele cele mai teribile ale tumorilor cerebrale.

3) *Vindecarea ireproșabilă a plăgilor operatorii*, astfel încât infecțiile secundare sunt necunoscute acolo.

4) *Inchiderea separată a aponevrozei cu fire de mătăsă fină* prin care se evită fungusul creierului.

5) Introducerea metodei lui De Martel cu *anestezie locală* suplimentată câteodată prin avertină.

6) Localizarea mai precisă a tumorii prin *Ventriculografia* lui Dandy.

7) Prin întrebuițarea *aspiratorului electric*.

8) Ameliorarea metodelor de hemostază care din 1927 se fac cu ajutorul așa zisei *Electrocoagulări*.

9) Îngrijirile postoperatorii.

Chirurgia creierului. Pentru tumorile cerebrale se fac *volet-uri craniene*, al căror sediu variază în raport cu diagnosticul topografic al leziunii. Altădată volet-urile se opreau la linia mediană pentru a nu le leza sinusul longitudinal.

Cushing, De Martel, Vincent fac acum volet-uri, care depășesc linia mediană când tumora e așezată între cei doi emisferi sau în apropierea scizurei interemisferice. Întinderea lor în sens antero-posterior se poate mărgini la limita clasică dacă tumora e circumscrișă sau se poate întinde dela frontal până la occipital, depășind cum am spus și linia mediană, dacă e vorba de o tumoră foarte întinsă.

Pentru *cerebel* se face așa zisa incizie în arbaletă cu ridicarea definitivă a occipitalului dedesubtul protub. occipitale externe până la gaura occipitală, uneori ridicând chiar și arcul posterior al atlasului.

Pentru *Decompresiune* se face incizia în regiunea temporală, perpendiculară pe arcada zigomatică, se separă temporalul și după ce se trepanează osul se lărgește gaura cu pensa gujă până ce breșa osoasă atinge un diametru de 7—8 cm.

Se *deschide dura* și se lasă astfel un joc liber presiunii intracraniene.

Dacă o singură decompresiune nu e suficientă se mai face una de partea opusă.

Pentru tumorile hipofizei adică pentru adenoamele cromofile care dau acromegalie și care se dezvoltă în jos spre baza șelii turcești, Cushing întrebuințează *calea transsfenoidală*, adică se insinuiază între buza superioară și arcada dentară, ridicând cloazonul osos între cele 2 învelișuri mucoase, perforează baza craniului și după aceea ridică adenomul bucată cu bucată, cu ajutorul unor pense speciale.

Una din dificultățile cele mai mari ale Neuro-Chirurgiei este hemoragia. Ea este de temut chiar dela începutul inciziei cutanate și până la sfârșitul operației.

Pentru a se evita hemoragia din pelea capului, care este foarte abundentă, 2 asistenți apasă cu vârful degetelor pe pielea capului de o parte și de alta a liniei de incizie, pe măsură ce chirurgul taie.

Incizia se face pe segmente mici, punându-se pense pe aponevroză, astfel încât hemostaza e asigurată înainte de a se merge mai departe.

În contra hemoragiilor venoase mici din dura și din creier se întrebuințează mușchi recoltat din celelalte săli de operație sau chiar dela gamba aceluiași bolnav.

Vincent și De Martel au găsit mijloace mai practice: au întrebuințat mușchiul de epure și de porumbel, care ar avea proprietăți hemostatice destul de puternice.

Este surprinzător să vezi cât de repede se oprește o hemoragie venoasă, peste care s'a aplicat o bucătică de mușchi proaspăt. Vincent spune că mulți bolnavi ai lui au fost salvați exclusiv prin oprirea hemoragiilor cu mușchi.

Un alt mijloc de a evita hemoragia este aplicarea de agrafe de argint pe vasele mici înainte de a le secționa.

Cum se întrebuințează aceste agrafe?

Să presupunem că tumora este superficială și infiltrantă. Și vrei să încerci enuclearea ei!

Se trece cu sonda prin transfixie în țesutul sănătos circumvecin și apoi pe jghiabul sondei se taie cu foarfeca. Înainte însă de a secționa vasele, pe care le întâlnește se aplică câte 2 agrafe pe ele și apoi se taie între aceste 2 agrafe.

Clipurile — cum se numesc în limba engleză — sunt imposibil de aplicat după ce vasul s'a deschis.

În acelaș mod se procedează când se incizează subst. cerebrală pentru a merge să cauți și să ridici o tumoră situată profund

Clipurile au început să devină aproape inutile, de când o parte din Neuro-Chirurși au început să întrebuințeze *Inalta frecvență*. Asupra acestei chestiuni voi reveni în curând mai pe larg.

Sutura plăgii operatorii se face în 2 straturi: Unul în aponevroză și altul în pele, ambele cu fire de mătăsă. Firele puse în aponevroză fac să oprească hemoragia din pelea capului și permit să se ridice firele din pele a 4-a zi. Sutura aponevrozei și ridicarea precoce a firelor face ca cicatricea să aibă un aspect liniar, f. estetic, aproape invizibil.

Plaga odată cusută se pun deasupra foițe fine de aur care au o putere bacterică mare asupra germenilor din pelea capului.

Pansamentul se face pe urmă după aceleași norme ca în chirurgia generală. Peste el însă se aplică o cască solidă cu feși amidonate, este ceea ce numesc ei un „cast”.

Acesta protejează pansamentul propriu zis și asigură un confort deosebit bolnavului, ferindu-l de unele violențe din afară sau chiar de smulgerea intempestivă a lui.

Grija aceasta excesivă, uneori pedantă în aparență, este de un folos real, căci ea evită *fungus*-urile și *herniile* creierului așa de temute altă dată în intervențiile pe creier.

Anestezia locală este o metodă excelentă oricât de lungă ar fi durata operației. Numai rareori se recurge la anestezie generală cu eter, care se fac sub forme de clisme goutte-à-goutte.

Un progres considerabil a fost realizat în anii de după războiu prin *Ventriculografie*, care este de un ajutor prețios în localizarea tumorilor.

Trebue să știți că un mare număr de bolnavi cu tumori cerebrale intră în serviciu numai cu fenomene de hipertensiune, fără nici un simptom de focar sau cu simptome foarte discrete. Astfel din 1658 de bolnavi intrați la Cushing până în 1923, 314 nu aveau tumoră. Din restul de 1344 un număr de 476 deci aproape 1 din 3 nu aveau simptome de focar.

Pentru aceștia *Ventriculografia* este de mare folos. Ea constă în puncția cornului occipital cu evacuarea unei cantități de lichid, după care se introduc un număr mai mic de cmc. de aer filtrat printr-o compresă sterilă.

Radiografia se face imediat după ce s'a închis plaga și pe clișeu ventriculii apar bine conturați având o culoare închisă.

Dacă tumora se dezvoltă în fossa posterioară ventriculii sunt enorm dilatați, dacă ea se dezvoltă în lobul frontal, partea anterioară a ventriculului nu se umple cu aer, dacă se dezvoltă în vecinătatea ventriculului III, acesta nu e vizibil pe clișeu și a. m. d.

Ventriculografia expune la accidente între care enumerăm: durerile de cap, hemiparezii, uneori chiar accidente mortale, care pot surveni în primele 12 ore. De aceea chirurgul trebue să fie gata ca să intervie imediat ce se ivesc accidente.

Pe 30 ventriculografiilor pe care le-am făcut personal am avut 2 hemipareze, care din fericire au cedat nelăsând în urma lor decât ușoară hiperreflectivitate tendinoasă. Nu am avut nici un accident mai grav.

Ventriculografia are meritul considerabil că odată diagnosticată tumora, se poate face prin ea o localizare înainte de apariția simp-

tomelor de focar. În chipul acesta se poate opera bolnavul cât mai precoce diminuându-se șansele accidentelor și mărindu-se șansele vindecării definitive.

O tumoră la început pe lângă că e mai ușor de scos din cauza stării generale bune a bolnavului, dar ea nu expune nici la recidive, care sunt așa de frecvente în tumorile operate tardiv.

Un docent dela Universitate din München — Max Ernst — care a stat câteva luni în serviciul lui De Martel și Vincent, publică în „Münchener Mediz-Woch” din Martie a. c., o dare de seamă asupra celor văzute la Paris și face o paralelă între Neuro-Chirurgia franceză și cea germană.

Neuro-chirurgia franceză nu este în fond decât un *reflex al Neuro-Chirurgiei americane*, căci atât De Martel cât și Vincent se țin strâns de normele indicate de Cushing și de aceea este interesant să citez constatările făcute de Ernst.

Neuro-chirurgia franceză este incomparabil superioară Neuro-chirurgiei germane. Germania rămâne încă credincioasă spiritului ei sceptic în Neuro-Chirurgie și de aceea rezultatele obținute în Germania sunt așa de slabe.

Francezii au îmbrățișat cu tot entuziasmul această specialitate și au reușit să realizeze succese strălucite.

În afară de *technica superioară* a neurochirurgilor francezi care firește nu le aparține, meritul unui număr așa de mare de vindecări se datorește în primul rând *diagnosticului precoce* al tumorilor cerebrale, adică un diagnostic cât mai de vreme, când tumora este puțin evoluată și când se poate scoate cu ușurință și în totalitate.

Vorbind de personalitatea lui Vincent și în special de atitudinea lui în timpul operației autorul german se exprimă în următorii termeni: „*Liniștea lui inebrianabilă, atenția deosebită chiar pentru lucrurile, care în aparență nu au o importanță prea mare, manipulările sale, care au totdeauna un scop precis, sensibilitatea lui de medic și înțelegerea pentru limitele operabilității unei tumori fac asupra celor care-l privesc lucrând, o impresie adâncă*”.

Dacă am amplifica de 2—3 ori această impresie ne-am putea face o idee exactă de ceea ce însemnează personalitatea lui Cushing.

Astfel acești 2 Neuro-Chirurși francezi și în special Vincent — elevi fideli ai școalei americane, au reușit să infiltreze în sufletul bolnavului și al medicilor un *sentiment de încredere absolută în eficacitatea* intervențiilor pe sistemul nervos și de aceea bolnavii se operează așa de vreme.

Ernst vorbește de bolnavii din vecinătatea Parisului care *vin pe jos* fără însoțitor ca să se opereze pentru tumori cerebrale și care se urcă singuri pe masa de operație.

E o mare deosebire între ceea ce a văzut la Paris și între ceea ce vede în Germania: astfel în 102 bolnavi cu tumori cerebrale, care s’au operat în Germania, 60 erau deja complet orbi când s’au operat.

De aici spune Ernst, necesitatea de a *instrui pe studenți* și

publicul medical să facă diagnosticul precoc de tumoră cerebrală și să consilieze operația.

O serie de alți factori intervin pentru a asigura chirurgilor francezi o superioritate absolută asupra celor germani: atâta vreme cât Vincent a operat în *diverse case de sănătate* mortalitatea lui a fost de 47,8%.

De când însă lucrează într-o singură clinică cu acelaș personal, mortalitatea a scăzut la 19% și tinde să scadă și mai mult.

Cum se atacă tumora?

În Statele Unite sunt 2 atitudini, cari sunt principial deosebite. Una este aceea a lui Dandy care are o atitudine radicală. Pentru a evita recidivele el ridică tumora cu un strat de țesut nervos sănătos de jur împrejur indiferent dacă bolnavul se va face bine sau nu.

Cine scapă la o astfel de intervenție rămâne vindecat toată viața.

Ceilalți plătesc un tribut foarte greu.

Cushing este *conservator*. El ridică atât cât poate din tumoră având grijă să prelungească cât mai mult viața bolnavului.

E o atitudine mai înțeleaptă și mai umanitară. Ablația tumorilor cerebrale a fost considerabil ușurată în ultimii ani de introducerea *înaltei frecvențe* sau a *Endotermiei* — cum o numesc ei — și care se datorește tot lui Cushing.

Construirea acestei mașini, care e întrebuințată de majoritatea Neuro-Chirurgilor americani, este bazată pe următorul principiu:

O mare cantitate de curent alternativ poate să treacă prin țesuturi fără să producă nici un alt efect în afară de căldură. Cantitatea de căldură dezvoltată este proporțională cu patratul densității curentului.

Electrodul operator adică electrodul activ este foarte mic. Electrodul cu care se stabilește circuitul între mașină și pacient și care se pune în spate pe pelea bolnavului este foarte larg astfel încât densitatea curentului este foarte mică aici. Cantitatea de căldură produsă aici, este imediat împrăștiată de curentul sanghin al corpului.

Înalta frecvență produce 3 feluri de efecte:

1. *Deshidratare.*
2. *Incizie.*
3. *Coagulare.*

Pentru ca să se facă *deshidratare* superficială se apropie electrodul activ de țesuturi, fără să le atingă, dar așa de mult încât să se producă scânteii între el și țesuturi. *Incizia* se face cu un alt tip de curent. În acest caz electrodul este apropiat de țesuturi, de obicei un vârf ascuțit (pointer) sau o anșă.

Tăierea nu este produsă de electrod însăși ci de curentul care ia naștere înaintea lui sub forma unui arc. Acest curent separă țesuturile ca și cum ar fi tăiate.

Electrocoagularea. Pentru aceasta se întrebuințează iarăși un

BISMUT LIPOSOLUBIL LIMPEDE ȘI INCOLOR

SOLMUTH

În fiole de 1 ccm. conținând 0 gr. 04 Bi-metal

Injectiune intramusculară cât mai profundă indoloră. — Perfect tolerat. — Resorbție rapidă completă. — Eliminațiune lentă și regulată. — Deci, acțiune imediată, profundă și prelungită

2 fiole de 1 ccm pe săptămână.

Cutii cu 12 și 100 fiole.

Laboratoires Lecoq & Ferrand, Levallois-Perret

Reprezentant: Ageco S. A. București, Calea Victoriei 29

Hémostyl

Anémies

Du Dr.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

Sirap. Comprimés
de sang hémo-poïétique
total

A) Sérothérapie spécifique
des ANÉMIES (Carnot)

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

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

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

curent special diferit de celelalte 2. Acțiunea acestui curent depinde de intensitatea lui și de durata de timp cât se permite curentului să treacă.

Dacă vrei să coagulezi o porțiune mare de țesut, trebuie să utilizezi un curent slab, căci dacă curentul e prea tare, țesuturile din vecinătate se deshidratează sau se carbonizează prea repede și curentul se întrerupe lăsând țesuturile profunde neatinsse. Dacă însă vrei să coagulezi o masă de țesut mai redusă întrebuințezi un curent mai puternic.

Inalta frecvență a început să fie întrebuințată de Cushing din 1926 și primii doi ani a fost perioada încercărilor și a perfecționărilor până s'a găsit metoda cea mai bună de a fi întrebuințată.

Au fost și accidente la început însă din fericire nu cu rezultate grave:

Astfel la un bolnav, căruia i-se făcuse un volet frontal, deschizându-se *sinusul frontal* și făcând să comunice căile respiratorii cu câmpul operator, pe când i-se dădea eter, vaporii de eter s'au aprins într'o flăcără albastră fără să producă nici un rău bolnavului.

De atunci Cushing întrebuințează eterul numai pe cale rectală.

Altădată s'au produs atacuri epileptiforme la un bolnav la care electrodul activ fusese aplicat pe dură ca să se oprească hemoragia.

De câteva ori operatorul a primit câte un șoc prin intermediul depărtătoarelor metalice. Pentru a evita aceste transmisiuni în viitor, Cushing a făcut să i-se construiască *depărtătoare de lemn*. Masa pe care lucrează e tot de lemn.

Tumora dacă este circumscrisă se ridică cu ajutorul unui electrod cu vârf, care o separă ușor de țesuturile vecine.

Dacă însă este un gliom difuz atunci se ridică cu ajutorul unei anse electrice felie cu felie. Este un procedeu, pe care Cushing l'a numit *Scalloping* și care nu se poate traduce în limba română. (Scallop înseamnă în limba engleză Scoică și feliile de tumoră, pe care le ridică, seamănă cu învelișurile scoicii).

După ce a ridicat o mare parte din tumoră și a ajuns în vecinătatea țesutului sănătos, se tamponează cavitatea cu o bucată de vată muiată în „*Zenker*”, ca să fixeze restul de țesut neoplazic, care a mai rămas. Un avantaj poate tot așa de mare al Inaltei Frecvențe este ușurința cu care se pot opri hemoragiile mici din dura și din scoarță și care uneori sunt foarte rebele.

Este de ajuns o atingere ușoară cu electrodul turtit pe punctul hemoragic, pentru ca hemoragia să se oprească imediat și apoi să se închidă plaga fără grijă.

Vincent acum 2 ani își exprimă neîncrederea cu privire la mașinile de înaltă frecvență și credea că o parte din bolnavii lui au murit de oedem cerebral, provocat de înaltă frecvență.

Și în momentul de față este încă sceptic cu privire la valoarea acestui aparat.

Personal am văzut succese strălucite după întrebuințarea înal-

tei frecvențe și cred că scăderea așa de considerabilă a mortalității la Cushing în ultimul timp se datorește în cea mai mare parte Inaltei Frecvențe.

În ultimul timp *Elsberg* și *Sachs*, doi dintre cei mai mari Neuro-Chirurgi americani au scris articole elogioase pentru această nouă metodă.

În școala americană este acum tendința de a se face un diagnostic cât mai precoce de tumoră cerebrală, de a se face chiar un *diagnostic anatomo-patologic și pronostic înainte de operație*.

Având în vedere studiul anatomopatologic al tumorilor cerebrale făcut de Bailey și Cushing, care arată predilecția unor tipuri pentru anume regiuni și vârste s'ar putea admite că un diagnostic anatomo-patologic e posibil dacă ținem seamă de vârsta bolnavului, de sediul ei de evoluție.

Astfel la un copil cu fenomene cerebeloase la care tumora evoluează repede, se poate face diagnosticul de *medulloblastom*. La o persoană în vârstă, la care se face diagnosticul de tumoră cerebrală a unui emisferi și care evoluează rapid se poate diagnostica un *spongioblastom multiform*. Criteriile însă nu sunt sigure și erorile sunt foarte frecvente.

Ar fi interesant să vă spun că atunci când nu găsește tumoră Cushing sacrifică o parte dintr'un lob cerebral sau din cerebel pentru a lăsa joc liber presiunii.

Dela 1922 până la 1931, H. Cushing a făcut 1670 operații pe 1286 bolnavi.

Toate aceste cazuri au fost verificate din punct de vedere anatomo patologic. Mortalitatea operatorie a scăzut progresiv dela 16,9% în 1922—1923 la 6,8% în 1930—1931.

Scăderea mare a mortalității operatorii o atribuie el în cea mai mare parte Electrocoagulării, pe care o întrebuințează din 1927.

Chirurgia tumorilor cerebrale vizează 3 obiecte principale:

1. Ridicarea integrală a tumorii cu vindecare definitivă. Datorită însă infiltrației difuze, malignității, stadiului avansat al tumorii și unui sediu puțin accesibil, aceasta nu e totdeauna posibil sau mai exact e numai rareori posibil. De aceea în astfel de cazuri scopul neurochirurgului este de a

2. Prelungi viața operând de mai multe ori tumorile recidivate, până când extensiunea neoplaziei a făcut-o inoperabilă.

3. În al treilea rând visează să-i scape pe bolnavii cu tumori cerebrale de chinurile durerilor de cap și de consecința teribilă a pierderii vederii, prin decompresiune, care este o operație paliativă.

Între operațiile mai importante care se practică ca o rutină în Statele Unite — în afară de tumori — sunt: *Neurotomia Trigemenului* pentru Ticul dureros și *Secțiunea Auditivului* pentru Vertijul lui Menière.

Pentru *Neurotomie* calea cea mai bună rămâne tot cea temporală deși operația este extrem de laborioasă.

Dandy preconizează calea cerebeloasă pe unde nervul ar fi mai ușor accesibil.

Pe această cale însă nervul este adânc situat, trebuie să se dea un întreg emisfer cerebelos la o parte și să pătrunzi printr-o serie de nervi cranieni a căror atingere poate avea consecințe grave.

Are avantajul însă că pe aici se poate mai ușor separa rădăcina motorie de cea sensitivă și conserva.

La aceeași concluzie ajunge *Van Wagenen*, un elev a lui *Cushing*, care a practicat Neurotomia pe cale cerebeloasă la 5 bolnavi atinși de neoplazii ale fossei temporale și la care nu putea să meargă pe această cale ca să practice secțiunea rădăcinii sensitive.

O operație și mai recentă este aceea a *secțiunii auditivei* pentru vertijul lui Menière. Dandy a obținut rezultate foarte bune în 9 cazuri operate de el.

Tumorile medulare.

Mai puțin frecvente decât cele craniene și mai puțin temute de chirurghi, chirurgia tumorilor medulare a progresat mult tot în Statele Unite.

Cea mai mare autoritate în această privință este *Elsberg* din New-York, care a publicat lucrări foarte interesante asupra chirurgiei lor.

Cele mai *accesibile chirurgiei sunt tumorile extramedulare* adică acele, care se dezvoltă înăuntru durei și în afara măduvei.

Cu sediu ele se pot dezvolta în 4 regiuni diferite dând simptomele de compresiune caracteristice regiunii respective. Unele sunt posterioare și se dezvoltă între rădăcinile posterioare dând dureri și tulburări de sensibilitate obiectivă.

Altele sunt *anterioare* și încep cu atrofii musculare. Alte 2 grupuri sunt laterale: *anterolateral* și *posterolateral*. Cele anterolaterale se dezvoltă între rădăcinile anterioare și ligamentul dințat, cele posterolaterale se dezvoltă între ligamentul dințat și rădăcinile posterioare. Acestea pot da pe lângă simptomele de compresiune și un sindrom de Brown Séquard.

Cele anterioare sunt cele mai puțin frecvente. Pe 1061) tumori operate, *Elsberg* a avut 10 morți deci 9.5%.

Necesitatea unui diagnostic precoce și a unei operații cât mai de vreme, înainte de a se produce leziuni ischemice prin compresiune este și aici o condiție esențială de a asigura succesul operatoriu.

Doi chirurghi francezi distinși, care au oarecare experiență cu privire la chirurgia medulară atribue o mare parte din insuccesele chirurgiei temporizării Neurologiștilor care se hotărăsc prea târziu să afirme un diagnostic de tumoră medulară.

1) La Congresul din Madrid din 15—18 Martie 1932, *Elsberg* a prezentat o statistică de 208 tumori medulare, operate cu o mortalitate de 6.9% pentru tumorile extramedulare și de 1.7% pentru cele extrameningee. În 63% din cazuri, bolnavii au fost în întregime vindecați sau considerabil ameliorați.

Ei îi compară pe Neurologiști cu *Entomologiștii*, care-și *adună simptomele în colecție, cum ar face cu fluturii, fără a se gândi că diagnosticul nu se face printr-o acumulare de simptome ci pe unul, două sau trei semne, cărora experiența le-a dat o valoare quasispecifică.*

Este un reproș, întemeiat în parte, căci șansele de vindecare sunt mult mai mari, când operația urmează unui diagnostic precoce de tumoră medulară. Diagnosticul este însă de multe ori ezitant și temporizarea e fatală, până când se arată simptome sigure de compresie.

Cazuri ca a lui *Nonne*, care a făcut diagnosticul de tumoră numai pe simptome radiculare e o raritate și din el nu se pot trage concluziuni generale.

Un cadru clinic care seamănă mult cu tumorile, iar uneori cu scleroza în plăci îl formează *arachnoidetele*, cu care s'a ocupat mult școala din New-York.

Ele pot fi de rezortul chirurgiei când leziunea n'a cuprins prea mult măduva, mărgininu-se doar la o invazie perimedulară susceptibilă de a regresa în urma intervenției operatorii.

De Martel a publicat cazuri urmate de ameliorări mari după intervenție.

Proba Lipiodolului a fost sever criticată de Elsberg și Cramer, care sunt o autoritate în această privință. Ei au observat dureri vii și tulburări urinare, care durează câteva zile după injecție. De aceea ei preferă punctiile rachidiene etajate, care sunt — e adevărat — mai plictisitoare, dar mai puțin riscante.

Cordotomia. Aceasta este o operație care a intrat deja în rutină. Ea este de un folos real în terapeutică durerilor, cari nu pot fi influențate prin mijloacele medicale.

Se pare însă că raporturile dintre fascicolul piramidal și cel de sensibilitate dureroasă nu sunt tocmai bine precizate și ele variază în raport cu fiecare regiune, astfel încât propunerea de a secționa la $1\frac{1}{2}$ —2 m. m. nu convine la fiecare regiune și poate nici la fiecare caz.

O operație recentă preconizată de Frazier și urmată de rezultate bune a fost *Secțiunea primelor 3 rădăcini cervicale* posterioare de ambele părți într'un caz de *Torticolis spasmodic*. Bolnava a scăpat de spasm și autorul se întreabă dacă în cazuri rebele n'ar fi bine să secționeze toate rădăcinile cervicale posterioare sărind peste a 4-a.

Dandy a repetat operația făcută de Frazier secționând și ramura accesorie a Spinalului pe 8 pacienți:

5 au scăpat de spasm.

2 s'au ameliorat.

1 a murit de pneumonie la 3 săptămâni.

În fine trebuie să mai amintesc și operația propusă de Punssepp în *Siringomielie*: Drenajul cavității gliomatoase, care în mâinile câtorva Neuro-Chirurghi a dat de curând rezultate foarte bune.

Cu aceasta termin conferința mea cu regretul că intenționat am omis o serie de lucruri, care ar fi putut să vă intereseze.

Scopul meu a fost să demonstrez că dela Horsley și Krause, dar mai cu seamă în decada de după război s'a realizat un progres considerabil în Chirurgia Sistemului Nervos.

În al doilea rând că aceasta constituie o specialitate distinctă, care împrumută mult dela Neurologie și puțin dela Chirurgia generală. Ea este mai mult înrudită cu Neurologia decât cu Chirurgia generală.

De aceea eu aș propune că:

1. Un chirurg, care nu are cunoștință de Neurologie să nu abordeze operațiuni pe sistemul nervos central.

Dacă vrea să-și încerce abilitatea pe sistemul nervos îi rămân Nervii periferici și simpaticul.

2. Un chirurg care a început să facă Neurochirurgie să renunțe la chirurgia generală, căci între una și alta este o incompatibilitate. Acesta este și punctul de vedere a lui De Martel.

3. Un Neuro-Chirurg, care având la îndemână tot ceea ce cere tehnica modernă, nu-și ameliorează statistica în 2 ani, trebuie să renunțe la această specialitate.

Abandonarea acestei specialități ar fi iarăși o greșală și un act antiuman și câteva fraze din Lecène și Leriche, care se ridică cu toată energia în contra acestei atitudini nepăsătoare a lumii medicale, față de acești suferinzi mi s'a părut că merită să fie citate:

Orice bolnav vindecat după o operație pentru o tumoră intracraniană este un bolnav, care ar fi murit sigur în mijlocul ororilor cecității, a cefaleei rebele și a unei deșeanse progresive iremediabile. Orice succes în acest domeniu al chirurgiei cerebrale va fi deci un foarte frumos succes, de care și medicul și chirurgul vor putea cu just titlu să fie mândri.

Un chirurg poate găsi această chirurgie grea, aleatorie și destul de adesea descurajantă și va prefera să caute în alte domenii succese mai numeroase și mai ușor de obținut; este treaba lui!

Pentru acela însă, care caută înainte de toate să-și vindece bolnavii, chiar dacă eșuează adesea chirurgia cerebrală poate și trebuie să-i dea în câteva cazuri mari satisfacții.

De sigur că mai rămâne încă mult de făcut în acest domeniu, care în ultimii ani a evoluat așa de repede.

Cu modestia caracteristică oamenilor mari acest lucru îl recunoaște și Cushing în monografia sa recentă asupra „Tumorilor intracraniene”, închinată colaboratorilor și elevilor săi și despre care crede că va fi ultima sa lucrare în acest domeniu.

El urează elevilor lui să-l întrecă și să desvolte mai departe această specialitate și citează faimoasele cuvinte ale lui Leonardo da Vinci: „Este un mediocru elev, acela care nu-și întrece maestrul”.

Desigur acesta este mersul natural al progresului și de sigur

că elevii lui vor aduce contribuții noi și de mare folos în această ramură.

Cred însă că acela, care a reușit să provoace interesul specialiștilor pentru acești suferinzi și care a reușit să scoboare mortalitatea dela 80—90% la 11 și 7% a făcut mult mai mult bine pentru acești bolnavi, decât va face toată pleiada de Neurochirurghi, cari vor reuși să scoboare mortalitatea dela 7% la 1% sau chiar la 0%.

RÉSUMÉ: Dr. D. Bagdasar—*L'état actuel de la neuro-chirurgie et ses promoteurs.*

L'auteur fait l'hystoire de la neurochirurgie, il donne la définition et expose les principes de cette spécialité distincte qui se rapproche plus de la neurologie que de la chirurgie générale.

La neuro-chirurgie constitue une chirurgie spéciale, exec ses principes et ses méthodes d'intervention à part—sur les quelles s'étend amplement l'auteur — qui a trouvé la plus parfaite réalisation jusqu' à présent dans l'école américaine de Harvey Cushing.

L'auteur passe en revue les interventions, que l'on peut pratiquer sur le cerveau et la moelle, les conditions, qui se demandent afin que l'opération puisse être executée et réussisse (qu'on opère lentement, pendant des heures; qu'on pratique la décompression; qu'on poursuive la guérison irréprochable des plaies opératoires; qu'on suture séparément l'aponevrose avec des fils de soie fine; qu'on pratique l'anesthésie locale); les méthodes de recherche préalable pour arriver à un diagnostic précis de siège (la ventriculographie, l'épreuve du lipiodol) et les moyens de technique perfectionnée (la voie d'abordage pour les différentes tumeurs; l'emploi de l'aspirateur électrique; la pratique de certains moyens pour l'hémostase; le recours à l'électrocoagulation et aux courants de haute fréquence ou l'endothermie; l'anesthésie locale etc.).

Les statistiques impressionnantes, dans les quelles la mortalité s'est abaissée de 80—90% à 7—11% montrent les progrès immenses de la neuro-chirurgie, de même que les mérites incontestables de l'école américaine.

RIASSUNTO: Dott. D. Bagdasar — *Lo stato attuale nella neuro-chirurgia e i suoi promotori.*

L. A. tratteggia la storia della neuro-chirurgia, definisce ed espone i principi di questa speciale branca più prossima alla neurologia che alla chirurgia generale. La neuro-chirurgia costituisce una chirurgia speciale possedendo dei principi e metodi d'intervento propri sui quali l'A. s'intrattiene ampiamente e che fino ad oggi hanno trovato la più perfetta espressione pratica nella scuola americana con Harvey Cushing. L'A. passa in rassegna gl'interventi possibili ad attuarsi sul cervello e sul midollo spinale, le condizioni richieste per poter eseguire l'atto operatorio e perchè questo abbia a conferire buon esito (operare leutamente, durante più ore; togliere la compressione; seguire le ferite operatorie fino a completa guarigione; suturare separatamente l'aponevrosi mediante seta molto fine; praticare l'anestesia locale); i metodi di ricerca per giungere ad una diagnosi precisa (ventriculografia, prova al lipiodol) e i mezzi tecnici migliorati (via operatorio per aggredire i vari tumori; l'uso dell' aspiratore elettrico; mezzi emostatici speciali; l'uso dell'elettrocoagulazione e delle correnti d'alta frequenza o endothermia; l' anestesia locale, ecc.).

Le statistiche notevoli che rispecchiano la mortalità diminuite da 80—90%, a 7—11%, mettono in evidenza i grandi progressi della chirurgia nervosa ed i meriti indiscutibili della scuola americano.

dot. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. D. Bagdasar: Der gegenwärtige Stand der Neuro-Chirurgie und ihrer Urheber.

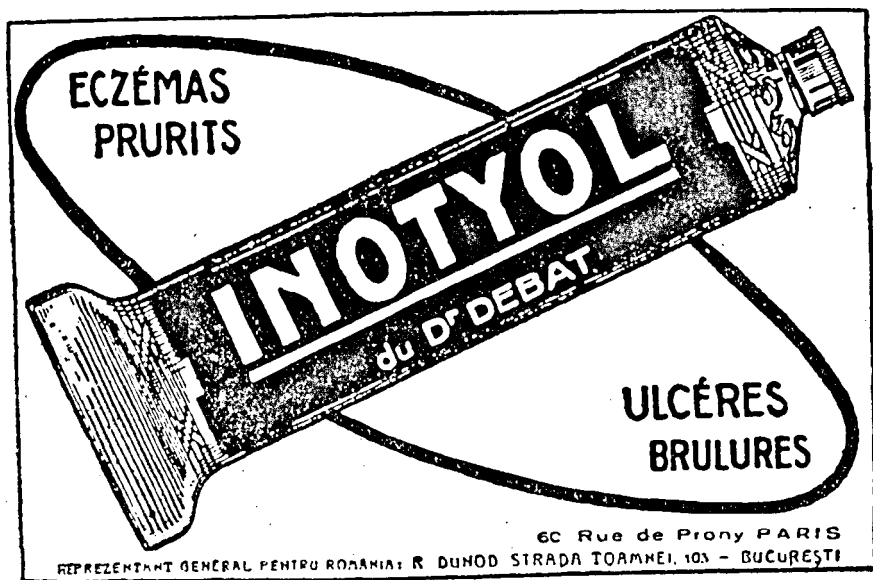
Der Verfasser, stellt die Geschichte der Neuro-chirurgie dar, ihre Definition und setzt die Prinzipien dieser besonderen Spezialität dar, welche sich mehr der Neurologie, als der allgemeinen Chirurgie nähert.

Die Neuro-chirurgie bildet eine spezielle Chirurgie mit ihren Prinzipien und besonderen Eingriffsmethoden, über welche der Verfasser gründlich berichtet und die ihre vollkommenste Verwirklichung bis in die Gegenwart in der amerikanischen Schule voran mit Harvey Cushing, gefunden hat.

Der Verfasser erwähnt die Eingriffe, welche man an Gehirn und Rückenmark machen kann, die Bedingungen, welche man stellt, damit die Operation ausgeführt und gelingen soll (langsames, stundenlanges Arbeiten; man möge Dekompression ausüben; man möge die Heilung der operierten Wunden gewissenhaftest verfolgen; man möge ausserdem die Aponewrose mit feinen Seidenfäden nähen; man möge die Lokalanästhesie ausüben); die vorgängigen Forschungsmethoden um zu einer genauen Diagnose des Studiums zu gelangen (Ventrikulographie, Lipiodolprobe) und die Mittel der vervollkommenen Technik (die zugänglichen Stellen der verschiedenen Tumore; der Gebrauch der elektrischen Saugpumpe; die Anwendung gewisser Mittel zur Blutstillung; die Zuflucht zur Elektrokoagulation und zu den Hochfrequenzstrahlen oder Endothermie; die Lokalanästhesie u. s. w.).

Die ergreifenden Statistiken, in welchen man sieht, dass die Sterblichkeit von 80—90%, auf 7—11%, gefallen ist, zeigen die ungeheueren Fortschritte der Neuro-chirurgie und die zweifellosen Verdienste der amerikanischen Schule.

M. Mandler.



PROVEINASE

VARICE

FLEBITE

Turburări ale

PUBERTĂȚII și ale

MENOPAUZEI



Pudre de organe titrate
(Hypofiză, Thyroidă, Surenală)
Extracțe uscate de plante stabilizate (Gînec,
Cupressus, Castane de Indio, Momomelis)

MARELE REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

2 la 6 comprimate pe zi — 4, Rue du colonel Moll — PARIS

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 la 6
lingurițe
de cafea
pe zi

DIATHESA URICĂ

A SE SPECIFICA BINE NUMELE



PIPÉRAZINE MIDY

adesea
imitată
niciodată
egalată

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

*Serviciul Dermato-Venerici
Spitalul Filantropia Craiova*

**CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL LIMFOGRANULOMATOZEI
INGUINALE, BENIGNA, SUB-ACUTA
(Maladia Nicolas Favre)**

Dr V. DRĂGOESCU
Medic Primar

de

Dr A. DOBRESU
Medic Secundar

Memoriul I

Limfogranulomatoza inguinală benignă subacută, curent cunoscută sub numele de maladia lui Nicolas-Favre, a preocupat în timpul din urmă într'un mod cu totul particular, pe specialiști.

ISTORIC. *Chassaing* la 1859, apoi *Velpeau* în 1865, remarcă o serie de adenite cu o evoluție specială. *Nelaton* în 1890, într'o lecție clinică și în teza elevului său *Hardy*, insistă asupra caracterelor acestor adenopatii: formarea abceselor intraganglionare, presimțând poate că era vorba de o afecțiune specială, dar pe care nu a putut-o determina. Dela 1894—1909, *Brault* din Alger studiază aceste adenite și le apropie de bubonul climatic al țărilor calde cu care de altfel astăzi se indentifică. În 1901, sub numele de adenită inguinală subacută cu focare purulente intraganglionare, *Marion* și *Gandy* fac o excelentă descriere a boalei, dar găsind celule gigante în acești ganglioni și cum la acea dată; celula giganta era specific tuberculoasă, conchid despre natura tuberculoasă a acesteia. *Lejars* în 1904, crede acelaș lucru dându-i numele de bubon strumos inguinal. Tot meritul revine însă lui *Nicolas, Favre* și *Durand*, cari în 1913, într'o comunicare făcută Soc. Medicale a spitalelor din Paris, apoi în lucrări successive separă din grupul adenitelor inguinale sub-acute și în urmă precizează caracterele speciale ale acestei maladii, stabilind leziunile anatomo-patologice și origina ei genitală și denumind-o limfogranulomatoza inguinală benignă subacută prin analogie cu caracterele istologice ale limfogranulomatozei maligne a lui *Paltauf* și *Sternberg* sau maladia lui *Hodgkin*. În urmă lucrările se înmulțesc, mai ales din 1925, când *Frey* arată posibilitatea preparării unui

antigen limfogranulomatos, producând prin injecții intradermice proba specificității boalei. Cu aceasta, domeniul maladiei Nicolas-Favre se lărgeste atașându-se pe lângă forma obicinuită cu predilecție inguinală, multe ulcere cronice ale vulvei, unele oedeme elefantiazice genito-anale, stenoze ano-rectale. S'au propus și alte numiri: Poradeno-limphită supurată benignă cu formă septicemică (*Ravaut*), ulcer venerian adenogen (*Bory*), a 4-a maladie venerică (*Nanta*).

BOALA SE CARACTERIZEAZA printr'o poartă de intrare genitală, de multe ori trecând neobservată și care este constituită dintr'o pierdere de substanță, după care, la un interval de timp, apare o adenită inguinală de alură subacută sau cronică ce merge spre supurație, apoi fistulizează prin mai multe orificii și se însoțește de prinderea ganglionilor iliaci respectivi.

Accidentul primar, apare pe organele genitale externe, după un răstimp variind între 10—15 zile dela un raport sexual. De mărime variabilă, el îmbracă aspecte diverse: o ușoară eroziune, o ulceratie, o papulă, ori o veziculă herpetiformă. Alteori, se desvoltă în uretră, dând naștere unei scurgeri sero-purulente. S'au observat cazuri când boala a succedat unei simple balanite. Într'un caz, *Nicolau* și *Banciu* găsesc fundul acestei neînsemnate pierderi de substanță, acoperit de un strat subțire pseudo-membranos gălbui-cenușiu.

Aceste mici leziuni nu prea sunt luate în seamă de bolnavi, cari, când se prezintă la examenul medical, leziunile sunt dispărute așa că sunt reperate numai prin anamneză. *Nicolau* și *Banciu* relatează un caz curios de ulcer cronic limfogranulomatos, datând de 8 luni.

Primii cari au făcut un studiu mai amănunțit al leziunilor anatomo-patologice a accidentului primar sunt *Favre* și *Bory*, la un scurt interval unul de altul. Aceștia au constatat o frapantă lipsă a polinuclearelor din infiltratul șancrului și chiar de dedesubtul pierderii de substanță epidermică, înlocuită de o imensă bogăție de celule plasmatic. În mijlocul acestui plasmom, se află situată în profunzime, o cavitate cu prelungiri neregulate, formând un adevărat micro-abces stelar, care are o structură identică cu a abceselor intraganglionare. În pereții săi se găsesc celule epiteloide polinucleare neutrofile, dar mai ales mari celule mononucleate acidofile de aspectul unor macrofage, în cari se găsesc numeroși corpusculi cromatofili, cari, întâlniți ceva mai târziu de *Gamma*, au fost luați drept agenții producători ai boalei.

La 3—20 zile dela data apariției porței de inoculare, în cazurile când aceasta se poate fixa, alteori, constituind primul simptom, bolnavul remarcă într'o parte sau într'alta a regiunii inguinale, câte odată în ambele părți, prezența unei formațiuni dure, alungite de obicei în sensul arcadei crurale, și adesea deasupra, jenând puțin mersul și mișcările forțate. La examen această adenită apare ca o tumoră dură, la început mică, regulată, apoi neregulată, adesea boselată din cauza coalescenței mai multor gan-

glioni, puțin dureroasă la palpație și mobilă pe planurile profunde. Pielea e de aspect normal. În fossa iliacă corespunzătoare se palpează un bloc enorm, dur, format de prinderea ganglionilor iliaci cari sunt legați pe sub arcada crurală prin treneuri fibroase dense. Această tumefacție a ganglionilor iliaci constituie simptomul cel mai constant; nu supurează niciodată și depășește de volum adenita inguinală. Se mai pot prinde și ganglionii cervicali, axilari, epitrocleeeni. După puțină vreme, mai toți ganglionii regiunii inguino-crurale sunt înglobați într'o masă de peri-adenită, formând un bloc de mărimea unui pod de palmă, păstrând mișcările libere pe planul subjacent și aderând la piele, care se roșește însă nu pe toată suprafața ci numai pe o porțiune mai mică, sub care se recunoaște prin palpație o fluctuență limitată, cupuliformă, cu margini indurate. La câteva zile, colecția se deschide spontan printr'un orificiu punctiform, prin care se scurge o substanță granuloasă, cleioasă, vâscoasă, care după 2—3 zile devine glerooasă, filantă, albă-gălbue virând spre verde sau ruginiu, pătând rufăria. La scurt interval apar alte colecții, ce se deschid la piele, dând uneori înfățișarea unei stropitori. Pielea de un aspect normal la început, ia colorație violacee caracteristică. Orificiile fistuloase întotdeauna multiple, așezate în pliurile regiunii inguinale sunt separate prin marginile lor îngroșate și niciodată nu se ulcerează. Abcesele multiple intraganglionare nu ocupă ganglionul în întregime. Ele sunt parcelare, nefiind singurele surse supurative. Abcese se pot forma și în procesul inflamator înconjurător (peri-adenite) și chiar în piele, dând mici abcese metastatice cu structură absolut identică celor intraganglionare.

S'au descris totuși forme anormale de supurație a adenitelor limfogranulomatoase în care supurația nu se face parcelar prin mici abcese stelare, centro-ganglionare exteriorizându-se la piele printr'un traect fistulos, ci printr'o colecție mare, unică, asemănătoare adenitei șancroase. (*Hellerström, Frei, Hoffmann, Ramel, Pautrier, Glasser, Lanzenberg*).

Ravaut și *R. Cachera* atrag atenția asupra oarecărei frecvențe ale acestor forme diagnosticate numai prin reacția *Frei*. *Gougerot* și *Réné Cohen* comunică un caz de adenită cu mare abces unic, cu puroi, de aspectul adenitelor banale și care abea în urmă a luat alura unei adenite de tip *Nicolas-Favre*. *Nicolau* și *Banciu* citează un caz la care, după un șancru de scurtă durată, apare o limfangită dorsală a penisului, ce se termina într'un bubonocel și însoțea o adenită limfogranulomatoasă. Diagnosticul s'a făcut prin reacția *Frei* și puterea antigenică a puroiului, cari sunt pozitive. Reacția *Ito*, negativă.

În ultimul timp, aceștia din urmă mai citează două cazuri rare de bubon limfogranulomatos însoțit de limfită supurată a penisului.

Fenomene generale însoțesc deobicei simptomle locale ale limfogranulomatozei inguinale benigne subacute. Astfel, oboseală, greutate, inapetență, dureri osoase, musculare, artralгии, sudori noc-

turne. Febra oscilează între 38—39°, uneori urcă chiar la 40°. Hiper-trofia ficatului și a splinei ar fi aproape constantă pe lângă unele modificări sanguine, ceea ce a făcut pe *Ravaut*, să susțină că e vorba nu de o infecție locală, ci de o boală cu caracter general (poroadeno-limfita supurată benignă cu formă septicemică). Pe lângă aceste simptome generale se mai adaugă uneori și unele manifestări cutanate, cari sunt rare și îmbracă forma unui eritem polimorf. Cazuri au fost citate de *Nicolas*, *Hellerström*, *Alice Koppel*, *Löhe*, *Blümmers*, *Kitchevatz*, *Gans*, *Schmidt-Labaume*, *Löwenstein*, *Kleeberg*. Acesta din urmă susține, că ar fi vorba în aceste cazuri, de un proces metastatic datorit produselor septice sau toxice.

EVOLUȚIA BOALEI este foarte lungă, persistând cu lunile cu o tenacitate exasperantă, oricare ar fi forma supurativă îmbrăcată de adenopatia limfogranulomatoasă. Puțin câte puțin ganglionii diminuează de volum și în aceeași măsură, sunt invadați de un țesut fibros de scleroză care transformă câteodată regiunea, într'o masă dură, neregulată, presărată cu noduli inflamatorii și orificii fistuloase. Cu timpul supurația se întărește, iar fistulele se închid. Boala poate reapare chiar când fistulele s'au închis; chiar și fenomenele generale asociate se pot redeștepta. *Ravaut* a insistat asupra evoluției în pousseuri. Vindecarea urmează în cele din urmă fie spontan, fie printr'un tratament apropiat.

Puroiul extras din abcese de limfogranulomatoză inguinală e puțin abundent, vâscos, cleios, gleros, filant, alb gălbui, câteodată cu irizații verzui sau ruginii, ca în unele abcese ale ficatului. Greu de aspirat cu pipeta, se întinde cu anevoință pe lamă. La examenul microscopic se constată în prima fază numeroase polinucleare și mononucleare mari, care apoi repede sunt înlocuite de mononucleare de tip divers și macrofage acidofile; eozinofile puține. Această citologie, deși interesantă, nu e patognomonică. Mediile de cultură pe care s'a însămânțat puroiul, rămân sterile, neconstatându-se prezența nici unui germen cunoscut. Ganglionul limfogranulomatos are însă o structură anatomo-patologică patognomonică. Macroscopic se constată un bloc fibros constituit din ganglioni și țesut celular periganglionar fuzionați într'o singură masă compusă din mici lojete, separate prin traveuri fibroase și care sunt pline cu resturi ganglionare și serozitate purulentă. În acest mod, ganglionii sunt scobiți de numeroase mici cavități: abcese intraganglionare miliare, stelare, lenticulare. La microscop se vede o infiltrație celulară care înlocuiește țesutul distrus și în care se remarcă ca tip dominant elementele mononucleare: celule limfoide, mononucleare mijlocii, celule conjunctive, mari celule acidofile și foarte puține polinucleare și eozinofile, contrariu ca în limfogranulomatoza malignă (Maladia lui Hodgkin). În unele celule se găsesc corpusculi cromatofili numeroși, despre care am pomenit mai sus în leziunile anatomo-patologice ale accidentului primar. Se întâlnesc deasemeni, gome și abcese miliare, grămezi de celule

epiteloide dispuse în palisade, înconjurate de plasmocite și celule gigante.

Sângele poate suferi; după unii autori, modificări în timpul limfogranulomatozei inguinale benigne. *Ravaut* și alții au găsit o ușoară hiperleucocitoză cu predominența mononuclearelor, iar numărul hematiilor normal. În ceea ce ne privește, noi am constatat o hiperglobulie în prima fază a boalei (7.496.000 hematii pe mlm. cub) iar cam la două luni interval, o hipoglobulie (3.950.000 hematii pe mlm. cub). Foarte mulți autori au semnalat la bolnavi cu adenopatii de tip *Nicolas-Favre*, reacțiuni humorale ale sifilisului, mai mult sau mai puțin intense, însă întotdeauna pasagere. *P. Ravaut* și *Rabau* au descris câteva cazuri când reacția *B. Wass.* era pozitivă la începutul boalei, dispărea după puțin timp și reapărea cu ocazia unui pousseu local, pentru a dispărea iarăși din nou. *Reiss* citează cazul unui bolnav care nu avea nici un semn de sifilis, afară de o reacție *B. Wass.* intens pozitivă și care s'a negativat spontan, odată cu vindecarea leziunii inguinale. *C. Levaditi*, *M. Pinard* și *Robert*, într'un caz cu rezultate serologice pozitive pun diagnosticul numai după determinarea la maimuță a unei meningo-encefalite acute prin inocularea intracerebrală de puroi din adenită.

Pe lângă formele normale simple obicinuite, există forme mixte, asociate, prin contaminarea unică în special șancro-limfogranulomatoase. Leziunile șancroase se ivesc cele dintâiu, iar la un interval de 2—6 săptămâni apar leziunile de poroadenită (*Ravaut* și *Didier-Hesse*; *Gaté* și *J. Charpy*; *H. Löhe* și *K. Blümmers*; *C. Levaditi*, *P. Ravaut* și *R. Cachera*; *P. Ravaut* și *R. Cachera*; *J. Gaté*, *P. J. Michél* și *H. Morel*; *J. Gaté*, *P. Cuilleret* și *G. Perret*.

Frecvența asociației șancro-limfogranulomatoase a făcut pe *Kitchewatz* să creadă că ar exista o natură comună între aceste două maladii. S'au admis și descris și alte asociații cu sifilisul, cu blenoragia, cu tuberculoza.

DIAGNOSTICUL LIMFOGRANULOMATOZEI inguinale benigne se pune cu ușurință, în cazurile tipice; În cazurile cu abces unic sau în formele asociate, este bine de a se aștepta și de a uza și de alte mijloace de investigație ca intradermo-reacția *Frei*, sau autoinoculare de puroi din ganglioni bolnavi, sau reacția *Dmelcos*, sero-reacția *B. Wass.*, căutarea gonococului și tuberculozei. *Pautrier* și *Fr. Wöringer* au comunicat cazul unui bolnav purtător al unei adenopatii inguinale pe care au diagnosticat-o la început limfogranulomatoză, mai ales că la timpul obicinuit, cobaiul inoculat nu manifesta nici un semn de tuberculoză. Ceeace face curiozitatea cazului, e că, cobaiul abia la 4½ luni a sucombat, iar la necropsie s'a găsit bacilul *Koch*.

ETIOLOGIE. Limfogranulomatoza inguinală benignă e răspândită pe toată suprafața globului și ar fi mai frecventă în țările calde, unde era cunoscută sub numele de bubon climatic. *Rost*, într'un memoriu apărut în 1912, arată cercetările sale asupra

bubonului climatic, făcute pe bordul vasului școală Freya, și conchide primul despre origina genitală a afecțiunii, cu toată lipsa oricărei infecțiuni vizibile pe organele genitale, aducând în sprijinul acestei teze o probă foarte eloquentă. Din echipajul vasului se bolnăveau numai cei ce aveau raporturi sexuale cu femeile din porturi, pe când cadetii, ce erau foarte îndeaproape supravegheați — deci supuși unei abstenențe forțate — rămăneau indemni. Dealtfel, chiar dela început, nu putea admite că bubonul climatic ar fi consecința unei infecțiuni banale, căci observase că plăgile membrelor inferioare erau mai rare ca pe cele superioare, totuși se prindeau mai ales ganglionii inguinali în loc de cei axilari. Un an mai târziu, *Müller* și *Gusti* aduc, în sprijinul acestei concepțiuni un fapt decisiv: descrierea accidentului primitiv, inoculator al bubonului climatic. În 1922, *Favre*, în remarcabila teză a lui *Phylactos*, ce tratează chestiunea aceasta într'un mod desăvârșit, susține: „limfogranulomatoza inguinală și bubonul climatic sunt una și aceeași maladie, care se observă în climatele temperate ca și la tropice”. Dealtfel, *Hellerström*, *Fischer* și *Frei*, au făcut probe încrucișate între limfogranulomatoză și bubonul climatic. Mai sunt totuși autori cari se îndoesc de indentitatea bubonului climatic cu limfogranulomatoză inguinală benignă admitând sau că sunt entități morbide datorite la agenți diferiți sau manifestări diverse ale aceluiaș agent.

FREQUENȚA la bărbatul adult în perioada sexuală; nu s'a găsit la copii și bătrâni. Foarte rară la femei. (*Nicolau* și *Banciu* pe 38 cazuri de limfogranulomatoză, au găsit numai două femei).

Se naște întrebarea, de ce totuși un bărbat se poate contamina dela o femeie care nu prezintă nici o adenopatie. Din analogia cu adenitele șancroase, care se observă într'o frecvență mult mai mare la bărbat ca la femei, se poate presupune o sensibilitate foarte mică a aparatului limfatic al femeiei, iar transmisiunea boalei ar face-o prin mici șancre „micro-șancre” limfogranulomatoase ale organelor genitale. *Jersild* explică raritatea la femei prin inoculare pe vagin și colul uterin, a căror limfatice merg la ganglionii pelvieni.

CONTAGIOSITATEA ȘI TRANSMISIBILITATEA boalei, a fost redată de *Nicolas*, *Favre*, *Moutot*, *Lebeuf*, în următoarea observație de altfel foarte probantă: trei militari au avut relațiuni cu o aceeași femeie în aceeași zi și toți trei au prezentat, câteva săptămâni mai târziu, adenopatii inguinale supurate și fistulizate. Cum unul dintre aceștia era căsătorit, transmite și soției sale, prin raporturi sexuale, aceeași adenopatie de tip *Nicolas-Favre*. Ca și celelalte boale venerice, limfogranulomatoza inguinală benignă poate fi inoculată și pe altă cale decât cea genitală. Astfel au fost observate cazuri la chirurghi, când s'a desvoltat în regiunea axilară, prin inoculare în deget în timpul operațiunilor de exereză a ganglionilor limfogranulomatoși. *Ravaut* se întreabă dacă și adenopatiile cervicale etichetate drept scrofuloze și având caracterele limfogranulomatozei inguinale n'ar avea ca poartă de in-

trare o leziune buco-faringiană. De remarcă că superinfecția nu este posibilă.

SPECIFICITATEA boalei este arătată în 1925 de către *Frei* prin intra-dermo-reacția ce poartă numele său. Sunt mai multe modalități de a prepara antigenii specifici. Cea mai uzitată e cea întrebuintată de *Frei*. Puroiul aspirat prin puncție aseptică sau cu pipeta, e diluat în proporție de 1/5 cu ser fiziologic și e încălzit la 60°, mai întâiu două ore, apoi o oră. Se recomandă să se evite amestecul cu sângele, ceace ar da un antigen slab. Se mai adaugă ca antiseptic soluție de acid fenic 0,5%.

Antigenul *Dind*. Extract tisular din ganglioni limfo-granulatoși pisați în ser fiziologic sau bulion.

Antigen glicerinat. Extract glicerinat de ganglioni limfo-granulatoși uscați întocmai ca măduva de epuri pentru prepararea vaccinului antirabic.

Serozitatea culeasă din bulele produse prin vezicatorii, după procedeul lui *Kleeberg*.

Lichid cefalo rachidian sau antigen provenind din creier de maimuțe inoculate intracerebral. (*Hellerström* și *Wassen*).

Technica e aceea a unei injecții intradermice obicinuite, care trebuie neapărat să formeze o papulă infiltrată, decolorată, ca cea rămasă în urma unei înțepături de țânțar. Rezultatul se citește după 48 ore și în cazuri pozitive, trebuie să dea la locul injecției, o papulă roșie, infiltrată, de 1 cm. diametru, înconjurată de un halo eritematos, care nu e obligator și dispare repede, pe când papula persistă mai multe zile.

Intensitatea reacției e în raport cu leziunea pielii ce acoperă adenita, sau cu fenomenele generale de care se însoțește limfo-granulomatoza (febră, artralgi, erupții cutanate: eritem polimorf). S'a remarcat o creștere a intensității reacției în tratamentul radioterapic.

Pentru *Nicolau* și *Banciu*, reacțiile pozitive în limfogramulomatoza inguinală ar da un procent de 100%. Unii autori (*Gaté* și *Charpy*; *Chevallier*) găsesc o reacție negativă la indivizi atinși de limfogramulomatoză inguinală. Reacția devine pozitivă între 10—15 zile dela apariția boalei, atingând maximum la 4—6 săptămâni. Nu orice puroiu dela orice limfogramulomatos, are aceeași putere antigenică, de aceea, e de recomandat să ne servim de mai mulți antigeni la un caz. Durata alergiei cutanate în limfogramulomatoză este foarte lungă. *Nicolau* și *Banciu* citează un caz la care s'a obținut o reacție retrospectivă intens pozitivă, după 20 ani dela boală (cazul unui confrate). Ce se întâmplă cu alergiă limfogramulomatoasă într'o inoculare simultană de sifilis și limfogramulomatoză sau în cazul unui vechi specific infectat cu maladia *Nicolas-Favre*? În timp ce prezintă accidente sifilitice cutanate sau mucoase, alergiă limfogramulomatoasă poate dispărea, pentru a reapărea după vindecarea accidentelor sifilitice în urma tratamentului. În cazul unei asociații șancro-limfogramulomatoase, alergiă limfogramulomatoasă variază față de cea șan-

croasă: poate exista împreună, poate înlocui sau să fie înlocuită de alergia șancroasă. În asociația cu blenoragia, este net pozitivă. S'au încercat reacții cu vaccinuri preparate cu puroi stafilococic, cu puroi dintr'o adenită bacilară, cu țesut dintr'un ganglion de limfogranulomatoză malignă (maladia lui Hodgkin), cu extract de ficat sifilitic, vaccin antișancros, vaccin anticolibacilar și toate reacțiile au fost negative.

S'a încercat și reacția la tuberculină — intra-dermo dar mai ales cuti-reacția — și rezultatele au fost constant pozitive.

Agentul patogen nu a fost încă descoperit. *Favre* ar fi cultivat pe mediul cu ou al lui Lübenau un baccil Gram pozitiv și un parazit vecin cu streptothrix sau oosporas. *Ravaut* a găsit la camera caldă un tip de amoeba coli. *Mailland* și *Bosonquet* descriu un spirochet. *Gamma* ia drept agenți producători ai boalei, corpusculii cromatofili din celulele macrofage găsite în leziunile de limfogranulomatoză. Virusul limfogranulomatos e foarte puțin rezistent în afara organismului. A fost conservat 22 zile, în nevraxul șoarecelui alb. Serumul dela bolnavi este capabil de a neutraliza în vitro virusul limfogranulomatos. Cultura, imposibilă „în vitro”, s'a obținut „în vivo”. *S. Hellerström* și *E. Wassen* au arătat că sucii ganglionar din ganglionii limfogranulomatoși, provoacă la *Macacus cynomolgus* o meningo-encefalită adesea mortală, transmisibilă în serie.

C. Levadit, *P. Ravaut*, *P. Lépine* și *M-lle Schoen*, au injectat puroi de adenite tip *Nicolas-Favre*, intracerebral la *Macacus cynomolgus* și *Macacus inuus*. Dintre aceste exemplare unele au murit, iar altele nu manifestau nimic, totuși, fiind sacrificate, au prezentat la autopsie alterații nevraxiale intense. Ei au constatat că emulsiile cerebrale își păstrează virulența prin congelare simplă și prin filtrare (*Chamberland L 3*) putând reproduce boala, însă, această virulență și-o pierde dacă le punem în glicerină pură.

Kleberg împreună cu *Alfred Cohn* determină la fel la *Macacus cynomolgus* o meningo-encefalită. Din aceasta, prepară o diluție pe care, după o sterilizare de două zile la 60°, o injectează intradermic la 5 bolnavi de limfogranulomatoză, cu rezultat net pozitiv, și la 5 indivizi sănătoși, cu rezultat net negativ. *C. Levaditi* și *A. Marie*, dintr'o emulsie de creier de maimuță, inoculată intracerebral, cu virus ce a suferit 12 treceri succesive, injectează intradermic pe fața internă a prepușului unui paralic general. După 35 zile apare o adenită inguinală bilaterală de tip *Nicolas-Favre*. *Hellerström* și *Wassen*, prin inoculare de sânge, au produs infecția între maimuțe. *P. Chevallier*, *Levy-Bruhl* și *R. Moricard*, realizează o encefalită la epure, inoculând intracerebral, puroi din poroadenită. Rezultatul de altfel, este criticat, știindu-se susceptibilitatea epurei de a face encefalită prin inocularea virusului herpetic, care se găsește în abundență pe organele genitale și care, din întâmplare, ar fi fost inoculat odată cu puroiul din adenită. Aceeași încercare în 1931, în clinica profesorului *Nicolau*, producând turburări meningo-encefalitice nemortale la doi epuri.

Emulsia de substanță cerebrală injectată la alți epuri, nu a dat nimic. S'a preparat și un vaccin, care injectat intradermic, la bolnavi cu reacția Frei pozitivă, a dat un rezultat negativ. *Freund* și *Reiss, Meyer, Rosenfeld* și *Anders* au transmis infecția la cobai și epuri.

Schmidt-Labume a cultivat ganglioni limfogranulomatoși extirpați steril, în același timp și ganglioni normali pentru control. El a găsit în culturile de ganglioni bolnavi, fibroblaste pline cu granulații mari și câteva celule rotunde. Nici un germene vizibil. În cei normali, fibroblaste fără granulații și celule rotunde. Autorul crede că aceste granulații ar fi o formă de degenerescență, ce s'ar produce prin influența virusului limfogranulomatos. S'a încercat reacția de fixare a complementului în limfogranulomatoza inguinală benignă, de *Frei, Musger, Kitchewatz, Schmidt-Labaume*, întrebându-se ca antigen puroiul din adenite. Rezultatele sunt inconstante.

* * *

Datorită mijlocului de investigație adus de *Frei* în 1925 — intradermo-reacția — s'a ajuns să se indentifice și să se înglobeze în cadrul maladiei *Nicolas-Favre*, pe lângă forme cu o adenopatie inguinală, un număr de boale ce până aci erau nelămurite, sau puse pe seama altor cauze. Astfel stenozele rectului, ulcerele cronice ale vulvei, oedemele elefantiazice ale organelor externe, unele abcese și fistule perianale, s'ar datori virusului limfogranulomatos. *Frei* și *A. Koppel* în 1928 emit teoria după care, așa zisul sifilom ano-rectal al lui *Fournier*, n'ar fi decât o localizare aberantă a limfogranulomatozei. Pe 16 cazuri au găsit intradermo reacția Frei pozitivă, *B. Wass.* inconstantă, bacilul *Ducrey* lipsă, intra-dermo-reacția cu *Dmelcos* negativă, iar tratamentul antisifilitic fără rezultat. *O. Jersild*, deja din 1920 emisese părerea, că sifilomul ano-rectal al lui *Fournier*, n'ar fi de origine sifilitică, ci numai un simplu elefantiazis, datorit stazei limfatice, prin obliterarea ganglionilor inguinali și rectali, dând drept cauză determinată o infecție șancroasă. În 1930 revine în ceea ce privește etiologia pseudo-sifilomului ano-rectal, punându-l pe seama maladiei *Nicolas-Favre*.

Aceeași origine admite pentru sindromul genito-ano-rectal (*Jersild*), și pentru estiomen (*Huguer*). *R. Bensaude* și *A. Lambling* pe 30 de bolnavi cu diverse stenoze rectale, fără nici un triaj prealabil, găsesc 24 reacții pozitive, 3 dubioase și numai 3 negative. S'a semnalat coexistența afecțiunii rectale cu o adenopatie inguinală supurată, de *Sénèque, Barthels* și *Biberstein*; *Nicolas, Favre, Massia* și *Lebeuf*; *Serrano*; *Frei* și *A. Koppel*; *Bensaude* și *Lambling*; *Nicolau* și *Banciu*. — *Gougerot* și *René Cohen* citează un caz cu o stenoză strânsă a rectului, pentru care i s'a făcut cu mai mulți ani înainte un anus iliac, la care reacția Frei a fost pozitivă. *Nicolas, Lebeuf* și *Charpy*, aduc două cazuri de stenoze rectale la care intradermo-reacția Frei s'a păstrat

negativă constituind astfel un nou argument în favoarea specificității reacțiunei Frei. *P. Ravaut, J. Sènèque* și *R. Cachera* găsesc reacția Frei pozitivă la o bolnavă atinsă de perimetrită și perisalpingită cu stenoză a rectului și fistule perianale. *Nicolau* și *Banciu* publică 5 cazuri de ulcere cronice ale vulvei, cu și fără elefantiazis. Injectând intradermic la bolnavi de limfogranulomatoză secreție recoltată la suprafața acestora, dă reacții specifice, ca antigenul Frei obicinuit. *Nicolas, M. Favre, G. Massia* și *F. Lebeuf*, arată asemănarea leziunilor microscopice de limfogranulomatoză cu acelea a unei biopsii dintr'o mariscă anală. *Ravaut, Levaditi, Lambling* și *Cachera* au inoculat dintr'o vegetație luată prin biopsie dela un bolnav cu ano-rectită ulcero-vegetantă, la un cobai, la care s'a dezvoltat o adenopatie bilaterală. Injectând din acești ganglioni, intracerebral la maimuță, au determinat o meningo-encefalită caracteristică, din leziunile căreia, au preparat un antigen, cu care au avut două rezultate pozitive la doi limfogranulomatoși și trei rezultate negative la trei martori sănătoși. Tentativele de a produce la maimuță, meningo-encefalita caracteristică, direct prin inoculare intra-cerebrală, fără trecere prin cobai, nu a dat rezultat. Cercetările sunt în curs, așa că viitorul ne poate rezerva alte noi surprize.

TRATAMENTUL limfogranulomatozei inguinale benigne nu este bine precizat și diferă dela un caz la altul, permițând să se obțină vindecarea, de cele mai multe ori, numai după o scurgere de timp relativ lungă, și se poate împărți în: *a)* Medical; *b)* Radioterapic, și *c)* Chirurgical.

În tratamentul medical se pot deosebi: *a)* Tratament general, și *b)* Tratament local.

Ca tratament general s'au recomandat: 1) Metode biologice-specifice, și 2) Nespecifice, și 3) Metode chimice.

1) Tratamentul prin metode biologice specifice a fost realizat cu rezultat apreciabil de către *Hellerström*, care a preparat un antigen limfogranulomatos la fel ca și pentru reacția Frei, însă în diluție de 1/8, injectându-l intravenos, în doze crescând de la 0,2—5 cmc. zilnic, apoi la două zile și care la început dă reacții termice intense, ce dispar treptat la celelalte injecții. *Hellerström* crede că ar fi vorba de un fenomen de desensibilizare. Dacă se întrerupe câteva zile tratamentul, bolnavul reacționează la fel de brutal ca la început. De notat, că alergia cutanată nu dispăre prin acest tratament. Cei sănătoși nu dau reacții termice cu aceste injecții. La tratamentul specific se poate adăuga încercările de autovaccinare, prin emulsie de ganglioni limfogranulomatoși extirpați (*Delbet, Beauvy* și *Ménégaux*). De asemenea s'au încercat reacțiile lui Frei în serie.

2) Tratamentul prin metode biologice nespecifice înregistrează și el câte-va încercări. *Ravaut* semnalează efectul vaccinului Dmelcos, injectat intravenos, care ar lucra bine numai în urma deschiderii — prin electro-coagulare — a adenitelor limfogranulomatoase, altfel, fără deschidere prealabilă, după cum

INFECȚIUNI, SEPTICEMII, GRIPE

LANTOL COUTURIEUX

PHODIUM CHOLOIDAL ELECTRIC

Foarte activ și stabil — Ne dureros — Direct injectabil

1—4 fiole pe zi

OPOTERAPIE ASOCIATA

PANGLANDINE COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

Formula cea mai complectă și mai bine
dozată în insuficiențele ENDOCRINE

2—6 capsule pe zi

DEPURATIV

LEVURINE EXTRACTIVE

COUTURIEUX

De 35 de ori mai activă ca drojdea de bere. Plăcut
și ușor de luat. — Depurativul cel mai puternic al

BOALELOR DE PIELE

Acnee, Furunculoza, Eczema, Supurații, Maladii infecțioase.

4—10 comprimate pe zi.

Laboratoarele COUTURIEUX 18, Avenue Hoche, PARIS

VIN BRAVAIS PARIS

Vin de Malaga original, Kola, Coca, Cacao,
Tannates de Caféine, Cocaine și Teobrom

Cel mai puternic tonic, nutritiv și stimulent în
infecțiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism,
chlorosa, debilitate și convalescență.

Literatură și eşantioane medicale J. E. BUCUR — București, 4
Strada MECET No. 8

Tratamentul specific al PALUDISMULUI cu

ARSIQUININE Lemaitre **Combi-nație QUINO - ARSENICALĂ**

Constituind după cele mai recente teorii patologice terapeutica cea mai rațională și cea mai eficace pentru profilaxia și tratamentul PALUDISMULUI, complicațiilor și consecințelor sale.

În pilule și în fiole pentru injecțiuni intramusculare.
BONETTI Frères, BELLINZONA (Suisse)

NEOPANCARPINE

Extrait total hydro-alcoolique étheré de Jaborandi
Combat la paralysie de la sensibilité respiratoire.

Traitement de l'ASTHME, des CORYZAS SPOSMODIQUES,
de la COQUELUCHE et des TOUX QUINTEUSES.

10 gouttes eu 1 granulé 3 à 4 fois
par jour, après les repas.

Laboratoire de PATHOLOGIE GENERALE 5 Rue François Ponsard PARIS

Literatură și eşantioane med. I. E. BUCUR — București 4, str. Mecet 8

Important pentru

Domnii MEDICI UROLOGI

SONDES și BOUGIES ale casei „CLIQUET“ Paris
găsiți în permanență la Depozitul J. E. BUCUR Str.
Mecet 8, cu prețuri și calitate ce nu suferă concurență

Sondes Cylindriques	a lei 35	Bougies Cylindriques	a lei 25
„ Olivaires	„ „ 37	„ Olivaires	„ „ 32
„ A béquille	„ „ 37	„ Filiiformes spi-	„ „ 39
„ bi-coudées	„ „ 41	„ rale, baionnette	„ „ 39
„ à instillations	„ „ 41		
„ Urétrales graduées	„ „ 145		
„ „ R.X.	„ „ 165		

Se fac și expedițiuni în provincie contra ramburs.

arată și *Nicolas, Gaté* și *Charpy*, Dmelcos-ul n'ar avea nici o acțiune. *Kleeberg* recomandă cu multă căldură, tratamentul intracutanat cu tuberculină în doze de 0,25—8,6 miligrame, injecțiile fiind făcute numai după dispariția reacției locale și întotdeauna în zona vechiului focar, profitând de alergia locală. Rezultatul a fost obținut pe 60 cazuri tratate.

3) Tratamentul prin metode chimice înnumără mai multe medicamente. *Jersild* a preconizat iodurul de potasiu; *M. Petges*, sulfatul de cupru; *Carnot* și *Froment* în 1924, sulfatul de cupru amoniacal 4% în ser fiziologic, intravenos în serii de 20—25; *Almquist, Lépinay*, sărurile de aur; *Dufour* și *Ferrier*, tinctura de iod, XL—LXXX picături zilnic. *Ravaut* insistă asupra tratamentului iodat pe care-l preconizează încă din 1924, sub formă de Lugol, fie per os, în doze zilnice de 40—100 cmc., fie pe cale intravenoasă, printr'o metodă proprie, adăogând extemporaneu, soluției de Lugol, care este sclerozantă pentru vene, o soluție de 20% hiposulfid de sodiu, până la decolorarea completă a Lugolului. Astfel, atinge fără inconvenient doze de 15—20 cmc. de injecție. La acest tratament iodat, *Ravaut* asociază clorhidratul de emetină în injecții subcutanate zilnice în doze de 6—8 ctgr. până la doza globală de 1 gr. emetină, sau în injecții intravenoase în doze de 4—10 ctgr. zilnic ori la două zile. Asociația tratamentului iodat cu emetina se poate face prin alternanța acestora la una sau la opt zile. *F. Destefano* și *R. F. Vaccarezza* în 1923, recomandă tratamentul cu antimoniu, (tartrat dublu de antimoniu și de potasiu în soluție de 1% intravenos în doză de 10 cmc. la 2 zile în serii de 12 la 15 injecții) obținând rezultate frumoase, mai ales în limfogranelomatozele de alură acută, foarte inflamatorii și numai la începutul lor.

Mamon, în tratamentul cu Stybiel remarcă accidente de intoleranță, consistând în accese de tuse spasmodică cu crize de sufocație imediat după injecție, în frisoane, temperatură ridicată, vomismente dela $\frac{1}{2}$ la 4 ore după injecție și în fine accidente rumatoide (dureri poliarticulare).

b) Tratamentul medical local poate da uneori rezultate frumoase. *Spilmann*, *Drouet*, *Milian*, *Bory*, practică injecții intraganglionare cu ulei xilolat iodoformat la care asociază injecții intravenoase de emetină. S'au mai încercat puncții evacuatoare simple, sau urmate de injecții cu tinctură de iod. *Levaditi* a constatat că formolul în soluție de 1/1000 distruge virusul limfogranelomatos, așa că s'ar putea întrebuința.

Ravaut sfătuiește deschiderea abceselor intraganglionare prin electrocuagulare, apoi, pentru a grăbi vindecarea, ședințe de radioterapie care au un efect decisiv prin această intervenție preparatorie, ca și în primele faze ale boalei. *M. Pinard* și *P. Robert*, plecând dela lucrările lui *C. Levaditi*, *P. Ravaut*, *P. Lépine* și *M-lle Schoen* care au observat că emulsiile cerebrale de meningo-encefalită provocate prin inocularea intracerebrală la maimuță, în contact cu glicerina pură, își pierd rapid activitatea patologică și cu-

rioiși dacă glicerina sterilizantă în vitro, a acestor emulsii, își păstrează efectele în vivo, au imaginat un tratament prin injecții intraganglionare de glicerină pură, sterilizată, a cărei tehnică este următoarea:

Se deschid bubonii și se evacuează cavitatea cu cureta de fonguozitățile conținute, evitând o deschidere prea largă care ar fi o cauză de întârziere în vindecare. Prin deschidere se injectează zilnic câte 2 cmc. de glicerină pură sterilizată cu siringa. Când se închide plaga se injectează în plină masă ganglionară cu un ac gros.

B) Tratamentul radioterapic susținut cu entuziasm de *Nicolas* și *Favre*, recomandat de *Laignel-Lavastine* și *Coullaud*, a fost pus la punct în ultimul timp de *Belot* și *Nahan*, cari sfătuiesc o iradiație penetrantă și întrecând limitele zonei bolnave.

C) Tratamentul chirurgical constă în extirparea ganglionilor inguinali afectați, înainte de fistulizare. Acest tratament a fost încredințat că ar lăsa cicatrice fibroase retractile, ce ar da naștere la compresii pe vase și nervi, cu urmarea mai mult sau mai puțin îndepărtată a elefantiazisului membrului inferior subiacent respectiv.

Danel, citează un caz vindecat definitiv prin simpla extirpare în scop bioscopic a unei mici masse ganglionare.

Redăm parte din observațiile noastre:

OBSERV. I. — Bolnavul Marin L., de ani 21, de profesie elev, este internat în serviciu pe ziua de 11 Martie 1932, pentru jenă în mers.

Antecedente heredo-colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă până în prezent. Nu a suferit de nici o afecțiune venerică.

Istoric. Bolnavul afirmă că pentru prima dată, acum vre-o 8 zile, în mod cu totul întâmplător, a remarcat apariția în regiunea inguinală dreaptă imediat sub piele, a unei formațiuni dure, de mărimea unei alune, nedureroasă la presiune, rulând sub deget și neaderentă de planurile profunde. La 5—6 zile după această constatare, bolnavul simte că mersul devine jenant din cauza durerilor locale, pe care acesta le provoacă și care accentuându-se, se vede nevoit a se prezenta la consultațiile acestui serviciu, unde este internat.

Starea prezentă. Bolnavul, de constituție medie, febril, (oscilând dimineața împrejurul lui 36,8° și seara între 38,30—39,20), acuză dureri de cap și dureri musculare generalizate, asociate cu o stare de astenie accentuată. Apetitul sensibil diminuat. Scaunele și urinile normale. La examenul general visceral, nu se constată nimic important. Examenul regiunii afectate arată la inspecție o foarte ușoară proeminență în regiunea inguinală dreaptă. La palpație se constată cam la mijlocul acestei regiuni, o formațiune fuziformă de mărimea unei prune mici, așezată paralel pliului inguinal, de consistență dură, cu suprafața neregulată, mamelonată, ca și când ar fi formată din mai multe porțiuni alipite, dureroasă numai la presiune accentuată, foarte puțin mobilă pe planurile profunde.

Durerile ce le acuză în mers dispar cu totul în repaus culcat. Pielea,

de aspect normal, nu aderă tumorei. *Ganglionii iliaci, prinși într'o masă dură, enormă, de mărimea aproape a unui ou de găscă.* Ganglionii inguinali, de partea stângă normali. Nu se constată nici o leziune pe organele genitale, perineu, anus, nici pe membrul inferior respectiv. Bolnavul susține că de o lună și jumătate nu a avut nici un raport sexual și nici nu a observat vre-o leziune suspectă pe organele de mai sus.

Bolnavul este așezat la pat, instituindu-se un tratament general cu soluție Lugol, în doză de 4 linguri pe zi, autohemoterapie, (6 injecții a 10 cmc. sânge) și Priesnitz local.

Examenul sângelui, practicat la câteva zile interval, (de către D-l Dr. Al. Savopol, pentru care îi mulțumim) arată:

Reacția serologică pentru sifilis, executată după mai multe metode, dă un rezultat pozitiv. $\pm \pm$

Formula hemo-leucocitară:	Leucocite 5.925 pe mlm. cub.
7.496.000 hematii pe mlm. cub.	Polinucleare neutrofile 65,20%
Hemoglobina 80% (Tallquist).	Polinucleare eozinofile 3,60%.
Valoarea globulară 0,48.	Mononucleare mici 26,20%.
Timpul de coagulare normal.	Mononucleare mari 20%.
Rezistența globulară 4,40% (NaCl).	Forme de tranziție 30%.

Examenul radioscopic pulmonar, nu arată nimic deosebit.

Repetând examenul sângelui pentru sifilis, la o săptămână interval, constatăm un rezultat negativ, care se menține de aci înainte, la fiecare control săptămânal. După o trecere de 32 zile, fenomenele generale se amendează, local însă, tumora ganglionară crește treptat, și ne dă impresia unei mici fluctuențe, cu toată atingerea neînsemnată a tegumentului acoperitor. Constatând că până în prezent, tratamentul aplicat nu a împiedicat întru nimic evoluția boalei, hotărâm să practicăm metoda preconizată de curând de către M. Pinard și P. Robert (Annalles des maladies vénériennes No. 1 Janv. 1932), cu mici modificări. După o prealabilă asepsie locală (soluție slabă iod, apoi, alcool, eter) și anestezie de Kelen (pulverizație) puncționăm centrul de maximă fluctuență cu ajutorul unui trocar, adaptat la o seringă, prin care extragem o cantitate de cca 5 cmc. de un puroi gros, cleios, cremos. Din acest puroi, însemnăm în mod aseptice, pe bulion, geloză simplă și mediul lui Sabouraud și întindem în frotiuri pe câte-va lame. În locul puroiului extras, injectăm o cantitate de 2 cmc. glicerină pură, sterilizată. Obțurăm orificiul puncției cu o picătură de colodiu. Această manoperă se repetă zilnic, schimbând întotdeauna locul puncției, iar la câte-va zile, începem să injectăm o cantitate de aproape 1 cmc. glicerină în plină masă ganglionară.

Constatările noastre, după o trecere de 17 zile sunt dintre cele mai frumoase. Volumul grupului ganglionar inguinal afectat este redus la mărimea unei alune mari, iar puroiul, înlocuit printr'o mică cantitate de serozitate gălbuc, filantă. Ganglionii iliaci sensibil diminuați. Jena din regiunea inguinală este complet dispărută. Notăm că mediile însămănțate au rămas sterile, iar pe froticuri nu s'a constatat nici un microb.

Din cauza sărbătorilor Paștelui; bolnavul „à tout prix” părăsește spitalul.

Revine pe ziua de 8 Mai. Pielea, integră la eliberarea din serviciu,

prezintă acum două mici orificii punctiforme, prin care, la apăsare se prelinge o picătură de serozitate gălbue, filantă. Ganglionii inguinali și iliaci nu sunt mai mari ca la plecare. Practicând un nou examen al sângelui, găsim:

Formula hemo-leucocitară:

3,950.000 hematii pe mlm. cub.

Hemoglobină 80% (Tallquist).

Valoarea globulară 0,91.

Timpul de coagulare normal.

Leucocite 9,200 pe mlm. cub.

Polinucleare neutrofile 58%.

Polinucleare euzinofile 10%.

Mononucleare mici 33%.

Mononucleare mari 6%.

Forme de tranziție 2%.

Bolnavul refuzând internarea, reluăm tratamentul ambulator. Printr'unul din orificiile fistuloase, abordăm masa ganglionară injectând cam 1 cmc. glicerină pură sterilizată.

Intre timp, ne sosește reactivul Frei (procurat prin amabilitatea D-lui Dr. F. Sărățeanu, căruia îi aducem viile noastre mulțumiri). După tehnica obișnuită, practicăm o injecție intradermică pe fața externă a brațului drept, de 0,02 ctgr. antigen, iar pe brațul stâng, o aceeași cantitate de ser fiziologic pentru control. După 48 ore, pe brațul drept, la locul injecției, observăm o papulă infiltrată, proeminentă, de colorație roșu aprins, cam de 1 cm. și jumătate în diametru, înconjurată de jur împrejur de un halo rozat, de mărimea unei monede de doi lei. Pe brațul stâng nu s'a desvoltat nimic. Aceleași caractere, la brațul drept se mențin cu aceeași intensitate, încă două zile, apoi se atenuează treptat, câte foarte puțin. La 6 zile interval, practicăm o a doua intradermo-reacție, însă pe brațul stâng, cu antigen procurat de la Institutul Cantacuzino, și constatăm a treia zi, o aceeași reacțiune intensă, ca mai sus, remarcând în același timp o ușoară intensificare a fenomenelor reacționale de pe brațul drept. Locul injecțiilor se menține încă după o scurgere de două săptămâni. Continuând tratamentul cu glicerină, cu timpul un orificiu se închide. Păstrăm pe celălalt pentru continuarea injecțiilor intraganglionare. Ganglionii inguinali reduși la mărimea unei alune, nu mai permit injectarea de cât a unei cantități de câteva zecimi de cmc. Ganglionii iliaci retrocedează mai încet. Spre sfârșitul lui Iunie bolnavul este complet vindecat. În tot timpul tratamentului local prin injecții cu glicerină, nu s'a mai asociat nimic altceva.

OBSERV. II. — Bolnava Floarea B... de ani 30, de profesie servitoare, este internată în serviciul nostru pe ziua de 9 Aprilie 1932, pentru un proces supurativ fistulizat, în ambele regiuni inguinale.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Menstruată la 15 ani, în mod regulat; căsătorită la 16, a avut trei nașteri la termen. Copiii morți toți, în vârstă variind între 1—3 ani, de boale infecto-contagioase (rugeolă, scarlatină?). A suferit în copilărie de rugeolă și pustulă malignă.

Istoric. Bolnava susține că acum o lună, a observat în ambele regiuni inguinale, apariția câte unei formațiuni dure, nodulare, boselate, nedureroase,

care după o trecere de trei săptămâni, devin fluctuente și se deschid spontan, la interval de câteva zile una de alta, printr'un mic orificiu, scurgându-se un conținut seros, gălbui, cleios, fără nici o reacție inflamatorie locală. Fenomenele locale au fost însoțite de reacții generale ca: oscilații termice, lasitudine și apariția pe față, gât și extremitățile membrelor, a unei erupțiuni de tipul eritemului polimorf.

Văzând că procesul supurativ se eternizează și sub presiunea stăpânilor cari bănuiesc o afecțiune venerică contagioasă, se prezintă la consultațiile acestui serviciu, unde este internată.

Starea prezentă. Bolnava, de constituție submedie, sub febrilă, (37—38,2) apetitul conservat, ușor constipată; urinale normale. La examenul general visceral, nu se constată nimic deosebit. În ambele regiuni inguinale prezintă: o colorație a pielii, violacee, iar pe pliul inguinal, cam la unirea treimeii interne cu treimea medie a arcadei crurale, prezintă pe dreapta, două, iar pe stânga un singur orificiu fistulos, de calibru aproape punciiform, prin cari se scurge o serozitate gălbuc, filantă, pielea făcând ca o cută deasupra orificiilor fistuloase. La palpație se constată în regiunea inguinală dreaptă, un bloc tumoral de mărimea unei prune mari, în cea stângă, ceva mai mic, de consistență dură, mamelonat, ușor dureros la palpație, fixat pe planurile subjacente. Nimic genital și anal. *Ganglionii iliaci, de ambele părți, voluminoși, de mărimea unui ou de rață, duri, nedureroși.* Examenul sângelui pentru sifilis arată un rezultat negativ, repetat. Frei ++. Se institue un tratament local, prin injecții cu glicerină pură, sterilizată. După o dezinfecție locală și sub anestezie generală (Kellenizare) se largesc orificiile fistuloase, se curetează cloaca formată sub piele, și în plină masă ganglionară, de un conținut funguos și se introduce o cantitate de câțiva cmc. glicerină pură, sterilizată. Începând de a doua zi, prin orificiile fistuloase, injectăm glicerină chiar în blocul ganglionar. În urma acestui tratament practicat zilnic, se constată după o trecere de două săptămâni, dată la care bolnava părăsește serviciul, nevoind să mai rămână sub nici un motiv, o ameliorare foarte însemnată. Orificiile fistuloase aproape închise, volumul ganglionilor inguinali, redus la mărimea unui ou de porumbel, iar ganglionii iliaci mult reduși.

Am regretat întreruperea acestui tratament, ce părea să devină foarte fructuos.

După cum am spus mai sus, cadrul maladiei Nicolas-Favre s'a lărgit simțitor, aducându-se în ultimii ani contribuțiuni însemnate. Sub această influență am întreprins și în serviciul nostru cercetări în acest sens, practicând intradermo-reacția Frei, pe mai multe cazuri cu afecțiuni diferite, Redăm, în cele ce urmează fără nici un comentariu, rezultatul cercetărilor noastre, rezervându-ne onoarea de a reveni.

OBSERV. III. — Catalina T... de ani 55, de profesie casnică, prezintă la examen pe ambele labii mari, pe fața lor internă câte o pierdere de substanță de mărimea unei monede de 2 lei cea de pe dreapta, de un leu cea de pe stânga, cu contur aproape circular cu margini lipite, cu fundul foarte puțin adâncit, acoperit de o substanță sero-purulentă, galben murdară, ce exală un miros pătrunzător, neplăcut. După îndepărtarea acesteia

fundul ulcerățiilor rămâne roșu-congestiv fin granulat. Marile labii mult infiltrate de un oedem semi-dur. Labiile mici normale. Ganglionii inguinali de ambele părți măriți, duri, aflegmazici, nedureroși, rulează sub deget, cu tegumentul acoperitor normal. Ganglionii iliaci normali, cei epitrocleeni mici, se pot palpa. Mucoasa buco-faringee normală. Examenul general visceral nu arată nimic important. Aceste ulcerății vulvare ar data după afirmațiile bolnavei de 2 luni. Neagă orice altă afecție genitală. Analiza sângelui pentru B. Wass. arată un rezultat pozitiv $++$. Se administrează dela început un tratament arseno-mercurial (neosalvarsan în doze mici repetate total 3,75 gr.), înlocuindu-se apoi mercurul prin bismut (Bismjochin Pamfil 10 fiole). Local se pudrează cu xeroform. În urma acestui tratament aspectul nu este prea mult schimbat după o trecere de peste 2 luni. La această dată se practică o intradermoreacție Frei iar la 6 zile o alta cu antigen diferit. Ambele reacții intens pozitive $++++$. Repetăm la alte 45 zile reacția Frei și obținem un rezultat la fel de intens pozitiv $++++$.

OBSERV. IV. — Aneta R.. de ani 21, de profesie prostituată, prezintă la examen pe furchetă o ulcerăție de mărimea unui bob de porumb, iar pe peretele vaginal, cam la un lat de deget deasupra pe partea posterioară în sensul lungimei, o altă ulcerăție alungită de forma și dimensiunile unei alune „americane”. Conturul neregulat, marginile desfăcute, fundul scobit acoperit de o substanță galben verzue, cu baza moale la pipăit. Ganglionii inguinali bilaterali, ușor măriți, duri, rulează sub deget. B. Wass. în sânge pozitiv $++$. Intradermo-reacția cu antigen Frei pozitivă $++$.

OBSERV. V. — Ana V... de ani 20, de profesie servitoare, prezintă la examen împrejurul orificiului anal 4 mari condiloame, ulcerate pe fața lor internă. Prin cutele mucoasei anale se prelinge o secreție galben-verzue. Tușeul rectal foarte dureros. Contractură ano-rectală. Acuză dureri în defecație; uneori la sfârșitul acesteia câteva picături de sânge. În secreție se constată prezența gonococului. Această afecțiune datează de peste un an cu perioade de acalmie. Sistemul limfatic normal. Reacția Frei pozitivă $++$.

OBSERV. VI. — Aurica C... de ani 38, de profesie prostituată, prezintă la examen în regiunea perianală 3 mici orificii fistuloase prin care se scurge o secreție seroasă galben-verzue, filantă. Fessa stângă în apropierea anusului tumefiată de dimensiunile și forma unui pod de palmă mic, ușor rozată, și în mijlocul căreia se află un alt orificiu fistulos. Toate traectele fistuloase nu merg spre rect, oprindu-se la o distanță de 1—2 cm. Defecația nu este stânjenită. Ganglionii limfatici normali. Intradermo-reacția Frei pozitivă $++$.

OBSERV. VII. — Maria C... de ani 17, de profesie prostituată, prezintă o secreție vulvo-vaginală și uretrală abundentă, gonococică. Bolnava este o veche specifică. A avut în trecut o ulcerăție vulvară ce a durat mai multă vreme(?), în prezent nimic altceva. Reacția Frei arată un rezultat pozitiv $++$.

OBSERV. VIII. — Ioana U... de ani 40, de profesie muncitoare cu ziua, prezintă la examen o tumefacție enormă a labiei drepte care este infiltrată de un oedem renitent. Mai prezintă pe furchetă o ulcerăție profundă în care s'ar putea plasa foarte bine o cireașe mare. Fundul murdar acoperit

de un strat galben-verzui aderent. Marginile neregulate desfăcute. Totul datează după spusele bolnavei de 6 luni. Ganglionii normali. Mai prezintă o scurgere ano-rectală sero-purulentă, puțin abondentă, în care se constată prezența gonococului. Reacția B. Wass. pozitivă $++$. Intradermo-reacția Frei dă un rezultat pozitiv cu $+++$.

OBSERV. IX. — Ioana T... de ani 34, de profesie prostituată, revine în serviciu pentru redeschiderea unei ulcerări pe labia mare dreaptă — fața internă — de mărimea unui bob de porumb, cu caracterele unei ulcerări cronice. A mai fost internată în acest serviciu timp de peste 5 luni, după care a eșit vindecată, prezentând pe labiile mare și mică stângi, multiple ulcerări cu aspect și evoluție torpidă, fără prea multă secreție, cu un caracter special, în tuneluri numeroase, brăzdând regiunea afectată și împrumutându-i aspectul unui burete. Ganglionii normali. Bolnava este o veche specifică. Intradermo-reacția Frei pozitivă $+++$.

OBSERV. X. — Maria A... de ani 19, de profesie muncitoare cu ziua, prezintă de 2 săptămâni pe marile și micile labii pe perineu și împrejurul anusului multiple ulcerări de dimensiuni diferite variind între un bob de linte și o monedă de un leu cu fundul murdar neregulat cu margine deslipite, sdrențuite, cu baza cam infiltrată. Ganglionii inguinali, de ambele părți măriți, duri, separați, puțin dureroși la presiune. Ganglionii iliaci de partea dreaptă sensibili măriți. Reacția B. Wass. în sânge negativă. Mai prezintă o scurgere uretrală moderată în care se constată gonococul. Intradermo-reacția Frei pozitivă $++$.

OBSERV. XI. — Emilia H... casnică, 64 ani. Lupus tuberculos al feței dorsale ale mâinilor. Intradermo-reacția Frei pozitivă $++$.

OBSERV. XII. — Maria A... servitoare. Ulcere cronice ale vulvei. Veche specifică. Frei pozitiv $++$.

OBSERV. XIII. — Elena P... de ani 27, casnică, cu rectită gonococică (gonococ $+$) datând de 2 ani. În prezent o stare de cachexie cu dureri mari în tot abdomenul, scurgere anală sero-purulentă, sanguinolentă, scaune diareiforme cu tenesme. Intradermo-reacția Frei arată un rezultat dubios.

OBSERV. XIV. — Terașca G... servitoare. Sifilis II (sifilide vulvare erozive). Frei negativ.

OBSERV. XV. — Lenuța P... prostituată. Sifilis II (sifilide bucale și vulvare, impregnație ganglionară). Frei negativ.

OBSERV. XVI. — Ioana D... casnică, Sifilis II (sifilide vulvare erozive) Frei negativ.

OBSERV. XVII. — Ana D... casnică. Ulcer simplu vulvar; veche specifică. Frei negativ.

OBSERV. XVIII. — Maria B... servitoare. Ulcere simple vulvare. Uretrită gonococică. Frei negativ.

OBSERV. XIX. — Maria C... servitoare. Ulcere cronice ale vulvei a fost tratată în spital 8 luni). Veche specifică. Frei negativ.

OBSERV. XX. — Ion G... Ulcere simple prepuțiale în coroană Adenită inguinală stângă supurată. Frei negativ.

OBSERV. XXI. — Elisabeta R... casnică, cu adenite cervicale bilaterale fistulizate. Frei negativ.

(Memoriul II va apare în numărul viitor).

Antiseptique Urinaire & Biliaire

URISANINE

Associé à des extraits végétaux
diurétiques et balsamiques

FORMULE:

Benzoate d'Hexaméthylène
tétramine 15 grs.
Extrait fl. de stigmates de
maïs 5 grs.
Hidrolat de Buchu
Excipient Balsamique q.s. 100

Le Benzoate d'Hexaméthylène-tétramine, principe actif de l'*Urisanine*, est un antiseptique urinaire puissant qui se dédouble en aldéhyde formique et acide benzoïque qui contribue à conserver l'acidité urinaire.

Facilement absorbée du fait de sa présentation sous forme liquide, l'*Urisanine* est toujours bien tolérée grâce à la nature de son excipient formé de plantes balsamiques.

Diurétique grâce à l'extrait de stigmates de maïs, l'*Urisanine* est un bon dissolvant de l'acide urique et des phosphates.

CYSTITES, PYELONEPHRITES, DIATHESE
urique et phosphaturique, Maladies infectieuses (typhoïde, scarlatine)

1—4 cuillerées à café par jour, dans ½ verre d'eau.

CITROSODINE Longuet

Citrate de Soude 0,25 par comprimé

PNEUMONIES, AFECTIONS VASCULAIRES (Thromboses, Phlébites, Artérites oblitérantes, Etats congestifs et pléthoriques), DYSPEPSIES, HYPERCHLORHYDRIE, VOMISSEMENTS DES NOURISSONS.

Laboratoires LONGUET 34, Rue Sedaine PARIS (11)

THERAPEUTIQUE

CARDIO-RENALE

THEOBROMOSE DUMESNIL

Théobrominate de Lithium chimiquement pur

THEOBROMINE SOLUBLE

Cinq fois plus active que la THEOBROMINE

Comprimés 2 à 8 par jour (Deux avant chaque repas) les avaler avec un peu d'eau sucrée.

Gouttes, à fin d'en faciliter l'emploi, une cuiller-mesure contient soixante gouttes est jointe à chaque flacon et dispense ainsi d'une manipulation fastidieuse.

Laboratoires E. DUMESNIL Rue du Plâtre PARIS (14)

Literatură și eşantioane medicale

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Str. Mecet No. 8

EVOLUȚIA OCHELARILOR

de

Docent Dr NICOLAE BLATT

Istoria ochelarilor aparține acelor puncte din istoria medicinei, unde nu putem concretiza încă multe și unde avem de luptat încă cu multe ipoteze, spre a putea găsi adevărul.

Primele exemplare de ochelari, cari în forma lor se asemănau cu cele pe cari le utilizăm acum, datează din sec. al 14-lea. Dacă au existat încă înaintea acestei date ochelari, ce formă au avut aceștia și cine era inventatorul lor, asupra acestei chestiuni nu suntem încă complect edificați, nici până în ziua de azi. În această privință suntem nevoiți de a examina portretele diverselor secole, cari ne prezintă tablouri a diverse personalități, purtând ochelari de diferite forme. Dar și aceasta nu o putem constata decât dela anul 1352, din cauză că nu posedăm tablouri similare de o dată mai veche. Critica noastră asupra acestor tablouri trebuie să fie însă cât se poate de severă, căci este știut, că pictorii nu erau în această privință destul de scrupuloși și anacronisme ne arată de ex. tablourile, cari ne reprezintă pe Moise din biblie sau pe Sf. Hironim purtând ochelari.

Se afirmă, că primii ochelari au fost născociți de un călugăr franciscan din Oxford, *Roger Bacon* în sec. 13-lea și că până la acea dată nu se știa nimic despre ochelari și despre întrebuințarea lor. Admițând că Roger Bacon ar fi inventatorul ochelarilor, că forma și întrebuințarea lor — adică purtarea lor pe nas — ar fi identică cu cea a ochelarilor din timpurile noastre, este totuși bine stabilit, că întrebuințarea de lentile era cunoscută încă de romani și că și Roger Bacon a împrumutat ideea sa dela un medic egiptean, după cum vom vedea îndată.

Marele merit al lui Roger Bacon constă în faptul că și-a expus ideea sa în scris, iar, pe de altă parte a propagat purtarea ochelarilor în mănăstiri, cari pe vremea aceea reprezentau lăcașurile științei.

Romanii trebuie să fi cunoscut întrebuințarea lentilelor de mărit. Găsim în scrierile lui Seneca descrieri, că o sticlă rotundă, umplută cu apă, mărește obiectele, uitând-tu prin ea. Nu este de

conceput, că nu s'ar fi folosit în mod practic, la cetit, de această observațiune. Cicero și Corneliu Nepos descriu că la bătrânețe, puterea vizuală descrește. Deci concepția presbiopiei era cunoscută deja atunci. Scrierile romane ale acelor timpuri menționează faptul, că patricienii mai în vârstă se serveau de sclavi, cari aveau în-sărcinarea de a le ceti. Mulți istorici își explică aceasta din cauza lipsei de mijloace auxiliare optice, de oarece nu se cunoșteau atunci lentile de mărit. Opusă acestei ipoteze este aceea, pe care o găsim în scrierile romane, că se întrebuițau cu predilecție pentru cetit sclavi bătrâni și cu experiență. Dacă nu s'ar fi folosit acești sclavi bătrâni de mijloace auxiliare optice, n'ar fi fost nici ei, la rândul lor, în stare de a ceti. Ca probă că romanii nu cunoșteau efectul de mărit al lentilelor, se citează faptul, că împăratul Nero obicinuia să se servească de un smaragd verde, când privea din loja sa în arenă. Se afirmă că Nero s'ar fi servit de această piatră numai împotriva razelor solare, din cauză că nu putea fi miop, judecând după formațiunea capului său, care era gros și patrat. Nu este nevoe să atrag atențiunea asupra faptului că această afirmațiune ar fi tocmai verosimilă, căci s'ar putea foarte bine ca Nero să fi fost hypermetrop, ceeace ar corespunde cu formațiunea capului său; căci și hypermetropul nu poate vedea bine la distanță și trebuie să se folosească de lentile convexe. Și dece anume se servea Nero de smaragd numai în timpul când privea în arenă, dacă nu spre a vedea mai bine? Prin faptul că s'au găsit cu ocazia săpăturilor obiecte de sticlă sau cvart, șlefuite în formă de lentile șlefuite pe o parte plan, iar pe alta convex, asemănându-se cu lentilele moderne menisci din timpurile noastre, deducem că romanii cunoșteau efectul de mărit al acestor lentile. Presupunerea că romanii s'ar fi servit de aceste lentile drept giuvaeruri nu poate fi justă. De aceeași formă ca lentilele romane erau și primele lentile ale lui Roger Bacon, după cum reese din însemnările sale.

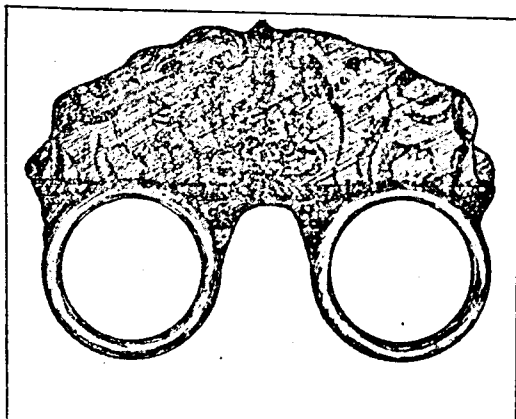
Dacă ochelarii erau cunoscuți deja de vechii indieni sau chinezi, nu se poate răspunde cu un da sau ba precis. Cultura foarte veche de dezvoltată a acestor popoare lasă să se presupună, că și ele cunoșteau, independent de romani, întrebuițarea lentilelor de mărit.

La întrebarea, dacă chinezii cunoșteau întrebuițarea de ochelari sau nu, ne-ar putea lămuri poate obiectele mitologice din piatră sau bronz, cari se află în templele buddiste. În această direcție ar trebui cercetate acestea cu deamănuntul. Am avut ocazia, în ceeace privește această chestiune, de a sta de vorbă cu un inginer, înzestrat cu o cultură deosebită, și care a stat ani îndelungați în China. Acest inginer a avut ocazia de a studia din punct de vedere istoric și mitologic sute din cele mai vechi temple buddiste și mii de figuri de piatră sau bronz și îmi povesti că-și aduce perfect de bine aminte, de a fi văzut la o figură mitologică, asemănătoare unui cal, o configurație înaintea ochilor în formă de ochelari. Intr'un sat în apropiere de Peking se află mănăstirea buddistă Iun-ho-kung, clădită de către regele Iun-chang

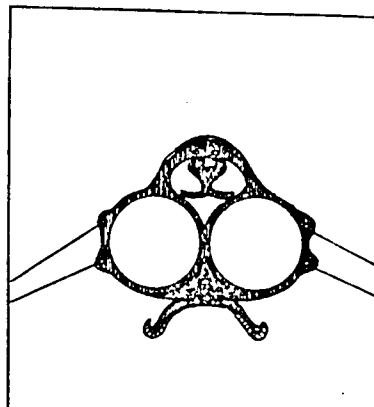
3—4 secole î. Cr. La intrarea prin poarta mijlocie se ajunge într'un vestibul mai mare, unde se vede statuia lui Mi-lan-fo. Alături de aceasta se află sus arătată figură mitologică cu asemănare de cal, despre care animal se credea că ar avea puterea de a vindeca pe bolnavii, care-și ating părțile bolnave ale corpului de el. Ochii acestui animal sunt împrejmuiți de un cerc asemănător unor ochelari. O asemenea încercuire a ochilor în formă de ochelari am întâlnit-o întâmplător într'un album de fotografii, reprezentând pe zeul Budha. Renumitul Marco Polo din vechea Veneție, care a colindat lumea întreagă, susține că ar fi văzut deja în sec. 12-lea ochelari în China. Lucru stabilit este însă, că jesuiții spanioli au adus mari cantități de ochelari în China.

Explicația teoretic-optică a efectului lentilelor o găsim pentru prima oară în cartea lui *Claudius Ptolemaeus* „*Manual de optică*”. Acest vestit matematician și astronom, care a trăit încă în sec. 2-lea d. Cr. descrie pentru prima oară ideea refracțiunii luminii, când aceasta cade asupra unei suprafețe curbe și străvezii. Această idee a fost pusă în practică târziu, în sec. 10, de către *Alhazan*, un medic bine cunoscut, astronom și matematician, care se servea de suprafețe sferice pentru mărirea unor obiecte. Cartea lui *Alhazan* „*Optice Thesaurus*” s'a răspândit în sec. 12-lea în mănăstirile întregii lumi și pe baza acestei cărți a putut afirma Roger Bacon în sec. 13-lea, că s'ar putea da posibilitatea la oameni bătrâni cu puterea vizuală scăzută de a ceti, servindu-se de suprafețe sferice șlefuite.

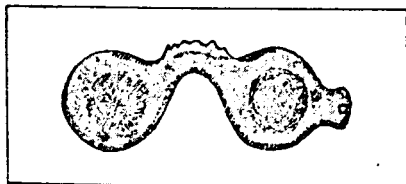
De acum înainte, istoria și evoluția ochelarilor se bazează pe mai multă obiectivitate, chiar dacă multe sunt încă neclare și n'au putut fi deslășite fără nici-o obiecțiune. Voi prezenta aci evoluția cronologică a diverselor forme de ochelari până în timpurile de azi, începând cu prima, care ne este cunoscută din imagini. Prima imagine a ochelarilor o avem din anul 1352, după tabloul pictorului Thomaso di Modena, care reprezintă pe cardinalul din Treviso, Hugo de Provence, purtând pe nas *ochelari nituiți*. Acest fel de ochelari se compune din două părți, cari sunt nituite împreună; se făceau la început din fier, apoi din argint. Partea străvezie era formată din cvart, sticlă colorată, sau pietre prețioase, ed. ex. berilul (de unde derivă denumirea germană „Brille”). Acești ochelari erau foarte grei, apăsau pe nas și erau cât se poate de incomozi, deoarece trebuiau ținuti în timpul cetitului sau scrișului cu mâna. Tabloul acesta se găsește în biserica Sft. Nicolo din Treviso. La sfârșitul sec. 14-lea apar ochelarii în *formă de clește*, care-și dătoresc numele lor asemănării ce o aveau cu un clește. Acest clește de fer sau argint purta la extremitățile sale câte o lentilă împrejmuită. Acest fel de ochelari trebuiau ținuti cu trei degete la o distanță anumită înaintea ochilor, ceea ce era foarte obositor. Prima imagine a acestui fel de ochelari o găsim într'o carte de coruri a mănăstirii St. Marco din Florența. Pe acest tablou este reprezentat un grup de călugări cântând și unul din ei ține în mână un mâner prevăzut cu două lentile. În sec.



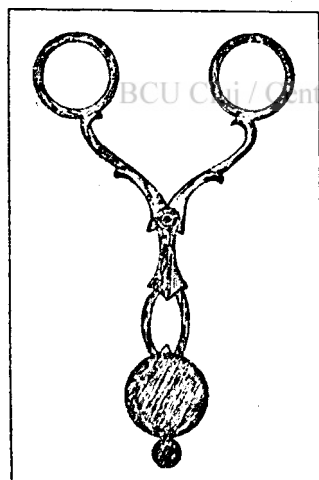
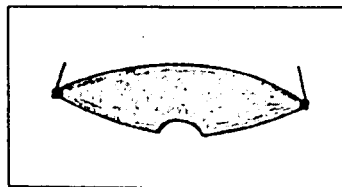
Ochelari Est Asialici.



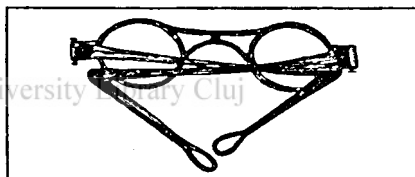
Ochelari Chinezești.



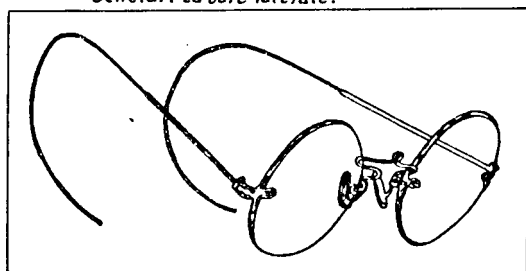
Ochelari din epoca Biedermaier.



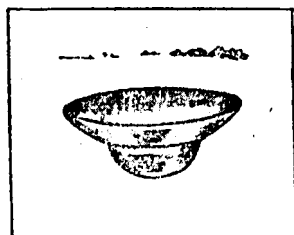
Ochelari în formă de lorgnoane



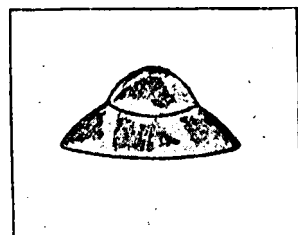
Ochelari cu bare laterale.



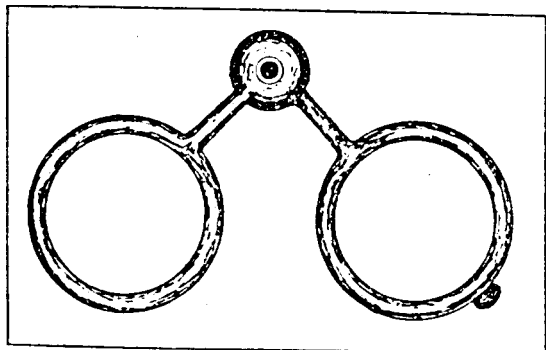
Ochelari moderni.



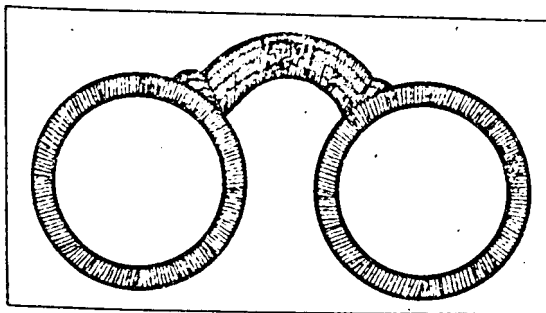
Sticlă contactă după Zeiss. supr. posterioară.



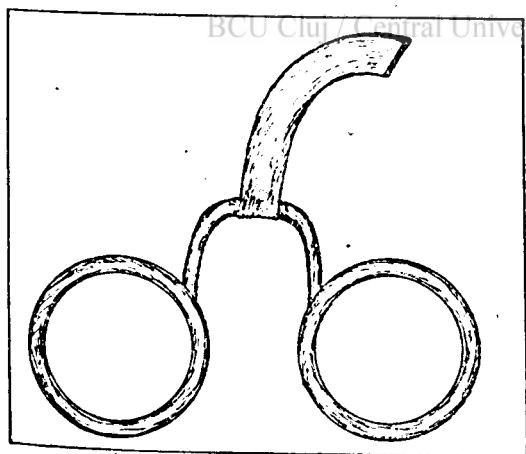
Sticlă contactă după Zeiss supr. anterioară.



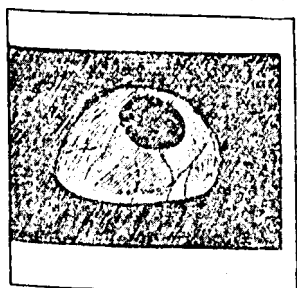
Ochelari nituiți.



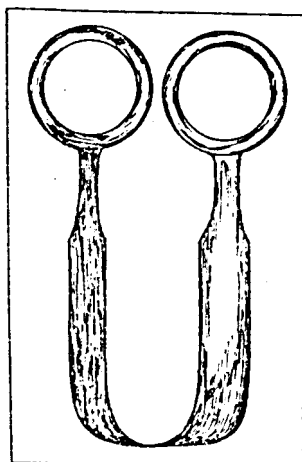
Ochelari arcuiți.



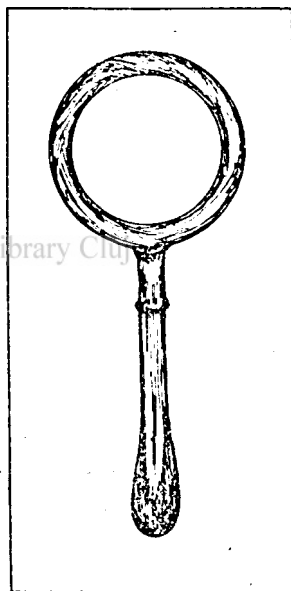
Ochelari cu bară frontală.



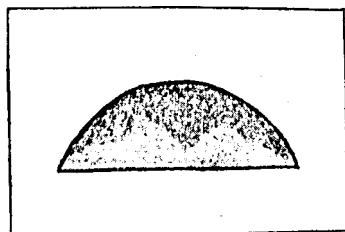
Sticlă contactă după Müller.



Ochelari în formă de clește.



Ochelari în formă de mâner.



Lentilă din epoca Romanilor.

15-lea apar *ochelarii arcuiți*, prevăzuți cu un răstar deasupra nasului, și cari prezentau deja o mai mare comoditate. Se făceau din os, bronz sau argint. Spre sfârșitul sec. 15-lea ochelarii arcuiți erau confecționați din piele și erau desigur mai suportabili sub această formă decât din bronz sau argint. Primul exemplar de ochelari pe care-l posedăm este fabricat din piele și a fost găsit într-o carte. Deasemenea posedă și muzeul german din Nürnberg un astfel de exemplar. În sec. 16-lea apare un nou sistem de ochelari, compus dintr'un mâner, prevăzut la capătul lui cu o singură lentilă încercuită. Pe atunci acest format era la modă și la curțile regale ale acelor timpuri un alt format nici nu era îngăduit. O stampă a lui Collaert din anul 1580 ne arată un asemenea sistem de ochelari. Prin faptul că era extrem de incomod de a se ține în tot timpul cât se avea nevoie, acești ochelari înaintea ochilor, s'a căutat prin diferite feluri de a-i fixa pe nas în timpul uzului. Felul cel mai primitiv era de a-i lega cu o sfoară de pălărie. Un asemenea exemplar de ochelari, de un sistem ceva mai înaintat, era prevăzut cu o bară metalică flexibilă frontală, care era apoi introdusă sub pălărie și ne este reprezentat pe tabloul maestrului olandez Glaez Jansz van der Heck din 1620, care tablou se află actualmente în muzeul din Alkmaar. Ochelarii mai vechi de proveniență est-asiatică, pe cari îi întâlnim aici-colo într'un muzeu, se deosebesc prin formatul lor mare și prin plastica execuției lor. Deoarece la rasa mongolă, rădăcina nasului este adâncită, ochelarii întrebuițați de aceștia aveau la răstar un reazâm. Ochelarii de sticlă din epoca Bidermeier erau mici, de se putea abea vedea prin ei. Aceste forme mici, cochete, erau corespunzătoare modei din acele timpuri.

Ochelarii în formă de clește sau lorgnoane duble ale sec. 18-lea aveau o asemănare mare cu lorgnoanele întrebuițate în zilele noastre. Primul exemplar de ochelari, care coincide cu formele de ochelari actuali apărut tot în sec. 18-lea, când i se adaptase barele laterale. Proveniența lor pare să fi fost tot în Anglia, însă ceva mai târziu erau confecționați și expediați în întreaga lume de către familia de opticieni Schmidt din Nürnberg, sub *denumirea de ochelari susținuți pe tâmpile*. Acești ochelari susținuți pe tâmpile au întâmpinat de atunci multe variațiuni, în fond însă au rămas, ceace privește principiul, aceeași, cu toate că ochelarii moderni au devenit mai ușori, mai frumoși și mai eleganți și în ceace privește efectul optic, mult mai eficaci.

O evoluție în forma și principiul ochelarilor începu deabia în ultimii 5—6 ani când s'a început a se încerca *lentilele contacte* la diferitele anomalii de refracțiune a corneei și mai ales când s'a ajuns cu acest sistem de a se corecta în mod vădit acuitatea vizuală la miopie progresată.*)

Până în prezent o corectare a anomaliei de refracțiune se

*) Blatt: The correction of high myopia by contact glasses. Archives of Ophthalmology. Chicago, 1932 Vol. 7 pg. 399-427).

facea pe baza unui principiu optico-fizical. Prin faptul că se purtau pe nas lentile convexe sau concave în formă de ochelari, i s'a dat ochiului miop sau hypermetrop un echilibru fizico-optic. Noul principiu de corectare al miopiei sau hypermetropiei constă în faptul, de a i se crea ochiului, prin introducerea de lentile contacte corespunzătoare, și cari sunt în directă atingere cu sclera și cornea, un echilibru optico-biologic.

Sticlele contacte, produse ale tehnicii moderne, sunt de forma unei scoici și sunt formate din 2 părți principale, partea centrală, corneală, care este perfect transparentă și are menirea de a corecta ametropia și partea periferică sclerală, de culoarea albului ochiului. Partea corneală a sticlei contacte, când nu este așezată pe ochi, reprezintă un sistem optic afocal, adică nu dă loc la nici o refracție. Dacă așezăm sticla contactă pe ochi, atunci se strânge între suprafața corneei naturale și între fața posterioară a corneei de sticlă o pătură foarte subțire de lacrimi, adică se creează un fel de lentilă lichidă, care are același index de refracție ca și cel al corneei naturale. Prin aceasta, corneea naturală, pe care sticla contactă este așezată, devine din punct de vedere optic fără efect, rolul acesteia fiind astfel exclus din sistemul optic ocular; este natural, în consecință, ca și iregularitățile eventuale ale acestei cornee naturale, să nu aibe un efect turburător din punct de vedere optic.*)

Sunt ferm convinși, că evoluția ochelarilor pe viitor va consta în dezvoltarea lentilelor contacte, deoarece această formă și acest principiu se apropie cel mai mult de starea normală a ochiului, nu numai din punctul de vedere optic, ci și din punctul de vedere biologic.

RÉSUMÉ: Doc. Dr. N. Blatt—*L'évolution des lunettes.*

L'auteur compte Roger Bacon comme l'inventeur des lunettes, dans le 13-ème siècle; pourtant les Romains auraient de même connu l'effet des lentilles à grandir; cela ressort des oeuvres de Seneca, Cicero, C. Nepos et C. Ptolemeus, dans le 2-ème siècle après Chr., auquel était connu l'effet de la refraction. Le médecin égyptien Alhazan connaissait déjà l'effet à grandir des plans convexes.

On ne sait pas préciser si les Chinois connaissaient les lunettes; dans ce sens pourraient vous éclairer les figurines mythologiques en bronze ou en pierre des vieux temples bouddhistes; sur une photographie, qui représente Boudha j'ai pu reconnaître devant les yeux un objet ressemblant aux lunettes.

Le premier modèle de lunettes nous est représenté dans la peinture, par les soi disantes lunettes forgées.

Dans l'ordre chronologique de l'évolution des lunettes en sorte de ciseaux du 14-ème siècle, les lunettes en arceaux du 15-ème siècle, le lorgnon du 16-ème siècle, les lunettes avec barre frontale, les minuscules lunettes de l'époque de Biedermeyer, jusqu' au 18-ème siècle lorsqu' apparurent pour la première fois les lunettes modernes de nos temps.

Quelques années plus tard ont apparus les lunettes contactes, les quelles s'appliquent directement sur les globes oculaires et qui constituent la base de l'évolution des lunettes dans l'avenir.

*) Blatt: Corecția miopiei în grad mare cu sticlele contacte. Mișcarea Medicală, 1931 No. 9-10.

ZUSAMMENFASSUNG: Universitätsdozent Dr. Nikolaus Blatt—Die Entwicklung der Brillengläser.

Als Erfinder der Brillengläser wird Roger Bacon im 13. Jahrhundert angegeben, jedoch müssten schon die Römer die Verwendung der Linsen gekannt haben. Dafür sprechen die älteren römischen Schriften von Seneca, Cicero, Cornelius Nepos und Cornelius Ptolemeus im 2. Jahrhundert n. Cr. der schon die Refraction kannte. Der ägyptische Arzt Alhazan war sich schon der Vergrößerungsfähigkeit der konvexen Flächen bewusst.

Es ist fraglich, ob die Chinesen zu jenen Zeiten über die Verwendungsfähigkeiten der Brillen etwas wussten. Diesbezüglich könnten uns die aus Stein oder Bronze angefertigten Statuen aus den alten Buddhastempeln Aufschluss geben. Auf der Fotografie einer Buddhastatue konnte ich einen brillenförmigen Gegenstand vor den Augen erkennen.

Die erste Brillenform ist uns von einem Gemälde her bekannt und ist die sog. Nietbrille. In der weiteren Entwicklung der Brillen folgen in chronologischer Reihenfolge die Zangenbrille im 14. Jahrhundert, die bogenförmige Brille im 15. Jahrhundert, das «Einglas» im 16. Jahrhundert, ferner die Stirnstangenbrillen, die kleinen, zierlichen Brillen der Biedermeierzeit, bis im 18. Jahrhundert die Schläfenbrille auftrat, die sich in ihrer Form, mit wenigen Veränderungen bis in unsere Tage erhalten hat.

Vor ein par Jahren erschienen die Kontaktgläser, welche direct auf dem Augapfel getragen werden und welche die Grundlage für die weitere Entwicklung der Brillen bilden.

Dr N. Blatt.

PREPARATU WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu

Sulfogaiacolat de calciu

Principii balsamice și calmante



Este indicat în toate afecțiunile căilor respiratorii.



INTREBUIȚARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, $\frac{1}{2}$ linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.



COMPOZIȚIUNEA.—O lingură conține

Clorhidrofosfolactat de Calciu . . gr. 0,50

Sulfogaiacolat de Calciu 0,30

Extract fluid de Aconit 0,01

Extracțe Balsamice și Aqua Laurocerasi Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT

DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol,

Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INECȚIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c.,
2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUIȚARE:

1 inecțieune pe zi, întrebuințând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., și întrebuințând acul obișnuit al seringei Pravaz.

INDICAȚIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculoza osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutrițiunii generale.

Eșantioane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanța Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — București, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

Spitalul de Stat Suceava
Director: Dr. Traian Bona

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA MECANISMULUI DE TORSIUNE A TUMORILOR ABDOMINALE

**(În legătură cu un caz de tumoare rară epiploică, complicată
cu torsiunea ei și volvulusul intestinului subțire)**

de

Dr. TRAIAN BONA

Medic primar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În cursul anului trecut hazardul a voit să pot studia un caz rar și interesant de volvulus, datorit unui adeno-fibro-miom voluminos torsionat al marelui epiploon.

Cazul posedă particularități anatomo-patologice și clinice unice — am putea zice, — pe dealtă parte pledează atât de elocvent în favoarea unei teze emise pentru explicarea mecanismului intim al torsionării tumorilor și organelor pediculate intra-abdominale, încât aflu util să-l fixezi în cadrul acestei lucrări, în care s'a discutat acest mecanism și care să aducă un aport oarecare la această problemă mult desbătută.

Iată studiul clinic și rezultatul cercetărilor anatomo-patologice referitor la acest caz:

OBSERVAȚIA. Maria Croitoru, în etate de 41 ani, soție de agricultor din comuna Bosanci, este adusă la spitalul din Suceava în ziua de 15 Aprilie 1931, într-o stare generală rea.

Se plânge de dureri mari abdominale, vărsături, balonare foarte accentuată a abdomenului; lipsa emisiunilor gazoase și scaune datează de 8 zile. În antecedente credo-colaterale și personale nu putem afla nici o dată mai importantă. Nu a suferit de vre-o boală cu caracter infecto-contagios ori veneric. Nu a avut nici o naștere. Menstruația regulată și neacompaniată de nici un simptom dureros, se succede regulat din 3 în 3 săptămâni, având o durată de 4—5 zile.

De multă vreme avea senzație de apăsare, de ceva greu, ce atârna în părțile declive ale abdomenului. Trebuia des să urineze, și aceste fenomene se

accentuiau indeosebi când făcea marșuri mai îndelungate ori executa vre-un lucru mai greu.

Abstracția făcând de aceste simptome puțin alarmante, bolnava se simte bine până în ziua de 7 Aprilie 1931, când — spune bolnava — a făcut o mișcare mai bruscă, ridicând un obiect greu și executând o ușoară mișcare de rotațiune într-o parte.

Dela acea dată a început să aibă dureri atroce în abdomen, mai accentuate în fosa iliacă dreaptă și epigastriu, dureri la cari s'au asociat alte fenomene morbide ca: vărsături bilioase, constipație, lipsa totală de emisiuni gazoase, balonarea abdomenului, fenomene cari se accentuează din ce în ce mai mult.

La cinci zile după apariția acestor fenomene, vine la spital, când se pune diagnosticul de ileus și i se propune internarea și operația, ce bolnava refuză și pleacă. După trei zile, deci în 15 Aprilie revine spunând, că se supune la orice, numai să scape odată de durerile, cari o chinuesc cumplit. Fiind examinată constatăm la bolnava palidă și bine dezvoltată următoarele: Pulsul mic, filiform, 85 pe minut. Limba uscată, încărcată.

Asupra aparatelor: respirator, circular, urinar nu constatăm nimic deosebit. Abdomenul foarte balonat, sensibil la palpare. La percuzie observăm o hipersonoritate în deosebi în etajul superior

Se remarcă deasemenea și apărarea mușculară. La examenul genital combinat simțim uterul în anteflexie versie forțată și împins în jos de o formațiune foarte dură, de mărimea capului unui nou-născut, așezată mai mult înspre dreapta și ocupând în parte hipogastriul și cavitatea pelviană. Această tumoră posedă contururi perfect sferice și se bucură de o mobilitate însemnată.

În fața acestor constatări, ne gândim la o tumoră ovariană solidă ori lichidă în asociație cu ocluzie intestinală.

Procedăm deci fără întârziere la intervenție, făcând în narcoză cu eter laparatomie subombilicală mediană, (operator: Dr. Bona; ajutor: Dr. Strugariu).

La deschiderea cavității peritoneale se evacuează o cantitate însemnată de lichid sero-sanghinolent, și dăm peste ansele intestinale violacee foarte distinse. Ridicând în sus și exteriorizând aceste anse descoperim o tumoră dură, perfect sferică, alb-gălbuie de mărimea unui cap se copil. Punând mai bine în evidență această tumoră și examinând-o de aproape observăm că ține de marele epiploon, care la rândul său este adunat într'un cordon de grosimea antebrațului.

Legătura între tumoare și epiploon este reprezentată printr'un pedicul scurt răsucit, care plecând dela tumoră se divide asemănător literei Y în două ramuri: unul merge și se continuă cu marginea marelui epiploon, iar celălalt merge spre dreapta și aderă de cec în regiunea valvulei iliocecale și de peritoneul parietal al fosei iliace.

Între cele două ramuri ale acestui pedicul, ori mai bine zis bride, se află strangulat pediculul mezenteric al anselor intestinului subțire, pedicul care asemenea este torsionat ($2\frac{1}{2}$ ture dela stânga la dreapta). Prin răsucirea fibronului în sens contrar torsionii pedicolului său, reușim să relaxăm, să lărgim orificiul de strangulare a mezenterului și putem acum să remarcăm: că fibromul posedă două formațiuni a parte: un pedicul epiploic și o bridă peritoneală implantate în puncte diferite a suprafeței sale.

Rezecăm brida, detorsionăm buchetul anșelor strangulate constatând un șanț livid la baza pediculului mezenterial. Extirpăm fibromul făcând rezecția unei părți al epiploonului edemațiat și hiperemic.

Evacuăm trasudatul din părțile declive ale cavității abdominale și refacem peretele în 3 straturi. Greutatea tumorii este de 1200 gr. La secțiune, tumoara apare formată dintr'un țesut albicios omogen dur și este constituit în straturi concentrice întretăiate de despărțituri de țesutul conjunctiv.

Tumoara este învelită într'o formațiune capsulară, observăm asemenea depozite calcare. Nu se constată în centru vr'un nucleu grăsos. Examenul histopatologic executat grație bunăvoinței domnului Profesor Vasiliu dela Institutul de Anatomie-Patologică din Cluj, ne-a dat următorul rezultat: „No. 7748/C. Secțiunile din piesa trimisă arată microscopic structura unui adeno-fibro-miom cu degenerări calcare”.

Mersul postoperator evoluiază în cele mai bune condițiuni. Administrăm ca în toate cazurile de ileus și fidel procedului adoptat de domnul Prof. Iacobovici în clinica chirurgicală din Cluj, ser fiziologic în doze masive, luptând contra deshidratării, iar pentru a restabili nivelul normal al clorurilor de ser hipertonic (200/0 de repetite ori pe zi).

Cu aceste injecțiuni hipertonicice de clorura de sodiu precum prin administrare de hypophysina (Bayer) reușim să reinviem peristaltica intestinală. La o săptămână constatăm supurația colțului inferior al plăgii, care a evoluat însă în cele mai bune condițiuni așa că bolnava părăsește serviciul, vindecată în ziua de 10 Mai 1931.

Pentru ca să pot insista asupra mecanismului curios de torziune a tumorii noastre, cred de oarecare utilitate să trec în revistă studiul diferitelor tumori ale marelui epiploon, și în felul acesta să mă opresc asupra particularităților ce le prezint.

Lucrarea de ansamblu a lui *Aimes* asupra acestor tumori reprezintă un far luminos în adâncă confuzie, ce domnea peste această parte a patologiei abdominale.

Noi într'o lucrare recentă ne-am nizuit să contribuim la studiul acestor tumori cu o observație ce ese din comun. Dintre tumorile solide benigne, lipoamele sunt cele mai frecvente. Se prezintă fie ca „lipoame polipoase a lui Wirchow: pediculate și cari prin rupura pediculului pot să se transforme în corpi liberi peritoneali — fie de volume mari chiar enorme (25 kgr. cazul lui Förster).

Fibroamele sunt foarte rare și puțin dezvoltate. Cazul nostru ese din comun fiind vorba de un adeno-fibro-miom voluminos (fibromul lui Heurteux este de 6000 gr. greutate, celelalte tumori similare publicate reprezintă cifre sub 1200 gr. greutatea fibromului nostru).

Din observația de față structura histopatologică a tumorii este deasemenea rară, deoarece nu am putut întâlni o publicație de adeno-fibro-miom cu localizarea pe marele epiploon.

Complicațiile survenite în legătură și datorite chiar prezenței acestei tumoare la bolnava noastră sunt de asemenea demne de reținut. Chistele dermoide sunt de obicei unice și structura lor este

identică cu chistele dermoide în general; la fel și chistele hidatice nu se deosebesc prea mult de chistele cu localizări pe alt organ. Torsiunea chistului se adaugă doar la simptomatologia bine cunoscută a chistelor hidatice.

Chistele seroase propriu zise sunt în general congenitale, uneori multiloculare, uneori de volum enorm (30 kgr. la o fată de 17 ani: Rodman). Chistele hematice sunt fie hematoame închistate fie chiste seroase transformate prin hemoragie intrachistică. Angioamele (1 caz) tumorile vasculare (3 cazuri) limfangioamele (6 cazuri) sunt rarități în categoria tumorilor benigne, cași endoteliioamele și teratoamele în rândul tumorilor maligne.

Tumorile maligne: epiteliioamele și sarcoamele sunt în general cu mult mai frecvente decât cele benigne. Tumorile inflamatorii (epiploite) simulează întru toate simptomatologia tumorilor propriu zise epiploice, deaceia trebuie să le înglobăm aici.

Alexandrov dela clinica din Cluj publică recent cazul unei tumori epiploice inflamatorii postperitonice și torsionate, tumoară rezecată de Domnul Prof. Iacobovici.

Simptomatologia tumorilor marelui epiploon, cu excepția celor maligne — cari evoluiază rapid și cu fenomene generale și locale grave — nu abundă în manifestații clinice prea conturate. Evoluția lor este lentă și progresivă putând dura ani de-a rândul.

Ea este întreruptă de cele mai multe ori de turburări de compresune asupra aparatelor urogenital, ori digestiv. Prin tracțiune produc fenomene accentuate gastrice. Tumorile chistice pot plesni; foarte des se formează adesiuni în urma acestor tumori.

Ocluzia intestinală precum torsionarea epiploonului ori pedicolului sunt complicațiile cele mai grave și fac să agraveze și pronosticul tumorilor benigne. Observația noastră este cât se poate de demonstrativă în acest sens.

Sub denumirea de torsiune a pedicolului înțelegem o mișcare a acestuia în așa sens încât tumoara suspendată la capătul pedicolului ajunge să facă o mișcare de cel puțin 180, ceea ce înseamnă ca un punct anumit depe fața anterioară a ei ajunge să privească în sens opus, adică îndărăt.

Mișcarea de rotațiune, care nu ajunge 180 nu poate purta numirea de torsiune. Înainte de a intra în studierea mecanismului intim a torsiunei, și a cauzelor ei determinante este necesar să facem unele definiții în ceea ce privește nomenclatura pentru indicarea sensului de torsiune, cu scopul de a remedia confuzia ce se observă în această direcție.

Să ne imaginăm că o tumoară suspendată se torsionează în abdomen în jurul axului, pedicolului său, atunci trebuie să ne închipuim că pedicolul are direcția paralelă cu axa lungă a corpului, adică de jos în sus. Dacă se imprimă o mișcare tumorii în așa fel ca un anumit punct depe fața anterioară a ei ajunge să privească succesiv prima dată la dreapta apoi îndărăt, mai târziu la stânga și în fine ajunge la punctul de plecare, acest fel de mișcare se numește torsiunea înspre dreapta a tumorii. Dacă ne imaginăm

pedicolul, ca un cordon rotund neted și fixăm un punct anumit depe suprafața lui putem observa, că și acest punct urmează întotdeauna direcția punctului depe tumoară adică la dreapta, îndărăt, la stânga și așa mai departe. Deci și pedicolul este torsionat la dreapta.

Dacă mișcarea se va face în sens opus, va purta numirea de torsiune la stânga.

Toate tumorile solide și chistice ale epiploonului sunt până la un punct pediculate și au o tendință extraordinară spre torsionare. Chiar și tumorile exclusiv inflamatorii cari în mare majoritate a cazurilor sunt consecințele unui proces infecțios ori urmarea unei intervenții abdominale (herniotomie, apendicetomie, operații ginecologice) se torsiunează.

Cazul Domnului Prof. Iacobovici publicat de Alexandrov demonstrează acest lucru, unde epiploonul mult îngroșat sub aspectul unei tumori și atârnat prin doi pediculi asemănător unui pat suspendat, se torsiunează în jurul axului său luând punct fix pe cele două extremități. Mult asemănător este mecanismul de torsiune a tumorii cazului nostru unde fibromul voluminos posedă doi pediculi cu inserție apropiată unul de celalt: pedicolul propriu zis și o bridă.

Prin torsiunea tumorii cele două formațiuni pediculare se unesc în forma de v și strangulează baza mezenterului care îl aflăm la intervenție la fel torsionat.

Stabilirea cauzei determinante a torsiunii tumorilor pediculate și deci și a organelor intraabdominale a fost întotdeauna subiectul de studiu și discuție a autorilor. (Küster, Cario, Payr, Sellheim, Trenkhoff). Totuși toate explicațiile și teoriile emise au rămas foarte lacunare.

Sellheim în studiul său asupra mecanismului de rotațiune și torsiune observă următoarele: Corpul mobil — deci și tumoara pediculată situată în organism, atunci când aceasta din urmă începe să facă o mișcare de rotație la dreapta tumoara — căutând să păstreze poziția sa — sta pe loc ori, în raport cu peretele abdominal, se învâрте în spre stânga.

Imediat după aceea însă începe să se miște în direcția rotației trupului.

Când trupul se oprește în mișcarea sa de rotațiune, tumoara continuă încă rotația sa conform legii inerției și poate să întrecă mult gradul de rotațiune a trupului.

Oprirea rotației trupului de obicei este mai bruscă decât trecerea dela starea de repaus în stare de mișcare, așa că tumoara de multe ori — fiind prezente momentele favorizante — poate în urma „avântului” luat, să continue mișcarea de rotație.

În datele anamnestice a cazului nostru putem remarca mișcarea bruscă făcută de bolnavă în urma cărei s'a declanșat primele semne de torsiune, această torsiune fiind favorizată de contracția bruscă a păretelui abdominal.

Nu putem ști sigur și nici nu avem indicii precise, dacă fi-

bromul s'a torsionat prima dată și mesenterul cu intestinul în mod secundar. Deducem acest lucru din starea faptelor constatate la operație. Mai puțin verosimilă este ipoteza că ambele organe s'au torsionat simultan, iar supoziția că volvulusul intestinului ar fi precedat torsiunei fibromului subțire trebuie abandonată nefiind întru nimic justiciabilă.

Sellheim a stabilit prin experiențele sale și demonstrat și prin fapte clinice că rotațiunea tumorilor și organelor în stare să facă aceste rotații — se produce întotdeauna în urma rotațiunei trupului și în direcția rotațiunei trupului. La oprirea mișcării rotative a trupului, tumoarea ori corpul suspendat intraabdominal continuă mișcarea de rotațiune. Și de cele mai multe ori întrece gradul de rotație a trupului mai mult sau mai puțin, după cum tumoara conține lichid mai mult ori mai puțin și după cum frecarea e însemnată ori minimă. Pentru a dovedi acest lucru *Sellheim* aduce 3 exemple:

a) *Tumoara solidă* cu suprafață rugoasă, atunci când începe mișcarea de rotațiuni a trupului, din cauza frecării suprafeței sale cu perețele abdominal, abia arată tendința de a sta pe loc; invers când rotația trupului se oprește, tumoara fiind frânată ea nu continuă rotația imprimată decât în foarte mică măsură. Deci aceste tumori fac excepție dela norma generală totuși dacă tumoara solidă este mai grea, mai compactă, cu suprafața mai sferică, mai netedă, rotațiunea se face în condițiile legii emise de *Sellheim*.

Adenofibromiomul bolnavei noastre fiind extrem de dur și greu, asemănător unei bile de piatră — a îndeplinit toate condițiile, ca „supra rotațiunea” să se producă.

b) *Chistul*. Rotându-se trupul și fiind o largă suprafață de contact între perețele abdominal și chist — perețele chistului merge împreună cu perețele abdominal, în schimb lichidul rămâne pe loc, în primul moment. Când rotația trupului se oprește, atât perețele chistului, dar mai ales lichidul caută să continue rotația începută, în consecință chistul și conținutul caută să întreprică și pe mai departe mișcarea de rotație începută. Deci torsiunea pedicolului la aceste feluri de tumori se face cu cea mai mare ușurință.

c) *Embrionul și lichidul amniotic*. Fătul alipit de corpul mamei — grație suprafeței de contact mare — rotația trupului și uterului, însă apa amniotică ca și la chist rămâne momentan pe loc și abia când rotația externă se oprește, începe să se miște întrepricând rotația începută. Fătul se eliberează de contactul cu perețele uterin din cauza că forța rotatoare transmisă copilului devine mai puternică decât forța frânătoare a paretelui uterin. Totodată corpul copilului ajunge sub influența curentului lichidului amniotic și ajutat în același timp și de inerția puternică a apei amniotice, caută să se învârtască mai departe și să-și menție starea sa de mișcare. Deci apa amniotică cu fătul se rotează mai departe pe lângă uterul și trupul rămas pe loc.

Grație acestor experiențe s'a putut da o explicație plauzabilă torsiunei cordonului ombilical. Organele abdominale pline ori goale

și pediculate se supun acestei legi întocmai ca și tumorile; desigur conținutul excesiv de lichid va favoriza mult torsiunea.

Cred, că mișcările rotative ale trupului repetate la scurt interval și executate ritmic nu pot decât, să favorizeze rotațiunea tumorii și torsionarea pedicolului, deoarece grație acestor mișcări ritmice amplitudinea de rotațiune crește cu fiecare mișcare.

Așa s'ar putea explica torsiunile suferite în timpul lucrului, de ex.: tăiatul lemnelor cu ferestrău, frecarea podelelor, cositul ori chiar mersul.

Observația noastră clinică fiind atât de concludentă în senzul acestei teorii, mă obligă a o prezenta în favoarea ei.

Desigur presa abdominală va ajuta torsiunea.

În opoziție cu aceste constatări, *Payr* e de părere că torsiunea este datorită fenomenelor vasculare și condițiunilor de nutriție din interiorul pedicolului și crede, că staza venoasă favorizând alungirea venelor face, ca aceste să se ruleze în jurul arterelor și să producă în felul acesta torsiunea. Ipoteza la *Jaboulay* care atribuie mișcări continui epiploonului și pune în legătură torsiunea cu aceste mișcări, nu mai poate veni în considerare.

Asemenea nu este posibil, ca mișcările peristaltice (*Küstner*) ori creșterea inegală a tumorii, să cauzeze torsiunea ei, deci nu cred de utilitate practică, discutarea acestor teorii.

Urmările torsiunei tumorilor solide ori chistice sunt dezastruoase, și depind în bună parte de intensitatea torsiunei și de lungimea pedicolului.

Cu cât pedicolul este mai scurt, cu atât mai grave vor fi consecințele torsiunei, chiar dacă gradul torsiunei este foarte însemnat. Prin torsiune se exprimă vasele din interiorul pedicolului și anume venele cu pârte mai subțire vor fi comprimate și obliterate, pe când arterele deloc, ori numai în parte, de aici se desvoltă staza cunoscută a tumorilor și organelor torsionate cu urmările ei (hiperemie, hipersecreție, edemațiune, gangrenă).

Torsiunea pedicolului sub anumite împrejurări poate ocaziona ca și în cazul nostru ocluzia intestinală. Procesul se poate desvolta în diferite moduri. Fie, că intestinul a fost a priori aderent cu tumoara ori pedicolul și prin torsiunea sa angajează și acest segment de intestin, fie bridă — ca și în cazul nostru — scurtată prin torsiune și mult întinsă, asemănător unei coarde cauzează prin compresiune directă obstrucția intestinului ori strangularea mezenterului.

La acest proces în cazul nostru s'a adăugat și torsionarea mezenterului comprimat de această bridă.

S'a observat uneori, ca urmare a torsiunei, detașarea tumorii de pe pedicol și descoperirea ei, ca corp liber în cavitatea peritoneală.

Înainte de a se produce însă această separație și detașare de obicei tumoarea contractează conexiuni cu organele învecinate, prin aderențe proaspete cari îi asigură o vascularizare nouă.

Așa se explică, că de multe ori operând un chist ovarian și desfăcând aderențele nu mai dăm peste pedicul. *Nielson* întâlnește

torsiunea unei tumori inflamatorii a epiploonului detașată și incapsulată în cavitatea liberă peritoneală. În orice caz acest fel de desnodământ al torsionării tumorilor este foarte rar și cred nu este nevoie, să insist, că nu ni-este permis să contăm pe el, căci de obicei tumorile torsionate evoluează rapid printr'un proces de necrobioză care se complică în scurt timp cu peritonită. Deci tratamentul unic este cel chirurgical și instituit cât mai curând având ca scop fie simpla detorsionare, fie rezecția tumorii împreună cu pedicolul său alterat.

BIBLIOGRAFIA:

- Aimes: Progres Med. 1920.
 Alexandrov: Clujul Med. 1932.
 Baux: Thèse de Paris 1880.
 Cordero: La clinica chirurgica 1910.
 Camus: Thèse de Paris 1891.
 Feuillet: Thèse de Paris 1910.
 Gatellier și Duval: Pathologie chir. 1928.
 Goldschmidt: Wien kl. Woch. 1925.
 Holländer: Deutsch. med. Woch. 1913.
 Kleinschmidt: Arch. f. kl. chir. CIV. H. 4.
 Kirschner, Nordmann: Die chirurgie 1927.
 Lacy Firth: Lancet 1898.
 Litsekus: Annal. de Gyn. 1909.
 Pean: Diagn. et trait. des tumeurs de l'abdomen. Cluj
 Proutz et Monnier: Deutsche chir. 1913.
 Sellheim: Münch. med. Woch. 1922.
 Sellheim: Zbl. f. chir. 1923.
 Trenkhorr: Deutsch. Zbl. f. chir. 1923.
 Walther: Soc. de chirurg. 1910—1912.

RÉSUMÉ: Dr. Bona — *Considérations sur le mecanisme de torsion des tumeurs abdominales.*

L'auteur décrit le cas personnel d'un fibrome volumineux (1200 gr.) du grand épiploon, le quel par un procès de rotation a provoqué la torsion du grand épiploon et en même temps la torsion du mesentère avec production d'ileus.

Il insiste en particulier sur le mécanisme de torsion, parceque la rotation de la tumeur a été provoquée par le mouvement rotatoire du tronc executé par la malade.

Cette observation plaide en faveur de la thèse de Sellheim concernant le mécanisme de torsion des tumeurs abdominales pediculées, auteur qui atribue dans ces cas le rôle exclusif à la rotation brusque du corps et qui tente d'établir la manière dont cette torsion d'effectue variablement pour chaque sorte de tumeur ou corps pédiculé ayant un contenu solide ou liquide.

RIASSUNTO: Dott. Bonna — *Considerazioni sul meccanismo di torsione dei tumori addominali.*

L. A. describe un suo caso personale in cui un voluminoso fibroma (1200 gr.) del grande epiploon la provocato per un processo di rotazione la torsione del

grande epiploon e contemporaneamente la torsione del mesentere con ileo. Insiste particolarmente nella sua osservazione sul meccanismo di torsione inquantocchè il movimento di rotazione del tumore fu provocato da un movimento rotatorio del corpo eseguito dall'ammalata. Egli porta la sua osservazione a favore della tesi Sellheim tendente a spiegare il meccanismo di torsione dei tumori addominali peduncolati con una improvvisa rotazione del corpo. Questo autore tenta di stabilire il modo con cui la torsione avviene diversamente per ogni specie di tumore o corpo peduncolato a contenuto liquido o solido.

dott. Giuseppe Lax.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Bona—*Betrachtungen über den Drehungsmechanismus der Unterleibstumore.*

Der Verfasser beschreibt einen eigenen Fall, in dem ein 1200 gr. schwerer Fibrom des grossen Epiploons, durch einen Rotationsprozess die Drehung des grossen Dünndarm-Mesenterium samt Ileum hervorruft.

Er besteht in seiner Beobachtung ganz besonders auf den Drehungsmechanismus wenn die Rotationsbewegung, ausgeführt vom Körper der kranken, hervorgerufen worden ist.

Seine Beobachtung bringt er zugunsten der These von Sehheim, um den Drehungsmechanismus der Rumpfstieltumoren zu erklären, welchen letzterer nur den plötzlichen Drehungen des Körpers in solchen Fällen, zuschreibt und den er festzustellen sucht, wie diese Drehung für jede Art von Tumor oder Stielkörper mit festem oder flüssigem Inhalt sich verschieden zeigt.

Marl. Mandler.

ATOLYSAN

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIȚIE.

Acest complex cuprinde DIFERIȚI URICOLITICI asociați în mod rațional. Acțiunea lor este favorizată prin adăogirea de THEOBROMINĂ ceea ce mărește cuantumul diurezei și în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezența HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antiseptia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor artritisului.

PREVENTIV ȘI CURATIV.

INDICAȚIUNI.

Gută — Reumatism — Artratism.

DOZE.

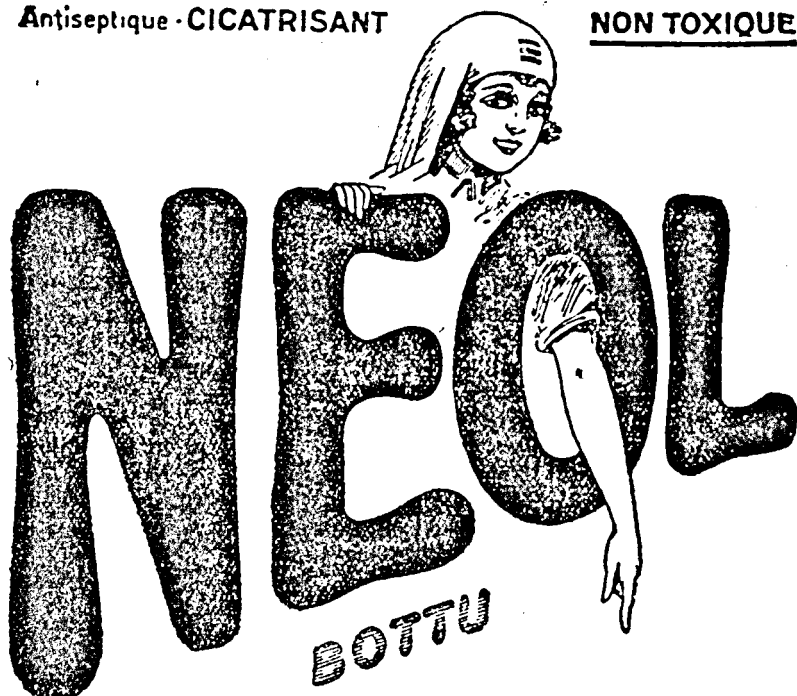
Preventiv: 3 lingurițe pe zi într'un pahar cu apă

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

Eșantioane și literatură Drogueria „Standard” 2 Str. Zorilor, București.

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



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

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

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

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

Laboratoires BOTTU. 117 Rue Notre Dame des Champs — PARIS.
Agent pour la Roumanie : Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA SOLUȚIUNILOR DE DEVELOPAT ȘI FIXAT PLACILE RADIOGRAFICE

de

Dr. L. BOCA

Așezămintele Sf. Elena.

și

Farm. G. CISMĂRESCU

Așezămintele Brâncovenești.

din București

Având în vedere rolul cel mare pe care-l au soluțiile de developat și fixat în reușita unei radiografii, ne permitem de a serie pentru uzul practic câte-va date pe cât de necesare pe atât de folositoare pentru valoarea unui diagnostic radiologic.

Pentru a obține rezultate cât mai bune în developarea unui film radiografic, trebuie să avem în vedere: puritatea produșilor chimici, conservarea lor, precum și tehnica preparării soluțiilor.

Defectul rezultat din nerespectarea acestor condițiuni, duce de cele mai multe ori la voalarea filmelor, dând așa zisul voal chimic datorit în primul rând reducerii defectuoase a bromurului de argint. Prin voalarea filmelor avem o scădere a contrastelor, deci o diminuare de valoare a diagnosticului. Căldura, umezeala, vaporii, acizii, amoniacul, gazul de iluminat, etc., exercită de asemenea un efect destul de distrugător asupra substanțelor chimice cu care se prepară soluțiunile.

Formulele și modul de prepare al acestor soluțiuni fiind foarte numeroase și variate, după numărul caselor comerciale respective vom da pe cele mai întrebuițate și cu un rezultat destul de favorabil obținut în serviciile de radiologie al Așezămintelor Brâncovenești și Principesa Elena.

În general soluțiunea de developat filmele radiografice sunt numite „tari”, în comparație cu cele din fotografie, ele lucrează mult mai repede și duce la contraste mult mai pronunțate.

1) *Formula soluției de developat:* (la ‰ cm. c.).

Rp. Metol	2, 5, gr.
Sulfit de sodiu anhidru	100 gr.
Hidrochinonă	10 gr.
Carbonat de sodiu anhidru	50 gr.
Bromur de potasiu	6 gr.
Aqua distilată q. s.	1000 cm. c.

Technica de preparare. Se cântărește separat substanțele de mai sus, fiecare pe câte o bucată de hârtie, se disolvă separat fiecare într'o mică cantitate de apă caldă (30°). Înainte de disolvare se va lua o mică fracțiune din sulfat și se va adăuga 2—3 gr. la Metol și alte 2—3 grame la hidrochinonă în scop de a evita oxidația în timpul disolvării. După disolvarea fiecărei sări separat se amestecă aceste soluțiuni în ordinea următoare:

- a) Se varsă soluția de metol în soluția de hidrochinonă.
- b) Se amestecă cele 2 soluții de sulfat și carbonat de sodiu și li se adaugă soluția de bromur de potasiu.
- c) Se adaugă soluția (de Metol hidrochinonă) la amestecul de celelalte constituante. Obținem astfel o soluție concentrată la care se adaugă apă rece pentru a ajunge la volumul prevăzut.

2) *Formula soluției de fixage.*

Baia No. 1 (Fixator acid).

Rp. Apă q. s.	1000 cm. c.
Hiposulfat de sodiu	300 gr.
Bisulfat de sodiu (soluție 35° B.	50 cm. c.

Baia No. 1 convine în toate cazurile unde temperatura nu trece de 20° — în timpul fixajului, spălării sau uscatului.

Baia No. 2 (Fixator acid alaunat).

Rp. Apă q. s.	1000 cm. c.
Hiposulfat de sodiu	300 gr.
Bisulfat de sodiu	50 cm. c.
Alaun crom	5 gr.

Baia No. 2 are în plus Alaun crom, care distruge energia gelatinei și permite ca negativele să sufere — fără să se strice la temperaturi relativ urcate.

Produsele trebuie să fie dizolvate în ordinea cum sunt mai sus enumerate.

Se disolvă hiposulfatul de sodiu în cât mai puțin apă caldă după aceasta se adaugă apă rece mai multă, apoi bisulfatul și pe urmă se completează din nou cu apă rece. Aceste soluțiuni trebuie să fie întotdeauna menținute acide (eventual se adaugă Kalium-metabisulfat) sau chiar câteva picături de oțet și trebuie controlate din timp în timp cu hârtie de turnesol. Aceste formule ale băilor de fixage convine indiferent cum se face fixajul în tăvi sau quivette.

3) *Formula soluțiunilor pentru corijarea filmelor.*

a) *Soluția pentru întărirea filmelor.* După ce filmul a fost fixat și complet spălat se introduce în această soluție până ce pare complet albit.

Soluția 1. — Rp. Apă q. s.	1000 cm. c.
Biclorur de mercur	12 gr.
Bromur de potasiu	12 gr.

După ce a fost complet albită imaginea este spălat cu apă apoi se introduce în această a 2-a soluție până ce pare neagră.

Soluția 2. — Rp. Apă q. s. 1000 cm. c.
Sulfid de sodiu anhidru 125 gr.

b) Soluția pentru slăbirea filmelor.

Acastă soluție este formată din următoarele:

a) Apă q. s. 1000 cm. c.

Hiposulfid sodiu 60 gr.

b) Apă q. s. 1000 cm. c.

Fericianur de potasiu 2 gr.

Aceste soluțiuni trebuiesc amestecate înainte de întrebuințare căci amestecul nu durează.

Cum ne servim. După ce filmul a fost scos din fixaj și spălat 30 minute se introduce în soluția de slăbit și se lasă atât timp cât voim, după aceea se va ține în apă aproape o oră.

Cum lucrează soluțiile? 1) Atât Metolul cât și hidrochinona produc reducerea bromurei de argint de pe filme.

2) Carbonatul de sodiu sau de potasiu măresc această putere de reducere și scurtează timpul dezvoltării.

3) Sulfidul de sodiu mărește conservarea soluției de dezvoltat, oxidația având loc într'un interval mai lung.

4) Bromură de potasiu face posibil o claritate mai mare a negativelor.

5) Soluția de fixage servește de a dizolva bromura de argint rămasă neredusă în locurile neluminate de soluția de dezvoltat. E de preferat pentru prepararea acestor soluții a ne folosi de apă distilată, de vase de sticlă, sau porcelan și niciodată de vase de aluminiu sau metal.

Soluțiile de dezvoltat și fixat se pot păstra 2—4 săptămâni, de preferat ferite de lumină. Când soluția de dezvoltat începe să se decoloreze în brun și dezvoltarea se face foarte încet trebuie s'o schimbăm. De asemenea când fixarea unei plăci se face încet și se constată apariția unui voal, trebuie s'o înlocuim, mai ales, că e cftină.

Considerațiuni radiotehnice.

În afară de voalul chimic menționat mai sus, mai avem voalări chiar în timpul dezvoltării, datorită temperaturii prea ridicate a soluțiilor, prin prelungirea exagerată a timpului de dezvoltat, prin contact prea des a filmului cu aerul în afară de revelator, prin păstrarea sau manipularea defectuoasă a filmelor. Voalarea filmelor în baia de fixaje se poate produce din cauza soluției prea slabă sau a temperaturii prea scăzute, sau când filmul impregnat cu soluția de dezvoltat nu a fost bine spălat cu apă.

Printre voalările optice cităm pe cele datorite luminiscentei ecranilor întăritoare, de care ne-am servit mai înainte, mai ales în timpul umed și rece.

În general temperatura cea mai favorabilă pentru ca soluția de dezvoltat să lucreze este 18° pentru care 5 minute este optimul de dezvoltare a unui film cu această soluție.

Sub temperatură de 18° cele mai multe soluții de dezvoltat lucrează foarte încet, deasupra ei mai ales dacă soluția este proaspătă produce un voal. Un film expus puțin nu se poate niciodată ameliora măbind durata în revelator, și atunci recurgem la soluțiile de întărire. Un film supra expus se poate ameliora prin ajutorul soluției de slăbit care îndepărtează voalul pe deasupra lăsând imagina mai profundă destul de bine diferențiată. La temperatura de 20° filmul poate fi considerat complet fixat după 10 minute. *Avantagiile acestor soluții mai sus expuse pentru medici constă, în faptul că substanțele se pot găsi și prepara la nevoie în orice farmacie sau chiar de către medic și costă cu mult mai puțin de cât preparatele specializate ale diverselor case.*

Dispozitivele, copiile fotografice, sau radiografiile pe hârtie sau carton pierd cel puțin 10% din valoarea diagnosticului, — modificările fine ale țesuturilor, sau manifestările precoce a unor procese patologice, neapărând pe ele.

RÉSUMÉ: Dr L. Boca et Pharm. G. Cismărescu. — *Considérations générales et radiotechniques sur le développement et le fixage des films radiographiques.*

Les auteurs décrivent les solutions de développement et fixage au point de vue technique, chimique et radiologique. Ils indiquent les qualités nécessaires aux substances chimiques, la préparation et la conservation des solutions, l'action que chaque substance produit sur le film; les défauts des films à cause des solutions mal préparées ou à cause d'un développement ou fixage défectueux, les solutions pour corriger les films et exposent l'importance d'un film bien préparé pour le diagnostic radiologique.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr L. Boca und Apoteker G. Cismarescu; *Allgemeine und radiotechnische Betrachtungen über die Lösungen für die Entwicklung und Fixierung der Röntgenaufnahmen.*

Die Verfasser beschreiben die Lösungen für die Entwicklung und Fizierung vom technischen, chemischen und radiologischen Standpunkt.

Sie weisen auf die nötigen Eigenschaften der chemischen Substanzen, auf die Vorbereitung und Aufbewahrung der Lösungen, auf die Wirkung jeder Substanz auf den Film und auf die Fehler welche durch die Lösungen, durch die Filme oder durch die fehlerhafte Entwicklung oder Fizierung, entstehen.

Sie geben die Art und Weise an, wie man die über oder unterexponierten Filme ausbessert und deuten auf die Wichtigkeit eines gut vorbereiteten Filmes für die Roentgendiagnose hin.

REAȚIUNEA WASSERMANN POZITIVĂ TRANZITORIU ÎN CURSUL UNEI MENINGITE TUBERCULOASE

de

Dr. EMANOIL I. COHEN

fost intern al Spitalelor Eforiei.

Deși reacțiunea Wassermann pozitivă în cursul meningitei tuberculoase e un fapt, care nu e prea rar, totuși am considerat util a aduce o contribuție în acest sens, deoarece acest fapt e mai bine cunoscut de clinicieni decât e clasic a-l afirma tratatele.

Observațiunea aceasta e atât de adevărată încât, de curând, 2 autori americani Schaffle și Riesenbergh sunt surprinși de literatura engleză e săracă în acest subiect; ori lucrul e exact și pentru literatura franceză, mai puțin pentru cea italiană și germană. Din acest motiv mi-am propus a urmări în meningitele tuberculoase reacțiunea Wassermann în lichidul cefalo rachidian și pe un număr aproximativ de zece cazuri pe cari le-am urmărit în ultimii trei ani de internat, am găsit un caz la care această reacțiune era pozitivă și care pare indemn de sifilis, iar etiologia tuberculoasă se poate susține cu certitudine, deoarece s'au găsit bacili Koch în lichidul cefalo-rachidian.

Iată observațiunea cazului:

Bolnava El. Ar. în vârstă de 24 de ani, de profesiune studentă, se internează în ziua de 3 Iunie 1929, în Spitalul Colentina, pentru cefalee, vărsături, constipație, delir și febră.

Istoricul boalei datează de acum 10 zile, de când pacienta acuză cefalee, greață și febră. Cefaleea era intensă, predomina uneori în regiunea frontală și supraorbitară, alteori în regiunea occipitală. Cinci zile mai târziu au apărut vărsături; un medic consultat pentru aceste simptome digestive pune diagnosticul de apendicită. În ziua următoare are o criză de convulsii localizate de partea dreaptă, criza e urmată de o afazie tranzitorie. I s'a făcut atunci o puncție lombară în care s'a găsit Nonne Apelt și Pandey intens pozitive și 150 celule pe mm.³ din care majoritatea limfocite; nu s'a găsit nici un fel de microb în sediment.

Antecedente personale. În copilărie a suferit de variolă și rujeolă. Acum un an în cursul verii a avut o stare febrilă, care a fost etichetată gripă. Suferă de mult de constipație.

Menstruată la 12 ani, menstruele surveniau regulat însoțite de dureri lombare, greață și cefalee.

Stare prezentă. Bolnavă de constituție bună, cu țesutul adipos subcutan prezent, se găsește în decubit dorsal cu gambele flexate pe coapse și acestea flexate pe bazin; febricitază până la 39°9.

Prezintă tripiedul meningitic, fotofobie, delir, ușoară redoare a cefei, Kernig pozitiv, deasemenea Brudzinski al cefei; puls bradicardic, regulat 48 de pulsații pe minut.

La examenul somativ nimic deosebit.

Din punct de vedere neurologic, pupilele sunt egale, ptoză de partea dreaptă, reflexele osteo-tendinoase și abdominale prezente.

8/VI. Respirația e de tip periodic, are trismus, carfologie, pierde urina.

În ziua de 10 Iunie bolnava intră în comă, reflexele osteo-tendinoase nu se mai produc, sensibilitatea e abolită, reducerea cefei a diminuat, puls 140, respirația 60 pe minut și în ziua de 12/VI, bolnava sucombă.

Puncția lombară a arătat un lichid clar, care a făcut pânză și care prezenta Nonne Apelt și Pandy pozitive, celule 120 de milimetrii cubi, din care 2—3 polinucleare restul limfocite și reacția Bordet Wassermann pozitivă; această reacție s'a făcut la două laboratoare și a dat acelaș rezultat pozitiv. Nu s'au găsit bacili acido-rezistenți. După câteva zile se reexaminează din nou lichidul cefalo-rachidian din acest punct de vedere și reacțiunea Wassermann devenise negativă; s'au găsit de data aceasta numeroși bacili acido-rezistenți.

Ca tratament s'a făcut injecții cu urotropină, puncții lombare zilnice, extrăgându-se de fiecare dată aproximativ 10 cc. și pungă de gheață pe cap. Câteva zile s'a făcut injecții cu cianur, care s'a oprit când s'au găsit bacili acido-rezistenți.

Reacțiunea Wassermann pozitivă în lichidul cefalo-rachidian poate după Walter să ție de următoarele trei posibilități:

- 1) De o afecțiune nesifilitică a sistemului nervos cerebro-spinal;
- 2) De un sifilis visceral cu reacțiunea pozitivă în sânge, care să treacă și în lichidul cefalo-rachidian, sistemul nervos și învelișurile sale nefiind atinse de spirochet, și
- 3) De un sifilis nervos.

La bolnava noastră ultimele două posibilități se înlătură de oarece Wassermann a fost pozitiv transitoriu și din anamneza luată rezultă că nu a avut această infecțiune. Posibilitatea unei erori de tehnică am căutat s'o înlăturăm controlând reacțiunea la două laboratoare diferite și am obținut acelaș rezultat. De altfel toți autorii cari au găsit Wassermann pozitiv în lichidul cefalo-rachidian nesifilitic insistă că au luat toate măsurile pentru a înlătura vre-o eroare de tehnică. E cunoscut că reacțiunea Bordet Wassermann poate să fie pozitivă în sânge, într'o serie de boli ca: scarlatina, paludism, afecțiuni hepatice, framboesia tropicală, pelagra, endocardite, etc., ceeace a condus pe majoritatea clinicienilor de a nu supune la un tratament, decât pe acei bolnavi

la cari Wassermann pozitiv se însoțește de semnele clinice ale infecțiunii sifilitice. În lichidul cefalo-rachidian deasemenea s'a observat această reacțiune pozitivă la bolnavi indemni de sifilis și anume în boala somnului, în meningite de diferite etiologii, inclusiv cele tuberculoase, în neoplame cerebrale (Clovis Vicent)*), în carcinomatoze generalizate (Dungen și Halpern) în tumori medulare (Eicke și Löwenberg). În toate aceste cazuri, Wassermann în sânge a fost negativ, iar anamneza sau examenul histologic au arătat că sifilisul e exclus.

Ceeace e particular observațiunei noastre e faptul că reacțiunea a fost pozitivă tranzitoriu, dispărând cu 4 zile înainte de a sucomba bolnava.

S'a pus întrebarea, unde se produc substanțele cari determină pozitivarea reacțiunei; ori din acest punct de vedere 2 ipoteze se pot susține: substanțele, cari face reacțiunea pozitivă, nasc pe loc, după părerea lui Wassermann, Plaut, Hauptmann și Pilotti sau sunt filtrate din sânge după cum susține Zaloziecki. Sunt argumente cari dovedesc că ambele ipoteze sunt exacte, într'adevăr în favoarea primei ipoteze pledează faptul că există adeseori în cursul neuro-sifilisului Wassermann pozitiv în lichidul cefalo-rachidian și negativ în sânge. Pe de altă parte Zaloziecki și Kraemer au observat meningite epidermice la sifilitici, cari prezentau reacțiunea pozitivă în lichidul c. r. în cursul evoluțiunei și care devenise negativă, când bolnavii se vindeau persistând însă în sânge; ori acest fenomen îl explică că acești observatori prin permeabilizarea meningelor și deci bariera hematomeningee, dispărând substanțele acestea au trecut din sânge în canalul rachidian, pozitivând Wassermann-ul; dar se poate explica acest fenomen și prin prima ipoteză, admițând că reacțiunea devine negativă când procesul meningeal se vindecă și deci substanțele nu se mai produc. Rezultă de aci că ipoteza lui Wassermann, Plant și ceilalți e sigură, iar ipoteza lui Zaloziecki e și ea logică și posibil că convine unui număr restrâns de observațiuni. O altă întrebare e ce sunt acești factori, ori s'au propus mai multe ipoteze; Wassermann crede că ar fi o toxină sifilitică, Citron o substanță toxolipoidică. Sachs admite că alterarea globulinelor serice ar fi factorii cari dau Wassermann pozitiv; Blumberg atribuia fenomenul măriten tensiunii superficiale lichidului c. r. prin limfocitoză, iar Schaffle și Reisenberg cred că oprirea hemolizei se datorește prezenței micro-organismelor. Se înțelege că nu toate aceste explicațiuni se pot susține în observațiunea de mai sus.

Problema care ne-a pus bolnava noastră și care le pun aceste cazuri cu diagnosticul clinic de meningită tuberculoasă cu Wassermann pozitiv, când semnul de certitudine, prezența bacililor Koch în lichidul cefalo-rachidian lipsește, e atitudinea în pri-

*) În cazurile de tumori cerebrale în care Vicent a găsit reacțiunea pozitivă, lichidul cefalo-rachidian prezintă unele caractere (era gălbui, albuminos, uneori fibrinos, conținând uneori compliment, și era lipsit de elemente figurate), cari au permis să se prevadă rezultatul pozitiv.

vința diagnosticului, pronosticului și tratamentului. În această privință am menținut diagnosticul clinic, de meningită tuberculoasă, ceea ce s'a confirmat ulterior prin găsirea bacililor acido-rezistenți iar pronosticul era cel corespunzător acestei grave infecțiuni; în acest caz se vede că ar fi fost o greșală să ținem seama de părerea sifilografilor cari atribue reacțiunei Wassermann o valoare semiologică mare în lichidul c. r.; în ceea ce privește tratamentul am făcut bolnavei noastre injecții cu cianur deși nu corespundea diagnosticului nostru, dar l'am considerat inofensiv.

RÉSUMÉ: Dr. Emanuel I. Cohen: *La réaction de Wassermann transitoirement positive au cours d'une méningite tuberculeuse.*

L'auteur relate le cas d'une malade présentant le tableau clinique d'une méningite tuberculeuse, confirmé par la présence ultérieure du bacille Koch dans le liquide, ayant présenté en même temps un Wassermann transitoire. Le fait que la réaction a été transitoirement positive, éloigne la possibilité d'une syphilis; d'ailleurs ce caractère est signalé pour la première fois.

L'auteur insiste sur l'importance de ces cas, qui mettent en discussion le pronostic autant que le diagnostic étiologique, lorsque le signe de certitude, les bacilles, manque.

L'impression clinique doit prédominer; donc la réaction Wassermann positive dans le liquide au cas d'une méningite étiquetée cliniquement tuberculeuse, ne doit pas modifier le diagnostic ou le pronostic; mais dans l'absence persistante des bacilles, il faut instituer quand même le traitement d'épreuve, par acquit de conscience.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Emanuel I. Cohen; *Eine vorübergehende positive Wassermannreaktion im Laufe einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung.*

Es handelt sich um eine kranke, welche das klinische Bild einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung, nachträglich durch das Auffinden der Kochbazillen in der Flüssigkeit bestätigt, gezeigt hat und vorübergehend ein Wassermann positiv aufwies. Die Tatsache, dass die Reaktion nur vorübergehend positiv war, lässt die Vermutung fern, dass es Syphilis sei, wie auch dies Anzeichen zum ersten mal verzeichnet wird.

Der Verfasser deutet auf Wichtigkeit dieser Fälle hin, welche sowohl die Prognose, als auch die etiologische Diagnose zur Besprechung bringen, falls die Gewissheit, nämlich das Vorhandensein der Kochbazillen, fehlt.

Der klinische Eindruck muss überwiegen und daher muss die positive Wassermannreaktion im Laufe einer klinisch bestimmten tuberkulösen Gehirnhautentzündung weder die abändern.

Doch im Falle eines beharrlichen Fehlens der Bazillen müssen wir ein Probeverfahren, aus Pflichtbewusstsein, anstellen.

Mart, Mandler.



GYNERGÈNE

„SANDOZ“

Tartrat de Ergotamină cristalizat (Stoll)

Medicațiune Ergotinică cu efect sigur.

Gynergène-ul este un medicament absolut pur din punct de vedere chimic, stabil la infinit și în consecință, având un efect constant și sigur poate fi administrat în doze riguros precise.

În caz de urgență, gynergène-ul injectat sub piele, în țesutul muscular, sau în sânge, are o eficacitate constantă și energică.

Gynergène-ul nu prezintă culoarea și mirosul respingător al preparatelor ergotinice obicinuite. Soluțiile sale sunt perfect de limpezi și injecțiile subcutante cu aceste soluții sunt indolore și nu dau naștere la nici o complicație locală.

Comprimatate

3—4, rare ori 6,
pe zi.

Picături

XV—XXX, de 2 ori pe zi
(rare ori de 3 ori).

Fiole

0,50—1 cc, pe zi.

Depozitul la București: DROGUERIA D. NESTOR, Str. Șepcari 6

Depozitul la Cluj: DROGUERIA „ROYAL“, Piața Unirii 26.

Literatură și probe prin:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse).

CURA DE FOAME

**(Câteva considerații în legătură cu o psihoză prin orașele
și târgurile basarabene: vindecarea definitivă
a tuturor bolilor prin cura de foame
după metoda lui Suvorin)**

de

Dr. ION BORDEIANU

Medicul Spitalului Hotin.

În fața crizei de bolnavi și de onorar medicul român poate avea cel puțin mângăerea că numărul medicilor falși la noi este prea mic. Rămâne adevărat că agentul sanitar îl face deseeori pe „doftorul”, că feldșerul basarabean, în virtutea unei vechi tradiții, are clientelă și dă rețete, dar aceste cazuri nu prezintă un fenomen prea supărător.

Altfel stau lucrurile în Germania unde numărul medicilor falși este foarte mare: într'un oraș ca Hamburgul numărul lor întrece numărul medicilor cu diplomă.*) Atâta timp cât „metodele” lor nu fac rău suferinzilor, statul nu se amestecă în practica ilegală a medicinei. Dar ceiace este mai interesant e faptul că unii din acești colegi neoficiali întru Hipocrat dispun de un renume și de o clientelă la care nu poate visa niciodată un medic cu diplomă. Astfel, faimosul Zeileis dela Gallspach (Austria), a avut numai în 1929, după datele statistice oficiale, aproape 150.000 de bolnavi. Alt doctor-minune, — J. Weissenberg, — fost zidar, iar azi profet și „meșter al Domnului”, vindecă orice boală prin spiritism, punerea mâinilor și „influență sexuală” și are pe an până la 120.000 de pacienți. Printre colaboratorii revistei sale spiritiste se numără spiritele cele mai proeminente de altădată, ca Bismark, Luther, etc. Și asta, — nu o să credeți, — chiar la Berlin.

Karl Hagendorf, alt Wunderdokter, vindecă de orice boală numai prin „bunătațea sufletească”. Numeroșii săi credincioși, în-

*) După datele statistice au fost în 1929, în Germania, 12.500 de medici falși, uniți într'un sindicat «profesional», față de 47.000 de medici cu diplomă. (Rev. Ig. Soc. 1932, pag. 726).

regimentată, după moda germană, într'un „Bund” (adică asociație) îi dăruiesc în fiecare an 2% din venitul lor.

Asemenea medici falși, cu o suprafață mai întinsă, la noi încă nu există.

Numai în ultimul timp a apărut în Basarabia un medic-minune, care dacă nu a ajuns la fama colegilor săi din țările civilizate, a reușit totuși să deștepte un interes mare pentru „metoda” lui și a provocat discuții vii nu numai în sânul publicului profan ci și printre medici. Acest fenomen trece neînregistrat de revistele medicale și fiindcă nu este lipsit de interes, merită, cred, să fie făcut cunoscut și colegilor de dincolo de Prut.

— „Colega! Indiscutabil că medicina de azi este stăpânită de o mare și nouă descoperire și această descoperire am făcut-o eu”... Cu această frază, „*profetul metodei de înfometare*” și-a început, invariabil, acum un an, discursul în cabinetul multor medici basarabeni, încercând să-i câștige pentru metoda lui.

Alexei Alexeevici Suvorin, creatorul curei de foame, este un moșneag de peste 70 de ani, licențiat în fizico-chimice, de naționalitate rus, refugiat în Jugoslavia, pe care a schimbat-o acum un an cu Basarabia.

Prietenul său, Amfiteatrov, scriitor rus, refugiat la Paris, scria undeva că Suvorin a fost o viață întreagă un om pasionat de himere. Metoda de înfometare este pasiunea lui cea mai recentă. Ideia i-a apărut întâmplător: fiind arestat acum câțiva ani în Jugoslavia, a declarat greva foamei, pe care a suportat-o 39 de zile; după acest post s'a simțit mai bine. A încercat din nou și a simțit o ameliorare și mai mare. În cărțile sale povestește că după prima cură de foame i-a crescut părul pe cap și barba, după a două — i-au dispărut „petele hepatice” și a simțit cum „ficatul i-a întinerit”. A scris trei cărți, traduse în mai multe limbi, inclusiv araba și chineza.

Metoda lui Suvorin vindecă definitiv „toate bolile, dela guturai până la conj. granuloasă și cancer și, probabil, boala somnului și lepră”. Cura dă „99% de vindecări și nu cunoaște cazuri mortale”. Durata curei variază după boală: ulcerul gastric necesită 28 de zile, anevrismul aortei — 42, diabetul — 8-12, hemoroizii — 14-42, reumatismul — 5-42, etc.

Cura este cât se poate de simplă: puține lichide („apa stinge procesul de epurație”), clisme zilnice, purgative la 2 zile, nici un medicament.

Metoda are următoarea „explicație fiziologică”.

1) În timpul curei de foame are loc un proces de epurație profundă, dinăuntru înafară, condus de suflet, intelect, corpul astral.

2) Epurația nu se face de sus în jos, prin intestine, ci de jos în sus, pe o cale numită superioară, prin limbă și gură; pe această cale „puroiul” din organism nu vine în contact cu sângele și de aceea chiar când se dă afară în cantități mari, epurația se face fără febră.

3) Cura de foame deșteaptă în individul bolnav noi forțe vitale, iar încordarea magnetismului animal poate atinge un grad la care bacilii nu mai pot trăi.

Cura dă maximum de rezultat numai după 40 de zile de foame. Centrul preocupărilor celui supus curei rămâne limba, fiindcă pe acolo ese răul: la sfârșitul curei limba trebuie să fie curată, roșie și din gură să miroase a hoit.

După mărturia lui Suvorin metoda ar fi găsit vre-o 10.000 de adepți, cari s'au „epurat” de toate bolile, bolnavii fiind în majoritatea cazurilor ruși-refugiați în Jugoslavia. Pasionat de metodă, care l-a făcut cunoscut și i-a adus bani, încurajat de succesele din Jugoslavia, apostolul și-a pus în cap nici mai mult, nici mai puțin decât să obțină... premiul Nobel. Din nenorocire se cere să fii prezentat de o societate științifică.

Și fiindcă medicii din Jugoslavia nu au vrut nici să-l recomande pentru premiul Nobel, nici să-l lase în pace să-și practice miraculoasa-i metodă, Suvorin, în cărțile lui, se răzbună cu aceeași pasiune cu care propăvăduiește „epurația”. Dânsul scrie: medicina actuală nu va rezista concurenței metodei mele. Ziua judecății și pedepsei a sosit pentru ea, cu păcatele, greșelile și crimele ei. Pentru această medicină oficială în inima mea nu se găsește nici un pic de milă, fiindcă pedeapsa este pe deplin meritată!...

Tonul acestor amenințări, îndreptate împotriva „castei încărcate de privilegii și necontrolată de nimeni a medicilor”, amenințări cari ocupă mai bine de jumătate din scrierile profetului, ne face să bănuim, că dânsul a părăsit Jugoslavia fără voia lui.

Aici, în Basarabia a găsit un teren mai bun pentru minunile sale: un public ușor increzător, autorități tolerante (arestat de organele sanitare locale, Suvorin a fost pus în libertate în urma ordinului Min. Săn., care i-a dat voie să deschidă,*) într'un târgușor, un sanatoriu pentru încercarea metodei pe bolnavii de tbc. pulmonară). Intelectualii basarabeni (adică acea pătură de oameni cu diplome, cari se află în capul treburilor) l'au primit cu brațele deschise: pentru „studierea științifică a metodei de informare” au fondat o societate, printre membrii căreia vedem nume din elita basarabeană: avocați, medici, profesori, f. miniștri, un membru al Academiei Române, etc. Lângă o mănăstire s'a găsit loc pentru ridicarea unui sanatoriu special pentru cura de foame.

În scop de reclamă un ziar rus a improvisat un fel de „judecată publică” a metodei lui Suvorin, cu procuror, apărare, martori dintre cei vindecați prin metodă și la urmă cu apariția pe scenă a „profetului” care a ținut un mic discurs, intitulat de ziar „Ultimul cuvânt al unui condamnat”. S'au găsit, firește, oameni gata să traducă în românește și să tipărească toată opera lui Suvorin (după câte știm încă nu a apărut). Mai în toate orașele și târgurile basarabene, Suvorin a ținut conferințe, mult frecventate de lume, mai ales la început, după cari a dat consultății, cu onorar „benevol”.

*) Printre adeptele curei de foame s'a întâmplat să fie și o doamnă regăteancă, cu un nume istoric sonor; recunoscătoare lui Suvorin pentru că a scăpat-o de o mulțime de boli a intervenit unde trebuia și «profetul» a fost lăsat în pace.

Cura de foame a ajuns o psihoză și apoi a devenit modă. Numărul celor cari au urmat-o trebuie să fie de mai multe mii. Nu este, cred, medic basarabean, care să nu fi întâlnit bolnavi înfomețați sau să nu fi fost întrebat ce crede despre metodă. S'au supus metodei bolnavi de toate categoriile, cu cele mai variate maladii; cei cari până la apariția profetului pe meleagurile basarabene se simțeau sănătoși au urmat cura, cu entuziasm, ca să-și „curețe organismul” și să-și asigure o bătrânețe senină. Marea majoritate au format-o femeile. Fără să mai consulte medicul ele suportau zile și săptămâni cura de infometare, în speranță că vor scăpa de toate bolile, adevărate și închipuite.

Cura de foame a găsit adepți numai în pătura socială, cu cultura rusă oficială, cunoscută în Basarabia sub denumirea de „inteligenția”, formată din intelectualii orașelor, târgurilor și satelor; dintre românii regăteni, stabiliți în Basarabia, s'au lăsat convinși numai acei cari prin căsătorii sau numărul anilor de când locuiesc aici, au devenit basarabeni.

Metoda „epurației organismului de toate bolile” nu a găsit de loc adepți printre evrei, cari au fost în decursul vremurilor și rămân credincioși medicinei oficiale. Neatinsă de minunile metodei a rămas și massa mare a satelor basarabene, cu toate încercările „profetului” de a prinde rădăcini și acolo. Lucru se explică ușor: și în trecut satul a rămas refractar culturai și influenței rusești.

Chiar și adepții cei mai convinși ai curei de foame au rămas desamăgiți de rezultatele ei. Au fost, adevărat, și cazuri când bolnavii susțineau că în urma curei au scăpat de vr'un junghiu, de dureri de cap, alții s'au simțit mai bine, dar nici unul (cel puțin printre cei cunoscuți de mine) nu a scăpat de toate bolile. Multe doamne, suferinde de obezitate, după cure de 15—20 de zile, fericite, au constatat o scădere a greutateii egală cu câte un kl. pe zi de foame, dar spre groaza lor grăsimea s'a depus la loc în cel puțin o lună și nu rareori a crescut chiar în greutate. Mulți s'au îmbolnăvit mai rău, cum a fost cazul unei doamne, soția unui medic, care după 40 de zile de foame a trebuit să fie internată într'un spital de boli mintale. Au fost și câteva cazuri mortale.

Azi, după un an dela sosirea lui Suvorin, „înfomețații” se întâlnesc tot mai rar. „Profetul”, arestat de câteva ori, judecat, condamnat și apoi achitat, într'un rând gata să fie expulzat, continuă și mai departe să țină conferințe și să dea consultații prin târgurile și orașele basarabene, în ciuda legilor țării, de care este complect strein și încrezător în steaua care trebuie să-l ducă... la premiul nobel.

Cura de foame nu este, firește, descoperită de Suvorin. Istoria medicinei arată că ea face parte din arsenalul terapeutic din timpurile cele mai îndepărtate. Foamea totală sau parțială este impusă de toate religiile, sub forma de posturi. În Japonia există

un templu, unde pelerinii sunt supuși unui post sever timp de câteva săptămâni, în speranța că vor scăpa de boli. Fakirii se supun posturilor îndelungate înainte de a face minuni. Istoria romană povestește că Pomponius Atticus, chinuit prea mult de boală s'a hotărât să moară de foame, dar după câteva zile se simte mai bine și apoi se vindecă deabinelea. Binefacerile abținerii dela alimentație timp de câteva zile sunt cunoscute de multă lume: unii, ca să aibă mintea mai limpede, înaintea unui concurs sau lucrări, renunță la mâncare timp de câteva zile. Așa făcea deseori și Montaigne, mare gourmand.

Cura de foame a fost bine cunoscută și de Hipocrate, care îi recunoștea valoarea, dar spunea că foamea poate face și rău: foamea vindecă, slăbește și omoară. Heraclit ca și Hipocrate o prescriau până la 7 zile, Esculap, mai prudent, nu trecea de 3 zile. O prescriau la edematoși „pentru uscarea trupului” și mai ales în maladii febrile, boli de piele, nervoase.

În decursul veacurilor cura de foame a suferit multe variații, însă este sigur că nu a dispărut niciodată. Se pare chiar că au fost perioade când medicii o prescriau prea des, dacă judecăm după următorul pasaj dintr'o scriere a lui Petrarca (sec. XIV): dietetica a devenit o adevărată tiranie; medicii o prescriu celor bolnavi și celor sănătoși. Cine o urmează nu mai rămâne sănătos. Și dacă ea poate face rău celor sănătoși, cu atât mai mare este răul făcut celor bolnavi... Prin sec. XVI cura de foame alături de mercur, a fost în mare cinste, împotriva sifilisului. În secolii următori interesul pentru ea scade treptat.

Medicina de azi începe din nou să se intereseze de cura de foame. La Congresul medical pentru bolile tubului digestiv (1928), cura de foame a fost mult desbătută. Numărul lucrărilor despre ea este mare și crește mereu.*) Terapeuții germani o prescriu tot mai frecvent. Brugsch spune că ea este una din cele mai puternice arme terapeutice, care nu poate fi înlocuită prin nimic.

Dar dacă altădată cura de foame era bazată numai pe empirism, azi este bine știut că ea, ca orice armă terapeutică, poate aduce ameliorări sau vindecări numai în cazuri de indicații bine precizate și urmată sub controlul continuu al medicului. La baza curei stau cunoștințe clinice și din domeniul fiziologiei.

În timpul războiului și imediat după el, când populația a fost deseori silită să facă o cură de foame involuntară, totală sau numai parțială, s'a observat o diminuare mare a crizelor de eclampsie la gravidele sărace. Bolnavele din clasele mai bogate, cu o alimentație mai bună, prezentau crizele de eclampsie ca și înainte de război. Alți medici au observat, tot în perioada războiului, o diminuare sau dispariție totală a gutei și obezității. Poate că din această

*) În cartea «Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hunger und Durstkuren» von Dr Günther-Leipzig, găsim, la capitolul curei de foame, o bibliografie de peste 400 de lucrări, printre cari semnalăm și lucrările românești (Marinescu-Parhon). Cele mai multe date despre cura de foame au fost împrumutate din această carte.

constatare cunoscută și de public, a luat naștere moda feminină de după război a corpului svelt". Multe femei se supun, de bună voie, unei cure de foame regulate, de o zi-două în fiecare săptămână. lucru recomandat între altele și de V. Pauchet în cartea sa „Ră-mânței tinerii!”

Rezistența la inaniție depinde de felul curei de foame, care poate fi totală sau parțială, și de cantitatea de rezerve de care dispune individul. Experiențele au arătat că omul poate trăi până la 60—70 de zile fără alimente. Mac Sweney, primarul din Cork (Irlanda), care s'a sacrificat pentru independența țării sale, a murit după 73 de zile de foame completă. Minerii acoperiți cu pământ, dacă au suficient aer, pot rezista multe zile și chiar săptămâni. Pentru glorie și mai ales bani unii amatori se supun, de bună voie, curei de foame, căutând să atingă recorduri mari (Geshella 65 zile). La fel procedează și unii condamnați ca să atragă atenția opiniei publice asupra condamnării lor pe nedrept.

Foamea se poate suporta timp îndelungat numai cu condiția ca omul să nu fie oprit de a bea apă. Fără apă rezistența scade până la 10—15 zile. Apa nu aduce nici un aport nutritiv, însă este absolut necesară organismului pentru funcționarea glandelor, activitatea cărora nu se oprește în timpul cât omul nu mănâncă. Bolnavul moare de inaniție după ce pierde 25—50% din greutate. Repaosul total, inclusiv cel intelectual și moral, măresc rezistența la cura de foame. Se pare că femeile au o rezistență mai mare, poate din cauza cantității mai mari de grăsime.

O boală infecțioasă apărută în timpul curei poate fi fatală pentru cel care o urmează. (Așa a pățit un american, care a câștigat milioane expunându-se publicului în timpul curei). Epidemiile de tifos din timpul războiului și din perioadele de foamete (Hungertyphus al autorilor germani) dau o mortalitate ridicată nu numai din cauza greutăților de ordin tehnic (izolare grea, desinfecare incompletă, etc.) ci și din cauza că organismul slăbit de foame nu mai oferă decât o rezistență minimă în fața bolii.

Deseori după cură se observă fenomenul „supracompensației”: individul se îngrașă, copii cresc, fenomen observat după bolile infecțioase, în care bolnavii fac o cură de foame incompletă.

Cura de foame se prescrie în bolile cronice: diabet, gută, reumatism, obesitate, emfizen, uremie, eclampsie, nefrite, diferite intoxicații, etc. Durata curei variază după caz, însă nu poate trece de câteva zile. Sunt de preferat cure mici, repetate la intervale. Bolnavul rămâne tot timpul în supravegherea medicului, care la nevoie va putea întrerupe cura. Atenția medicului va fi îndreptată la cord: la primele semne de bradicardie cura trebuie întreruptă.

Departee de a fi o descoperire a lui Suvorin cura de foame a fost cunoscută și prescrisă de medicii de altădată, iar azi știința medicală începe să-i dea o importanță mereu crescândă, pe baze de studii experimentale și clinice.

Ca orice armă terapeutică ea poate face și rău și deaceia în

interesul miilor de bolnavi, cari se lasă ușor înșelați, ar trebui ca mânărea ei să nu fie lăsată pe seama unor oameni, cari nu numai că nu sunt medici dar caută să lovească în prestigiul medicilor și să slăbească încrederea în știința medicală.

Pretinsul „profet” al acestei cure, cunoscută de mii de ani, abuzează de ospitalitatea proverbială a unui popor, de care nu-l leagă nimic, călcând încă legile țării și sfidând regulile științei medicale.

RÉSUMÉ: Dr. I. Bordeianu: *La cure de faim.*

L'auteur relate le cas d'un certain Suvorin, réfugié russe en Bessarabie, charlatan conscient ou illuminé inconscient, qui prône la guérison de toutes les maladies par la cure de faim (peu de liquides, des clystères journaliers, des purges chaque deux jours, aucun médicament). Ce traitement chez environ 10000 adeptes a donné 99% guérisons et aucun décès — d'après le témoignage de son auteur — auquel il a apporté de beaux bénéfices et auquel a tourné aussi en avantage la credulité d'un public pas toujours inculte, qui est intervenu avec succès près des autorités pour laisser le prophète continuer en tranquillité sa propagande nefaste.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Bordeianu—*Die Hungerkur.*

Der Verfassen berichtet über den Fall eines gewissen Suworin, ein russischer Flüchtling in Bessarabien, ein bewusster Scharlatan (Betrüger) oder ein unbewusster Erleuchter, welcher die Heilung aller Krankheiten durch die Hungerkur (wenig Flüssigkeiten, täglich Klistiere, Abführmittel jeden zweiten Tag und gar kein Medikament) prophezeit. Dieses Verfahren mit ungefähr 10.000 Anhängern hat 99% Heilungen ergeben, ohne einen Todesfall zu verzeichnen, nach den Bezeugungen des Begründers dieses Verfahrens, welchem es sehr schönen Nutzen brachte, sowie die Leichtgläubigkeit des Publikums, das er erworben hatte und an das er sich wendete, ihm zu Hilfe kam und die Behörden bestimmte, ihn ruhig weiter seih unglückseliges Propagandewerk, ausüben zu dürfen.

Mart. Mandler.

UROFORMINE

GLOBEY

COMPRESSES 0⁵50
AMPOULES 2" & 3"

**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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

II.

A. — CĂRȚI — MONOGRAFII *)

Prof. Dr. St. BEZDECHI: **DAS PSYCHOPATISCHE SUBSTRAT DER «BACCHANTINNEN» EURIPIDES**. — Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin, Bd. 25. Heft 3, 1932, Leipzig.

Autorul, profesor de limba elină la Univ. din Cluj, întreprinde un studiu critic remarcabil în această broșură de 28 pag., publicată în niște Archive de Istoria medicinei, ilustrată cu figuri reproduse din diferite dicționare sau cărți de medicină de Menade dansând, căzute în extas sau apucate de accese histerice și adnotată cu numeroase menționări și citate erudite, studiu critic asupra Bachantelor lui Euripide, o dramă de psycho-patologie, în care autorul grec de tragedii nu și-a imaginat modelele, ci le-a stilizat dupe natură.

Intr'adevăr autorul susține că este mai mult decât probabil că Euripide, care citise cartea lui Hipocrate „Asupra boalei sfinte” a considerat bizarele manifestațiuni ale femeilor după aparență otrăvite de Dionysos — agentul hipnotisator, un șarlatan, — ca simptomele unei tot atât de puțin divine boale, ca ale oricărei alte boale.

* * *

Dr M. Cănculescu.

Doz. Dr. I. DANIEL (Bukarest): **UNTERSUCHUNGEN UBER DIE HYPOTENSIVE WIRKUNG DER GALLE. VERSUCH EINER HEPATOBILIAREN ERKLÄRUNG DES BLUTDRUCKES**. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, München, 1932.

La Congresul al XLIV ținut anul acesta la Wiesbaden, autorul a comunicat cercetările sale asupra unei acțiuni hipotensive din partea bilei asupra presiunii arteriale. Cercetările au pornit dela observarea scăderii presiunii arteriale la mai mulți bolnavi cu turburări din partea vesicii biliare, la cari dupe vindecare presiunea revenea la normal.

Și alți autori au observat mai înainte această scădere a presiunii în experiențele lor pe animale cu bilă sau cu părțile constitutive ale acesteia, dar efectul hipotensiv a fost socotit ca o acțiune mecanică datorată injectiei prea repezi.

Pentru elucidare autorul a recurs la experiențe pe 20 câini și a întrebuințat bile diferite; el a constatat că întotdeauna presiunea arterială scade fie că se injectează bila intravenos sau intraarterial; că gradul scăderii presiunii depinde de felul bilei (spre exemplu scăderea se produce mai accentuat

*) Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacție a lucrărilor.

cu bila de om B, decât cu bila A sau C); că rolul activ îl joacă sărurile biliare; că intensitatea și durata scăderii depinde de concentrarea și de cantitatea bilei injectate sau de aceea a sărurilor ei.

Autorul s-a întrebat apoi dacă la mecanismul de regulare al presiunii arteriale n'ar participa și ficatul și a răspuns afirmativ; mai crede că ridicarea presiunii arteriale, mai ales în formele transitorii, este datorată unor schimbări umorale, între cari și o disfuncțiune a factorului hepato-biliar; cea ce l-a făcut să administreze în câteva cazuri de hipertonie esențială fără turburări renale fel tauri depuratum siccum ca medicație exclusivă, 10 zile câte 2—4 gr. zilnic pe gură și să obțină rezultate satisfăcătoare (scăderi de 40—60 mm.).

Fiind dată importanța acestor cercetări, cari aduc o notă nouă și originală, se impun cercetări noi de control.

Dr M. C.

* * *

Docent Dr I. BISTRICEANU: CURENȚII DE ÎNALTĂ FRECVENȚĂ ȘI MARE TENSIUNE ÎN PRACTICA MEDICALĂ — (Efluviațiile, Fulgurațiile și Aplicațiile de contact). — Inst. grafic «Arta», București, 1932.

O lucrare de 82 pag., cu 44 figuri în text, precedată de o **Prefață**, scrisă de D-rul D. Paulian, agregat al fac. de medicină din București, și o **Introducere** scrisă de autor, care continuă cu expunerea **Noțiunilor de fisioterapie** începute în cele 2 lucrări anterioare, anume **Electroterapia și Lumina în terapeutică**.

Lucrarea are ca obiect de data aceasta D'Arsonvalizarea de mare tensiune și cuprinde 10 capitole, cari se raportează la generalitățile asupra acestor curenți electrici și la modul lor de producere, la studiul oscilațiilor electrice, la descripția diferitelor aparate medicale generatoare de curenți de înaltă frecvență și mare tensiune, la acțiunea fiziologică a acestor curenți, la indicațiunile terapeutice ale d'Arsonvalizației de mare tensiune.

Această lucrare, care implinește un gol în literatura noastră medicală, scrisă clar și neperzându-se în detalii, constituie un „guid modest” dar cu atât mai prețios și mai folositor pentru medicul practician, care ia astfel ușor cunoștință de această eficace metodă de tratament.

Dr M. C.

* * *

Docent Dr H. SLOBOZIANU: LA COTE ROUMAINE DE LA MER NOIRE AU POINT DE VUE DE LA TALASSOTHERAPIE — Tip. «Cultura» București, 1932.

O broșură de 14 pagini, în care autorul expune toate datele asupra climatului, apoi de mare și lacurilor sărate de pe litoral, în special Tekir-Ghiolului, precum descrie și efectele fiziologice manifestate asupra organismului, după lucrările sale personale anterioare precum și acelea efectuate în Institutul de balneologie din București și Iași.

Dr M. C.

* * *

Doctor ODISEU APOSTOL: OBOSEALA. — Tipogr. Gh. Ghili, Cluj, 1932.

O broșură de 23 pag., în care autorul expune pe larg ce este oboseala; dând definiții și generalități; făcând clasificări după diferiți autori; arătând în ce constă oboseala fizică, oboseala intelectuală, surmenajul, malmenajul, antrenamentul; care este rolul patogen al oboselii; descriând pe larg oboseala

la aviatori; făcând constatări personale și recomandări contra oboselii în armată, expunând profilaxia și tratament.

Autorul se întinde în special asupra **oboselii la aviatori**, expunând în detaliu constatările personale și experiențele ce a făcut în anchete conduse timp de 2 ani asupra piloților și a sa personal, sburând neîntrerupt mai mult de 21½ ore și notând schimbările produse în organism, în special asupra ap. circulator.

Această carte constituie o revistă complexă generală și o meritorie lucrare originală asupra chestiunii oboselii la aviatori, *lucrare de medicină aeronautică* care nu este prima de acest fel, autorul mai scriând în această direcție: *Aviația sanitară, Igiena aviatorului, Medicina aeronautică, Criterii generale în selecția piloților de aviație.*

* * *

Dr M. C.

Dr OD. APOSTOL: **PARADISUL SATANEI** (Opiul, Morfina, Cocaina, Hașul, Eterul, Kawa). — Tip. «Ardealul» Cluj, 1932.

O broșură de 16 pag., în care, sub titlul sugestiv de mai sus, autorul expune în mod amplu datele farmaco-clinice asupra intoxicațiilor cu substanțele de mai sus, după diferiți autori, între cari Prof. Dr. Urechia, Dr. Retezeanu și Prof. Dr. Ionescu-Matiu.

Titlul, care se adresează marelui public, este nepotrivit pentru conținutul științific al acestei lucrări, care se adresează medicilor în primul rând sau oamenilor cu o deosebită cultură.

Acestora nu este nevoie a li se excita curiozitatea prin titluri literare; conținutul le ajunge.

* * *

Dr M. C.

Dr I. BORDEIANU: **CANCERUL** (Ce este, cum se cunoaște, cum se tratează). — Chișinău, 1932.

O broșură de 72 pag., cu 20 figuri în text, cu o **Prefață** scrisă de d-l Prof. Gerotă, care recomandă călduros această lucrare adresată marelui public prin „numeroase incursiuni în domeniul fizicii, fiziologiei și mecanice populare cași prin noțiunile și explicațiile clare, cari reprezintă adevărate lecțiuni de știință populară”.

Intr'un **Cuvânt înainte** autorul explică pentru-ce scrie această carte și de ce o adresează marelui public, a cărui ignoranță nicăeri nu se manifestă mai amplu ca asupra acestei boale.

În capitolele, cari se succed și poartă fiecare câte un motto celebru sau reproduc o părere autorizată, se arată: Cum cancerul este vechi de când lumea; — pericolul cancerului cu date statistice; — ce sunt tumorile de buna și rea natură; — cum cancerul este o anarhie celulară; — ce cred. savanții despre origina cancerului; — cari sunt cauzele cari predispun la cancer; — stările precanceroase; — cum se cunoaște cancerul la începutul său, la diferite organe și regiuni; — tratamentul cancerului și prevenirea lui.

O folositoare carte medicală de popularizare, de cari ar trebui să se ocupe autoritățile sanitare pentru a o răspândi cât mai adânc în popor.

Dr M. C.

**TRATAMENTUL FITOTERAPIC
AL STĂRILOR NEVROPATICE**

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieții genitale, turburări funcționale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului și sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice*: *Passiflora incarnata*, *Salix alba*, *Crataegus oxyacantha*.

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură și eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeștii Vechi—București, Sectorul 3



**SIROPUL
NEURO TONIC
GHEORGHIU
TONICUL NERVILOR
ȘI AL MUȘCHILOR**

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior
din 23 Martie 1929

INDICAȚIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic și moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenii, Impotență, etc.

TONIC și APERITIV

CONȚINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ȘTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIȚIEI, 32

TELEFON 8/4

B.—REVISTE MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE

Tome V, No. 1 și 2 | 1932

Docteurs PEREPEREZ, Gutierrez LARA, BOTE, ZOZAYA, CARTANA, TORRADEMÉ et Gil COLLADO, sous la direction de M. le professeur G. PITTALUGA. — Le paludisme dans les „deltas” (Etudes sur certaines conditions naturelles et expérimentales de l’Anophélisme dans le delta de l’Ebre, 1926-1930).

G. ZOTTA. — Etudes sur le paludisme dans le delta du Danube (I. Anophélisme sans paludisme).

M. CIUCA, J. BALTEANU, L. BALLIF, G. IRIMESCO, E. ALEXA, N. CONSTANTINESCO, J. JANCOU, G. AGAPI, M. VIERU. — Contribution à l’étude du traitement du paludisme.

AL. SLATINEANU, I. BALTEANU et I. ALEXA. — Recherches comparatives sur l’action thérapeutique de la quinoplasmine, du quiniostovarsol et de la quinine sulfurique dans le paludisme spontané.

Aristie DAMBOVICEANU. — Composition chimique et physicochimique de liquide cavitaire chez les Crustacés décapodes (Physiologie de la calcification), No. 2/1932.

D. COMBIESCO. — Sur une épidémie de fièvre exanthématique: fièvre boutonneuse ou fièvre escharo-nodulaire (observée à Constantza, Roumanie). (Premier Mémoire).

Alfred TEITEL-BERNARD. — Sur quelques propriétés physicochimiques des hématies humaines, l’hématie mûriforme.

* * *

BUCUREȘTI MEDICAL

No. 8-9 și 10-11 | 1932

Prof. R. LERICHE, R. FONTAINE, J. KUNLIN: Contribution à l’étude des nerfs vasomoteurs du cœur, No. 8-9/1932.

Dr. SYLVIU D. CONN: Purpura rheumatoida. Purpura anafilactică sau maladia serului.

Dr. G. SEBESTYÉN: Un caz de intoxicație gravă cu luminal, vindecat după 8 zile.

Prof. Dr. I. IACOBOVICI: Două cazuri de angină de piept operate prin metoda supresiunii reflexului presor, No. 10—11/1932.

Dr. H. ELIAS și Dr. M. SCHACHTER: Un caz de boala lui Ritter sau dermatita exfoliativă a noului născut.

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 8 - 9 | 1932

Prof. N. HORTOLOMEI, DEM. PAULIAN, J. IONESCU-MILTIADE: Tumoră medulară cu paraplegie, operație, vindecare, No. 8—9/1932.

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: Curenți de înaltă frecvență și mare tensiune în tratamentul bolilor sistemului nervos.

Dr. OD. APOSTOL: Cunoștințele medicale ale lui Omer.

Dr. WEISS H. MENDEL: Calculul salivar în canalul lui Wharton.

Dr. S. SCHUTZMAN și Dr. I. ROSMAN-Craiova: Tratamentul erizipelului prin raze ultra-violete.

* * *

CLUJUL MEDICAL library Cluj

No. 8 și 10 | 1932

Prof. Dr. I. IACOBOVICI și Dr. ST. JIANU: Considerațiuni asupra distrofiei chistice în legătură cu 16 observații, No. 8/1932.

Pro. Dr. GRIGORIU CRISTEA și Doc. Dr. ROPOVICIU TRAIAN: Considerațiuni asupra tratamentului fibromului uterin.

Docent Dr. P. VANCEA: Epiteliomul hialogen al pleoapelor.

Docent Dr. CONSTANTIN STANCA: Chinintrina cu cutecic.

Docent Dr. TRAIAN POPOVICIU: Considerațiuni asupra tratamentului insuficienței ovariene.

Prof. Dr. D. MICHAİL: Granulom plasmocitar pediculat al sacului lacrimal, No. 10/1932.

Dr. TITU TURCU: Febra undulantă.

Docent ER. ION GAVRILĂ: Seroterapia antidifterică.

Dr. SPARCEZ, Dr. COHTUȚIU, Dr. SECAREA: Considerațiuni asupra complicațiilor viscerale în saturnism.

Dr. V. SABĂDEANU: Corpi străini intraoculari migratori.

Dr. FR. PIRÉE: Contribuțiuni la statistica și prognosticul stenozelor esofagiene produse prin intoxicație cu sodă caustică. Importanța procedurii „Sondajul fără sfârșit”.

* * *

NOUA REVISTA MEDICALĂ

Anul IV — No. 3—4, 5 și 6 | 1932

Dr. MARCEL PINARD: Comment traiter un syphilitique, No. 3—4 /1932.

Dr. R. TRUELLE: Un des plus captivants chapitres de l'Hydrologie Française.

Dr. Z. IORDACHESCU și Dr. G. ANTONESCU: Contribuțiuni la creșterea copiilor de școală.

Dr. Prof. PARHON și A. KREINDLER: Recherches chronaximétriques dans la tétanie latente chez l'homme, No. 5/1932.

Dr. IMRE WIENER: Le diagnostic Electro-phontique de l'Estomac et de l'Intestin. L'Electrogastrographe et sa signification clinique.

Dr. M. SCHACHTER-NANCY: Câteva cuvinte asupra motilității nou-născutului și sugarului.

Dr. BARDELLY GH.: Câteva considerațiuni asupra tulburărilor digestive și ponderale la copii.

Dr. Dartigues: La disparition d'un jeune savant roumain. Le Docteur Alexandrescu.

Prof. S. LALU: Faculté de Médecine de Bucarest. Cours de Physiologie.

Dr. M. WEISSMANN: Gratuitatea în profesiunea medicală.

Dr. Prof. PARHON și I. ORNSTEIN: Action de la thyroxine sur la protéinémie totale, surtout chez les personnes âgées, No. 6/1932.

Dr. D. R. DURAND-FARDEL: Les problèmes actuels de la lithiase biliaire.

* * *

REVISTA DE CHIRURGIE

No. 10—12 | 1931, 1—2, 3—4, 5—6, 7—8 și 9—10 | 1932

Docent DAN THEODORESCU: Tratamentul chirurgical al ulcerelor cronice ale gambi, No. 10—12/1931.

V. CLIMESCU și AT. IANAȘ: Tratamentul tuberculozei piciorului.

Profesor C. ANGELESCU și Docent G. BUZOIANU: Tehnică operatorie pentru tiroidectomie intracapsulară parțială în gușile endemice.

C. STOIAN și P. COSTESCU: Aparat ortopedic pentru tratamentul fracturilor humerusului și câteva rezultate obținute cu el.

Docent N. BLATT: R:plantația pterigionului.

LEONIDA MAVROMATI: Avorturi spontane repetate de natură tiroidiană.

AL. LAMBESCU: Tumoare solidă a labrei mari drepte.

Prof. I. IACOBOVICI: Paratiroidectomie pentru poliartrita anchi-lozantă cu hipercalemie, No. 1—2/1932.

Conf. C. LEONTE și Docent DAN THEODORESCU: Urmările sarcinei ectopice operate. (Cu un caz de sarcină ectopică iterativă).

Conf. ION JIANU: Simpatectomia cervicală și extirparea plexurilor

lembo-aortic și hipogastric în angina pectorală și angina abdominală.

D. BERCEANU și C. AURIAN: Un semn nou în diagnosticul diferențial al tumorilor abdominale voluminoase retroperitoneale.

V. CLIMESCU și AT. IANĂȘ: Tuberculoza omoplatului.

Docent G. BUZOIANU: Simptomle, diagnosticul și tratamentul cancerului laringean.

Prof. C. ANGELESCU și Docent S. TOVARU: Studiu terapeutic al chistelor hidatice ale splinei, No. 3—4/1932.

V. CLIMESCU și AL. IANĂȘ: Artrodezele în tratamentul urmărilor coxalgiei.

G. PLACINȚIANU: Sarcină distocică la termen. Fiziometrie. Histerectomie subtotală în bloc. Vindecare.

TR. BONA: Fibro-miom epiploic torsionat (provocând ocluzie intestinală).

I. SIMIONESCU: Rupturile operatorii ale vezicii.

Prof. AMZA JIANU, V. MOISESCU și DAN THEODORESCU: Tuberculoza mamară, No. 5—6/1932.

Prof. C. ANGELESCU, G. BUZOIANU și D. CARAMZULESCU: Cercetări asupra patogeniei cefaleei post-rachianestezice, No. 7—8/1932.

VL. BUȚUREANU și G. CHIPAIL (Iași): Pancreatită acută hemoragică cu oedem.

E. MUREȘANU (Cluj): Considerațiuni asupra peritonitei pneumococice în legătură cu două cazuri clinice.

V. MAX POPOVICI: Punctul lui Mac Burney, No. 9—10/1932.

TRAIAN BONA: Mixom enorm al ligamentului rotund în asociație cu pseudomixom apendicular.

* * *

REVISTA DE IGIENA SOCIALA

No. 9 și 10 | 1923

G. BANU: Intoxicațiile în muncă, No. 9/1932.

R. OLINESCU, FLORU, KESSIM și C. ANGHELESCU: Date obținute prin examenul studenților din primul an de farmacie, București.

POMPILIU NISTOR: Vaccinarea antituberculoasă în județul Brașov.

I. CONSTANTINESCU și ALFRED DIMOLESCU: Constituțiunile morbide la școlari.

GH. ATANASIU: Despre unificarea așezămintelor medico-pedagogice.

C. BRĂTESCU: Există pleură medicală în Europa?

I. CIOCARLAN: Mărimea mijlocie a familiei într-o populație staționară și într-una în descreștere.

CONST. C. GHEORGHIU: Funcționarea asigurărilor sociale în Meurthe et Moselle.

NINA ZLOTESCU: Munca în penitenciare.

G. BANU: Despre conioze și alte maladii profesionale, No. 10/1932.

P. VRANCEANU: Situația din punct de vedere sanitar și medico-social a județului Cernăuți pe 1931.

- E. RASMERIȚA: Condițiunile atmosferice în localurile de muncă.
 G. BANU: O importanță lucrare românească de igienă rurală („Plasa sanitară Tomești”).
 C. C. GHEORGHIU: Aboliționism și prostituție.
 A. MIHAILESCU: Bolile venerice și combaterea lor la țară.

* * *

REVISTA DE OBSTETRICA GINECOLOGIE PUERICULTURĂ

Tomul XI, No. 2 și 3 | 1932

- N. GHEORGHIU: La révision de la cavité utérine (contrôle utérin) après l'accouchement comme traitement prophylactique de l'infection puerperale endogene des hemorrhagies postpartum et des tranchées utérines, No. 2/1932.
 D. SAVULESCU: Tratamentul hidromineral al afecțiunilor uterului și anexelor în stațiunile din România.
 HORIA SLOBOZIANU: Polidactile prin mâini duble asimetrice.
 G. VINTILĂ — D-ra C. MARINESCU: Ruptura spontană intra-partum a uterului.
 M. GEORGESCU — C. AURELIAN-BAJENI: Tratamentul inerciței uterine prin chinuitrin-Richter.
 ANA SUCHAR: Vaccinație profilactică preoperatorie și ante-partum.
 I. C. CAROIU și GH. N. POPESCU: Oligoamniusul și influența lui asupra fătului, No. 3/1932.
 T. VEBER: Pronosticul cardiopatiilor în cursul sarcinei.
 MEDEA NICULESCU: Lehuzia normală sau fiziologică.
 GEORGE D. VINTILĂ: Eclampsie intrapartum (stare comatoasă). Aglutinarea orificiului uterin. Sarcină generală.
 D. SAVULESCU și MARIUS GEORGESCU: Combaterea inerciței uterine prin acțiunea combinată a thymusului și a lobului posterior al hipofizei (Thymuitrin-Richer).

* * *

REVUE MÉDICALE ROUMAINE

No. 4 | 1932

- MARIA BRIESE: Le système neuro-végétatif en pathologie nerveuse (Suite), No. 4/1932.
 L. MAVROMATI: La Pathogénie des Troubles Rachianesthésiques. Théories Pathogéniques (Suite et fin).

* * *

ROMANIA MEDICALA

No. 17, 18, 19 și 20 | 1932

- Prof. Dr. D. MEZINCESCU: Situația actuală a organizării noastre sanitare și mijloacele de îndreptare, No. 17/1932.
 Dr. AL. CRĂINICEANU: Patogenia insuficiențelor ovariene.
 Dr. IOAN IONESCU-MILTIADE: Cercetări clinice asupra unui nou

spasmodic în chirurgie.

Dr. TH. MOISESCU: Paris — La Charité.

Profesor Dr. G. MARINESCU, Docent Dr. E. FAÇON, Dr. A. BRÜCH și Intern A. PAUNFSCU—PODEANU: Contribuțiuni la studiul sindromului hipoglicemic, No. 18/1932.

Dr. L. VAIAN: Alte însemnări de medicină și de folclor din opera istorică a Principelui Dimitrie Cantemir.

Congresul internațional de Istoria medicinei.

Agregat Dr. P. TOMESCU: Activitatea științifică a medicilor din provincie.

Conf. Dr. AL. CRAINICEANU: Tratamentul insuficienței ovariene, No. 19/1932.

Dr. ASTRA NANDRIȘ-CALUGAREANU: Trei cazuri de encefalită post-vaccinală.

Dr. C. D. ZANE: Transarganul în tratamentul uretritelor gonococice.

Farmacist Lt. TRANDAFIRESCU E.: Contribuțiuni la studiul din punct de vedere analitic al apei din Marea Neagră, apei și nomolului din lacul Tekirghiol.

Dr. ANTON FEIER: Din calvarul medicilor rurali.

Agregat Dr. POENARU-CAPLESCU: Arsurile și terapeutică lor actuală, No. 20/1932.

Docent Dr. G. BUZOIANU: Regulele chirurgicale oto-rino-laringologice.

Docent Dr. I. GHIULAMILA: Considerațiuni asupra evoluției chirurgiei aparatului locomotor în general și a stărei ei actuale în România.

Profesor Dr. NANU-MUSCEL: Moartea Profesorului Dr. Gh. Stoicescu.

Docent Dr. I. PAVEL: Congresul internațional al litiazii biliare Vichy.

* * *

REVISTA ȘTIINȚELOR MEDICALE

No. 7, 8 și 9 | 1932

Docent Dr. D. HAGIESCU și Dr. S. CIORAPCIU: Tuberculoza în 1931, No. 7/1932.

Dr. Gr. I. ODOBESCU și Dr. H. VASILESCU: Tuberculoza și turburările neuro-psihice.

Dr. STATE DRĂGĂNESCU și Dr. H. VASILESCU: Tratamentul epilepsiei esențiale.

Dr. I. MARIAN: Fenomenele nervoase în morbul lui Pott și tratamentul lor.

Dr. G. IRIMOIU: Spondiloza rizomelică (Boala lui Pierre Marie-Strümpel), No. 8/1932.

Dr. EMIL ST. GRAUR: Röntgenterapia în boala lui Basedow.

ZENOBIA VITNER-ROZENTHAL: Viteza de sedimentare a globulelor roșii în Obstetrică și Ginecologie.

Dr. M. SCHACHTER: Considerațiuni asupra frecvenței și etiologiei cancerului pulmonar.

Dr. L. DANIELLO și Dr. M. ALEXANDROV: Abcesul gangrenos al plămânului, No. 9/1932.

Doc. Dr. PLĂCINȚEANU: Reflecțiuni asupra câtorva cazuri de sarcină extrauterină.

Dr. P. SAMARIAN: Boala „Dre-i-Vodă” sau „Suparul Ducei-Vodă”.

Medic General Dr. V. MANDRU: Noul puncte de vedere în fiziologia și patologia tiroidei și paratiroidelor.

Dr. D. DUMITRESCU et Dr. MOSCOU: Le chimisme gastrique dans la cholélithiase et après la cholecystectomie.

Prof. LALU: Profesionale.

* * *

SPITALUL

No. 5, 6, 7—8 | 1932

Prof. Dr. AMZA JIANU, ENESCU C. și FIRICĂ T.: Rachianestezia cu percaină, No. 5/1932.

Conf. Dr. DEM. EM. PAULIAN și Dr. C. FORTUNESCU: Paralizia ascendentă tip Landry. — Evoluțiune rapidă cu remisiune intercurrentă.

Dr. V. VINEȘ și Dr. C. T. IORDANESCU: Examenul electric în paralizia facială. (Câteva considerații asupra schemei lui Erb).

Dr. POPOVICI-LUPA și Int. FLORICA POENARU: Asupra relațiilor dintre hidrocelul sugarului și heredosifilis.

I. GILORTEANU, DAN THEODORESCU și ALECU TUDOR: Osificarea post-traumatică paracondiliană internă a femurului sau așa zisa maladia lui Kohler-Pellegrini-Stieda.

Docent Dr. PLĂCINȚEANU: Indicațiunile de terapeutică în strâmtoarele pelviene după școala lui Couvelaire. (Clinica Boudelocque-Paris).

Conf. Dr. TR. NASTA, Dr. ALEX. C. BORCESCU și Dr. M. CORNEANU: Asupra valorii de diagnostic a probei Meltzer-Lyon. (Partea II-a). Bilele B Patologice, No. 6/1932.

Dr. I. TETU și Dr. M. LAZEANU: Asupra unui caz de papilomatoză amygdaliană.

Dr. ENACHESCU S. D.: Cercetări asupra histofiziologiei elementului elastic din peretele esofagian.

H. ANGELESCU și B. DRĂCEANU: Contribuțiuni clinice în legătură cu un caz de paraplegie vindecată.

Dr. ROMULUS COSTA: Considerațiuni asupra chistului hidatic al organelor din bazinul mic.

Prof. Dr. AMZA JIANU și Docent Dr. DAN THEODORESCU: Exostozele calcaneene, No. 7—8/1932.

Agregat Dr. DEM. EM. PAULIAN și Docent Dr. I. BISTRICEANU: Gatismul nedemențial. (Sindrom de incontinență ano-vesicală).

Dr. H. ANGELESCU și Docent Dr. I. STOIA: Mielo-sarcome ale sternului și coastelor însoțite de anemie pernicioasă gravă.

Dr. AT. IANĂȘ: Contribuțiuni la studiul artroplastiei șoldului.

Dr. C. VASILIU, Dr. E. VASILIU și Dr. C. ANDREOIU: Diagnosticul sarcinei prin metoda E. Manoilor.

C. — SOCIETATE MEDICALE

BULETINUL SOCIETĂȚII DE CHIRURGIE

din București

Ședința din 21 Octombrie 1931

C. HRISTU și S. CUTEN: Apendice cu conținut rar (mercur).

Docent DAN THEODORESCU: Corp străin în artera radială.

Profesor A. COSACESCU: Tumori ale glandei submaxilare.

Conf. C. LEONTE, Docent DAN THEODORESCU și Intern PANĂ:
Gestațiune ectopică iterativă.

C. ENESCU și MENCHEȘ: Calculoză și neoplasm renal.

Ședința din 4 Noembrie 1931

Prof. Amza JIANU și C. ENESCU: Formă rară de calcul renal.

Conf. GH. MARINESCU: Rinichi polichistic. Nefrectomie. Vindecare.

V. SAVESCU, V. STEOPOE și N. GINGOLD: Ocluzie intestinală
prin bridă. Rezeceția ansei gangrenate. Vindecare.

Confer. MEDEA NICULESCU: Considerațiuni asupra placentei praevia
la multipare.

M. RANTZER: Torsiunea trompei gravide.

M. RANTZER: Torsiunea trompei gravide.

V. RACOVEANU: Corp străin esofagian (piuneză) la un copil de
16 luni extras pe cale endoscopică.

V. RACOVEANU: Calcul nasal (rhinolit).

Ședința din 18 Noembrie 1931

Prof. N. HORTOLOMEI: Cu privire la rinichiul polichistic.

Conf. I. JIANU: Rhinoplastie pentru pierdere de substanță prin
mușcătură.

Conf. C. LEONTE și Docent DAN THEODORESCU: Rezultatul unei
atroplastii a genunchiului.

Prof. AMZA JIANU: Oesofagoplastie.

Conf. G. MARINESCU: Ocluzie intestinală cronică printr-o peritonită
închisă.

Conf. POENARU CAPLESCU: Apendicectomie făcută printr'o incizie estetică de 8 milimetri.

Docent MRAIUS TEODORESCU: Sifilis stenoizant al intestinului subțire.

Conf. E. CRISTIAN și N. CONSTANTINESCU: Asupra unui caz de neoplasm al rinichiului.

PLATAREANU: Traumatism complex al pumnului.

Sedința din 2 Decembrie 1931

Docent G. BUZOIANU: Incizie estetică pentru apendicectomie.

Prof. C. ANGELESCU, Docent GHITESCU și AL. POPOVICI: Tumoră a maxilarului superior drept; extirpare, vindecare.

Conf. G. MARINESCU: Hemoragiile din timpul și după presta-tectomie.

Conf. ION JIANU: Opt cazuri de esofagoplastii de rivatrice dermato-jejunale pentru stenoză.

Docent ȘT. N. POPESCU: Chist hidatic pulmonar.

V. RACOVEANU: Emfizem cervico-mediastinal dramatic consecutiv eforturilor de tuse. Tracheotomie. Vindecare.

C. GHITESCU, B. MENKES și AL. POPOVICI: Arteriografie într'un caz de gangrenă uscată a piciorului.

I. FAGARAȘANU: Fractura gâtului chirurgical al omoplatului.

I. FAGARAȘANU: Luxația bilaterală înapoi a coastelor cu fractura bilaterală a cupolei radiale.

C. GHITESCU: Un suport pentru chirurgia craniană și medulară adaptabil meselor de operație obișnuite.

Sedința din 16 Decembrie 1931

Conf. C. LEONTE și Docent DAN TEODORESCU: Artrită supu-rată cu streptococ. Vindecare după imobilizare, puncție și ser antistreptococic.

P. COSTESCU și AL. TUDOR: Flegmon al tecii radiale operat și vindecat prin incisiuni laterale discontinue.

Conf. I. JIANU: Angor pectoris și abdominalis; simpatectomie cer-vicală și extirparea plexurilor lombo-aortice și hipogastrice.

Prof. C. ANGELESCU, Docent ȘT. POPESCU și Docent C. GHI-TESCU: Anevrism arterio-venos al femoralei cu o venă a vastului intern.

Conf. POENARU-CAPLESCU: Cu privire la un flegmon ischio-rectal în legătură cu reflexul faringian.

Conf. G. MARINESCU: Două cazuri de cisticercoză.

ȘT. BĂLCU: Tumori solide retroperitoneale în sfera anatomică reno-pararenală.

E. MUSSU: Un caz dificil de prezentare pelviană cu deflecarea ambelor brațe. O manevră eficace de degajare.

Docent G. BUZOIANU: Asupra tratamentului emfizemului cervico-mediastinal.

Docent G. BUZOIANU și D. CARAMZULESCU: Piesă apendiculară după apendicectomie la cald (29 ore).

I. GILORTEANU și G. MIHAILESCU: Xantom voluminos pe fața anterioară a coapsei drepte.

Ședința din 27 Ianuarie 1932

Prof. AMZA JIANU și C. ENESCU: Ulcer peptic după gastro-enterostomie.

Conf. I. JIANU: Cranioplastie prin homogrefă craniană.

Docent G. BUZOIANU: Plagă penetrantă abdominală cu perforația colonului.

TRAIAN NETTA: Afazie motrice totală; craniectomie decompresivă.

V. PLĂTAREANU: Plagă penetrantă a rachisului cu hemisecțiunea măduvei.

Ședința din 10 Februarie 1932

Conf. Tr. NASTA: Rezecția simpaticului toracic pentru turburări vasculare ale extremităților.

Conf. TR. NASTA și BALCU: Suture osoasă pentru traumatism al rachisului cu paraplegie.

Conf. I. JIANU: Plagă a măduvei.

Conf. C. LEONTE și Docent D. THEODORESCU: Pancreatita hemoragică acută și drenajul căilor biliare.

Conf. D. BERCEANU și D. MARINESCU-SLATINA: Cysticercoză orbitală.

Conf. D. BERCEANU și D. MARINESCU-SLATINA: Abces uterin post-partum vindecat prin histerectomie totală.

I. FAGARAȘANU: Transplantație tendinoasă pentru reacțiunea lungului extensor al policelui.

Prof. C. ANGELESCU, Docent C. GHÎTESCU, D. PETRESCU și AL. POPOVICI: Sarcom primitiv al marelui epiploon.

Prof. AMZA JIANU, C. ENESCU și MENCHEȘ: Ulcero-cancer al stomacului.

Prof. AMZA JIANU și C. ENESCU: Tuberculoză ileo-caecală și apendiculară.

Conf. ION MARIAN: Osteo-chondrita humerusului.

Ședința din 24 Februarie 1932

Prof. A. JIANU: Esofagoplastie cu un pliu tubular luat din stomac.

Prof. A. JIANU: Amputație abdomino-perineală a rectului pentru cancer.

Docent C. GHÎTESCU și Docent S. ȚOVARU: Extirparea totală a sternocleidomastoidianului pentru torticolis congenital cicatricial.

V. RACOVEANU și MOGA: Otită medie cu labirintită acută gravă vindecată prin evidare totală petro-mastoidiană.

V. RACOVEANU și GHEORGHIU: Oto-mastoidită, cholesteatom și meningită.

V. RACOVEANU și LUPESCU: Oto-mastoidită, meningită, tromboflebită.

P. COSTESCU și ZAMFIRESCU: Scolioză gravă, progresivă și dureroasă vindecată prin osteosinteză.

Prof. A. JIANU, C. ENESCU și T. FIRICĂ: Asupra rachianesteziei cu percaină.

Conf. POENARU-CAPLESCU și EUGENIA GROSU: Tumoră solidă a ovarului, apendicită latentă, hepatism fals.

V. SAVESCU și STEOPOE: Două cazuri de ulcer gastric al micii curburii.

Docent G. BUZOIANU: Chist hidatic al corpului thyroid.

Sedința din 9 Martie 1932

Conf. T. NASTA și S. BALCU: Rezecția simpaticului lombar pentru turburări vasculare ale membrilor inferioare.

Conf. T. NASTA și BALCU: Mucocel fronto-etmoidal.

Docent V. DIMITRIU: Rectită stenoizantă infiltrantă. Rezecție abdominaloperineală a rectului.

Prof. A. JIANU și V. MOISESCU: Racedrina și lobelina ca corectivi ai rachianesteziei.

Docent V. DIMITRIU: Angină de piept operată de doi ani.

Docent M. THEODORESCU: Chiste hidatice supurate cortico-pleurale.

E. MUSSU: Două cazuri de inerție uterină gravă vindecată prin tamponare intrant-erină.

Prof. BALACESCU și A. POPESCU: Distrofii osoase rare.

V. SAVESCU și V. STEOPOE: Apendice cu projlote de tenia.

Sedința din 23 Martie 1932

Prof. D. DANIELOPOLU: Rezultatele comparative ale metodei supresiei reflexului presor și ale metodei Franck-Ionescu-Gomoiu în tratamentul chirurgical al anginei pectorale.

V. SAVESCU și V. STEOPOE: Un caz de angină de piept operat.

Sedința din 6 Aprilie 1932

Prof. HORTOLOMEI, IONESCU-MILTIADE și BURGHELE: Absență congenitală a vaginului, plastică intestinală (Baldwin-Mori), vindecare.

Prof. BALACESCU și POPESCU-SEVERIN: Abces al ficatului nedisenteric la un copil.

Conf. TR. NASTA: Tratamentul ulcerului gastro-duodenal perforat.

Conf. CHRISTIDE, GRIGORESCU și GÂDEI: Efedrina cu corecțiunea hipotensiunii după rachianestezie cu novocaină.

Conf. NEDEA NICOLESCU: Tumoră uterină (fibromiom al buzei inferioare a colonului) și sarcină.

C. ENESCU și P. GEORGESCU: Leyo-myo-fibrom al stomacului cu evoluție exterioară.

STROESCU (T.-Severin): Fibrom al uterului vindecat prin injecțiuni de clorur de calciu, raportor M. Constantinescu.

Sedința din 13 Aprilie 1932

Prof. HORTOLOMEI, BURGHELE și CUTEN: Ulcer duodenal dublu de contact, cel anterior perforat; gastro-filorectomie, vindecare.

Prof. ȘTEFANESCU-GALAȚI: Purpura vezicală; retenție de urină la o femeie; considerațiuni asupra dinamicii.

Conf. POENARU-CAPLESCU: Hernie inguinală și apendicită.

Conf. NEDEA NICOLESCU: Retenție cotiledonară post-partum.

Docent ȘT. POPESCU și G. BALUDIMA: Chist hematic al pancreasului.

Docent V. DIMITRIU și I. PETROȘANU: Fractura claviculei și rănirea tardivă a subclavicularei.

Sedința din 11 Mai 1932

Prof. A. JIANU și DAN THEODORESCU: Cancer al colonului ascendent.

Prof. A. JIANU, V. MOISESCU și DAN THEODORESCU: Tuberculoza mamară.

C. STOIAN și P. COSTESCU: Rezultat îndepărtat al unei astro-galectomii pentru fractură.

ȘT. POPESCU: Abces pulmonar.

DAN BERCEANU și D. MARINESCU-SLATINA: Pseudomixom consecutiv perforației apendicelui.

L. MAVROMATI: Rolul sistemului neuro-vegetativ în turburările rachianesteziei.

G. MARINESCU și T. FRUMUȘIANU: Ptoza ficatului și a colonului.

Sedința din 25 Mai 1932

TR. NASA: Ulcer piloro-duodenal, gastrectomie largă, leziuni ale căilor biliare, reimplantație, vindecare.

G. BUZOIANU: Plagă hipogastrică penetrantă cu 9 perforații intestinale, laparotomie, vindecare.

E. CHRISTIDI și I. FAGARAȘIANU: Corp străin (furculiță) în stomac; gastrotomie, vindecare.

Prof. A. JIANU și I. JOVIN: Rezultatele radioterapiei în centrul nostru anticanceros.

Prof. ȘTEFĂNESCU-GALAȚI: Asupra adenomelor degenerate ale prostatei.

C. POENARU-CĂPLESCU și EUGENIA GROSU: Apendicită gangrenoasă, peritonită, vindecare.

G. BUZOIANU: Ruptura splinei; splenectomie.

Prof. A. JIANU și V. MOISESCU: Hemicolectomie pentru cancer al colonului ascendent.

I. GAROIU și POPESCU: Deformațiuni foetale prin oligamnios.

Sedința din 8 Iunie 1932

V. STEOPOE: Pseudochist traumatic al pancreasului.

Prof. HORTOLOMEIU, D. PAULIAN și IONESCU-MILTIADÉ: Tumoră rachidiană extra-durmeriană, operație, vindecare.

TR. NASTA: Rezecții de stomac.

Prof. A. JIANU și DAN THEODORESCU: Ocluzie intestinală tardivă după amputație abdomino-perineală a rectului.

Prof. A. JIANU și FIRICĂ: Mortalitatea operatorie în prostatectomie.

G. MARINESCU și V. TRIFU: Dilatație chistică a extremității inferioare a ureterului.

C. LEONTE și PETCU: Nefrectomie pentru enormă pyonefroză calculeasă.

MARIUS THEODORESCU: 33 cazuri de ulcere gastro-duodenale perforate.

DORIN DUMITRESCU și V. PLĂTAREANU: Fistulă vezico-vaginală operată și vindecată pe cale transvezicală.

E. FOTIUS, GHÎTESCU, MARINESCU-SLATINA și POPOVICI: Sarcom lipoblastic al marelui epiploon.

Prof. HORTOLOMEIU, BURGHELE și CUTEN: Tumoră papilomatoasă a bazinului.

* * *

BULETINUL SOCIETĂȚII MEDICALE DE EDUCAȚIE FIZICĂ

din București

No. 1 și 2 | 1932

Cuvânt înainte, No. 1/1932

Ședința din 15 Aprilie 1932

Alegerea Comitetului.

Ședința din 27 Mai 1932

A. STRUGURESCU: Un caz de spondilolistesis în legătură cu controlul medical al exercițiilor corporale.

C. COSTEA și GH. TĂTĂRANU: Modificări morfologice sanguine la concurenții de ski, (cursă de 22 km. în munți).

FL. COVACIU-ULMEANU: Evoluția chronaxiei în cursul antrenamentului fizic.

A. IONESCU: Valoarea câtorva coeficienți antropometrici în diagnosticarea aptitudinilor fizice.

T. SARAGEA: Ritmul cardiac și presiunea arterială în efort, No. 2/1932.

• *Ședința din 28 Iunie 1932*

A. STRUGURESCU: Un caz de surmenaj muscular localizat.

C. ANDREESCU: Considerațiuni asupra hemoragiilor nazale în practica sporturilor.

M. CORNEANU: Asistența medicală în sporturi: trusă medicală de prim ajutor.

* * *

BULL. ET MÉM. DE LA SOC. MÉD. DES HÔPITAUX

de Bucarest

No. 5, 6, 7, 10 | 1931 și 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | 1932

Séances du 13 et 17 Mai 1931

L. CAFFÉ et C. C. DIMITRIU: Syndrome pseudo-lithiasique. (Kiste hydatique multiloculaire du foie). Une erreur de diagnostic, No. 5/1931.

Prof. Dr. LUPU, Dr. ASLAN et Dr. C. T. NICOLAU: Observation sur un cas de myélose aiguë.

AL. CRAINICIANU et EC. VANESCO: Les effets de la folliculine sur la circulation coronarienne Recherches expérimentales.

Séances du 10 et 24 Juin 1931

Dr. A. RADOVICI et M^{lle} Dr. R. PAPAIZIAN: Sur un cas d'acromégalie accompagnée de pseudo-tabès hypophysaire, des troubles du métabolisme et d'épilepsie, No. 6/1931.

Dr. P. STOENESCU, Dr. E. CRACIUN et Dr. L. CAFFÉ: Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas de lympho-granulome malin.
S. STOICESCO et L. SCHWARTZ: Deux cas de cancer du poulmon.

Séances du 15 et 29 Juillet 1931

Prof. C. BACALOGU, GH. LITARCZEK et STELLA LITARCZEK: Streptococcie et syndrome agranulocytaire type Schultz, No. 7/1932.

S. STOICESCO et L. SCHWARTZ: L'index chloropexique globulaire dans les néphrites azotémiques.

A. ASLAN et G. G. PROCA: Le dédoublement du deuxième bruit au cours de l'extrasystole ventriculaire.

Séances du 2 et 16 Déc. 1931

NANU MUSCEL et V. CIOCALTEU: L'acidose dans l'intoxication par le sublimé. Traitement par l'alcalinisation massive de l'organisme, No. 10/1931.

A. DOBROVICI et AMILCAR GEORGESCU: Aérogastric avec dextrocardie.

V. MISSIRLIU, C. T. NICOLAU, BARASCH: Erythroptisie toxique progressive.

N. VISINEANU, M^{elle} R. PAPAIZIAN et M^{me} C. BÉRENGER: Néphrose lipidique—néphrite avec rémission prolongée au traitement thyroïdien et régime hyperazoté.

Séances du 13 et 27 Janv. 1932

A. RADOVICI et N. VISINEANU: Paralysie des nerfs sciatiques par embolie artérielle consécutive à la bismuthothérapie, No. 1/1932.

I. PAVEL et I. DUMITRESCO: Diagnostic clinique d'une nouvelle vésicule biliaire formée après cholecystectomie.

E. C. CRACIUN, N. VISINEANU, N. GINGOLD: Microgranulomatosc généralisée au cours d'une récidiye tardive du rhumatisme polyarticulaire aigu à évolution fatale.

I. PAVEL, I. RADVAN et C. IONESCU: Evolution parallèle des épreuves pancréatiques et d'un ictère infectieux à rechute survenu au cours d'une blénorrhagie avec orchépididymite.

Séances du 10 et 24 Féor. 1932

A. ASLAN, C. T. NICOLAU et N. GINGOLD: Endocardite septique pneumococcique de la mitrale et de la tricuspide. Souffle d'insuffisance tricuspidiennc à intensité variable sous l'influence de la respiration, No. 2/1932.

C. T. NICOLAU: Lésions histopathologiques du lymphogranulome inguinal bénin chez l'homme.

C. T. NICOLAU: Recherches expérimentales sur la transmissibilité du lymphogranulome inguinal bénin (Ni-Fa) chez les animaux.

C. T. NICOLAU: Considération sur le traitement du lymphogranulome inguinal bénin.

Séance du 16 Mars 1932

Présidence de Prof. Achard qui assiste à la séance

D. DANIELOPOLU, A. RADOVICI et A. ASLN: Un cas d'obstruction bilatérale des deux systèmes carotidiens et des artères principales des membres supérieurs. Considérations sur la physiologie du sinus carotidien, No. 3/1932.

Prof. NANU-MUSCEL, E. LAZEANU et N. STOICHITZA: Sur un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire.

Prof. Dr. C. BACALOGU: La dégénérescence amyloïde (amylose) (envisagée au point de vue clinique et anatomo-pathologique).

Prof. IACOBOVICI: Un cas d'angine de poitrine traité par la méthode de la suppression du réflexe presseur, bon résultat depuis 7 ans.

Prof. Dr. C. BACALOGU, Conf. Dr. DUMITRESCO-MANTE et Dr. GIORAPCIU: Fièvre typhoïde suivie de 5 rechutes successives et durant 182 jours. Guérison.

E. C. CRACIUN: Cancer primitif du poulmon à évolution très rapide (endothéliome d'origine alvéolaire). Présentation de pièces.

Séance du 13 Avril 1932

Prof. NANU-MUSCEL, E. LAZEANU et N. STOICHITZA: Sur un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire, No. 4/1932.

C. RAILEANU et I. PINCOU: Cancer primitif du poulmon à forme d'abcès pulmonaire.

Prof. C. BACALOGU et Dr. C. RAILEANU: Endocardite lente. Infarctus du noeud de Tawara.

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (4-ème communication). Principes des différentes méth. préconisés dans le traitement chirurgical de cette affection.

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (5-ème communication). Sur les statistiques de Leriche de 1931 dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (6-ème communication). Recueil de 54 cas opérés d'après la méthode de la suppression du réflexe presseur et de 82 cas opérés par stlectomie. Paraîtra dans un prochain numéro).

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (7-ème communication. Conduite à suivre. Indications; choix de l'anesthésique. Paraîtra dans un prochain numéro).

Séance du 11 Mai 1932

D. BAGDASAR et FLORICA BAGDASAR: Gliome cérébelleux bénin opération guérison, No. 5/1932.

Dr. M. ENACHESCU et Dr. I. PINCOU: Angiocholite calculuse. Abscès aréolaire du foie.

D. BAGDASAR et FLORICA BAGDASAR: Cystes cérébelleuse parasitaires opération-guérison.

A. GEORGESCO et M. POPPER: Tumeur cystoïde du médiastin postérieur.

COSTIN FULGA: Deux cas de purpura hémorragique sulfarsénolique.

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (6-ème communication). Recueil de 54 cas opérés d'après la méthode de la suppression du réflexe presseur et de 82 cas opérés par stellectomie. Comm. faite en Avril.

D. DANIELOPOLU: Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. (7-ème communication. Conduite à suivre. Indications; choix de l'anesthésique. Comm. faite en Avril.

Séance du ... Juin 1932

D. DANIELOPOLU et I. MARCOU: Recherches physiologiques et pharmacodynamiques sur les muscles bronchiques. Application au traitement chirurgical de l'asthme, (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932), No. 6/1932.

D. DANIELOPOLU: Au sujet du traitement chirurgical de l'épilepsie, (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932).

Dr. I. JIANU: Un cas d'angine de poitrine et d'angine abdominale. Traitement chirurgical par la méthode de la suppression du réflexe presseur de Danielopolu et par l'extirpation des plexus lombo-aortique, (communiqué dans la séance du 3 Février 1932).

Docent STATE DRAGANESCO et NICOLAS C. VASILESCO: Sarcome lymphoblastique médiastinal avec métastase rachidiennes. Début clinique par paraplégie, (communiqué dans la séance du 11 Mai 1932).

Dr. OSCAR MELLER: Identité morphologique familiale dans la tuberculose pulmonaire, (communiqué dans la séance du 3 Février 1932).

H. AUBERT, M. TOMESCO et N. VASILESCO: I. Amyloidose et lipéidose. II. Amyloidose rénale sans symptomatologie urinaire, (communiqué dans la séance du 11 Mai 1932).

Séance du ... Juillet 1932

D. DANIELOPOLU et A. ASLAN: Un cas d'angine abdominale. Disparition des crises après cholécystectomie pour lithiase biliaire, (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932), No. 7/1932.

IACOBOWICI et HATZIEGANU: Syndrome douloureux abdominal avec lésions du plexus solaire guéri par la solarectomie, (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932).

I. GOIA: Contributions à la forme hépatique de la lymphogranulomatosose maligne (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932).

L. CAFFÉ et COSTIN FULGA: La phlébite du lymphogranulome inguinal bénin, (communiqué dans la séance du 25 Mai 1932).

E. C. CRACIUN et C. C. DIMITRIU: Tumeur épiphroïde du rein évoluant comme une pachypleurite hémorragique, (communiqué dans la séance du 22 Juin 1932).

M. POPPER, C. GHEORGHIU et S. ZIBALIS: Recherches sur l'exploration fonctionnelle du système réticulo-endothélial. (Epreuve du rouge de congo). (communiqué dans la séance du 22 Juin 1932).

* * *

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

de Iasi

No. 3 | 1931 și 1 | 1932

Séance du 29 Oct. 1931

L. WEISSELBERG et S. PINELES: Un cas de tumeur cérébrale avec cécité, No. 3/1931.

Prof. GRAȚOSKI et M. CAMNER: Un cas de méningo-encéphalite.

Prof. GRAȚOSKI et M. CAMNER: Sur deux nouveaux cas d'enfants vaccinés par le B. C. G. et morts d'affections bacillaires.

Séance du 30 Nov. 1931

L. BALIFF, LUNEVSKI et POPP: Troubles psychiques post encéphalitiques chez les enfants, (présentation des malades).

EM. HURMUZACHE et CL. HURMUZACHE: Sur la sensibilité cutanée des enfants soumis à la cure hélio-marine.

M. CAMNER: Syndrome Weber et tuberculose généralisée avec localisation pharyngée.

CAZAC-AVERBUCH: Observation sur cinq cas de nystagmus congénital.

Prof. S. GRAȚOSKI et EM. HURMUZACHE: Quelques observations de troubles digestifs et nutritifs causés par l'otite latente chez le nourrisson.

Séance du 21 Dec. 1931

N. BALAN: Un cas de tuberculose chez le nourrisson avec portes d'entrée multiples.

Prof. S. GRAȚOSKI et EM. HURMUZACHE: Encore un cas de paralysie post diphtérique grave, guéri par de fortes doses de serum.

Séance du 25 Janv. 1932

Prof. S. GRAȚOSKI: Dermite exfoliatrice chez un enfant de 4 ans, No. 1/1932.

S. PINELES: La réaction hilaire dans l'érythème noueux.

Prof. S. GRAȚOSKI: Dermite exfoliatrice chez un enfant de 4 ans.

Séance du 29 Févr. 1932

Prof. S. GRAȚOSKI: Syphilides cutanées circonscrites chez un nourrisson de 6 mois.

Prof. S. GRAȚOSKI: Traitement de la Chorée de Sydenham par de fortes doses de cacodylate en injections s. cutanées.

M. CAMNER: Un cas de pleurésie interlobaire séro-fibrineuse avec pneumothorax spontané et évolution lente.

Prof. S. GRAȚOSKI et M. CAMNER: Multiples lésions viscérales chez un hérédo-syphilitique.

Séance du 28 Mars 1932

A. TROSC: Nouveaux cas de synostose vertébrale pour mal de Pott avec autographe costale (Albee modifié).

Prof. S. GRAȚOSKI: Ostéopériostite des métacarpiens chez un hérédo-syphilitique.

E. HURMUZACHE: Livedo reticularis chez un nourrisson de deux mois.

M. CAMNER et M-me Dr. M. CAMNER: La vaccinothérapie dans les recto-côlites hémorragiques.

Prof. S. GRAȚOSKI et M. CAMNER: La fréquence de la néphrite chez les nourrissons; l'importance des examens des humeurs et de l'urine dans la première enfance.

* * *

BUL. SOC. PENTRU STUDIUL TUBERCULOZEI **din București**

Sedința din 4 Maiu 1931

M. GRUBEA: Infecțiunile tuberculoase conjugale prin soț sănătos.

M. NICOLESCU: Excavațiile tuberculoase acute din punct de vedere radiologic.

GH. BANU: Evoluția mortalității prin Tuberculoză în România.

ANGH. DANIEL: Problema ospitalizării tuberculoșilor în România.

* * *

BUL. SOC. DE RADIOLOGIE ȘI ELECTROLOGIE MED. DIN ROMÂNIA

Sedința din 13 Iunie 1932

Conf. A. RADOVICI și O. MELLER: Encefalo-myelografia liquidiană.

M. BRANCOVICI: Un caz de ptoză veritabilă gastrică.

N. BUȘILĂ: Metodele de dozimetrie în Radiologie. Teorii moderne asupra electricității (continuare).

D. — TEZE de DOCTORAT

PREZENTATE ȘI SUSȚINUTE ÎN ANUL ȘCOLAR 1930 LA FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 3540—3654

REBECA MARCOVICI: Actinomycoza abdominală, No. 3540/1930.

M. WEISSENBERG: Contribuțiuni la tratamentul chirurgical al pleureziilor purulente, No. 3541/1930.

SOFIA TATARSKY: Contribuțiuni la studiul papilomatozei laringiene la copii, No. 3542/1930.

ISIDOR WINKLER: Reducerea luxațiilor scapulo-humerale vechi ireductibile prin procedeul lui Bazy, No. 3543/1930.

TELEMAN MIHAI: Contribuțiuni la studiul abceselor extradurale de origine optică, No. 3544/1930.

CRISTIAN IONESCU: Primo-infecția în tuberculoză. — Contribuțiuni clinice, anatomice și radiologice, No. 3545/1930.

MIHAIL I. POPESCU: Clorurul de sodiu în soluție hipertonică în tratamentul ocluziilor intestinale, No. 3546/1930.

BENEDICT EIEBACH: Contribuțiuni la studiul arachnoiditelor adese spinale, No. 3547/1930.

MIHAIL C. BANU: Actinoterapia în afecțiunile sistemului nervos. — Tetanie, zona Zoster, astm infantil, Nevralgii, neurastenii și boala lui Basedow, No. 3548/1930.

EMANUEL NADLER: Tratamentul flebitelor post-operatorice, No. 3549/1930.

IAKER FINKLER: Considerațiuni clinice și radiologice asupra scizurilor, No. 3550/1930.

D-ra MARIA PETRESCU-CERNEA: Tehnica pansamentului cu ambrină, No. 3551/1930.

CONSTANTIN M. NICOLAU-PITEȘTI: Considerațiuni asupra tratamentului actual al tuberculozei anexiale, No. 3552/1930.

HANDJIEFF S. TEODOR: Contribuțiuni la studiul peritonitelor apendiculare și tratamentul lor, No. 3553/1930.

BANU MARIA: Vaccinoterapia tisulară a câmpului operator în chirurgia ginecologică, No. 3554/1930.

- REMUS I. DEMETRESCU: Contribuțiuni la studiul regimului în stările spasmodice, No. 3555/1930.
- NICOLAU CRISTEA: Contribuțiuni la studiul fixității grupelor sanguine, No. 3556/1930.
- ION IORDACHE ȘT. MUȘATEANU: Pregătirile preoperatorii în ginecologie, No. 3557/1930.
- ALEXANDRU GR. ȘTEFANIU: Contribuțiuni la studiul radiologic al oto-mastoiditelor, No. 3558/1930.
- EMILIAN DEMETRESCU: Tuberculoza și predispoziția în clasele muncitorești și vaccinarea cu B. C. G., No. 3559/1930.
- OLGA NICULESCU BOLINTIN: Considerațiuni asupra prostituției în București, No. 3560/1930.
- BOSCULESCU DUMITRIU: Osteita hioidului, No. 3561/1930.
- CEPIȘCA VALERIAN: Contribuțiuni la studiul abceselor parane-fritice anterioare, No. 3562/1930.
- POPESCU S. MIHAI: Studiu critic asupra bacteriofagului în tratamentul flegmoanelor intra și periamigdalene, No. 3563/1930.
- CONSTANTIN P. DUMITRU: Asupra chistului pancreatic, No. 3564/1930.
- SÂNDULESCU P. ROMULUS: Cercetări asupra metabolismului basal asociat cu injecție de adrenalină sau efetonină ca valoare de diagnostic etiologic în tachicardiile sinusale (nervoase), No. 3565/1930.
- D-ra GHIONI LEFCOTEA: Contribuțiuni la studiul anatomo-clinic al endoteliomului pleural, No. 3566/1930.
- GOLDA ABERMANN: Contribuțiuni la studiul și tratamentul osteitelor exantematice, No. 3567/1930.
- R. GROISMAN: Complicațiile endocraniene ale sinusitelor, No. 3568/1930.
- MOISE BENGLAS: Rinoplastia prin procedeu digital modificat de d-l Conf. Dr. Ion Jianu, No. 3369/1930.
- ALEX. N. ATHANASIU: Contribuțiuni la studiul osteitelor vârfului stâncei, No. 3570/1930.
- ANA FELDDMAN: Contribuțiuni la tratamentul metro-anexitelor prin vaccinoterapia regională (Metoda Basset-Poincloux), No. 3571/1930.
- ATHANASIE GIUREA: Contribuțiuni la studiul rupturilor traumatice ale uretrei și tratamentul lor, No. 3572/1930.
- VICTOR I. APOSTOLEANU: Tuberculoza mamară, No. 3573/1930.
- MARIN RISTEA: Indicele viscosimetric în revărsările pleurale, No. 3574/1930.
- ANNA RUDICH: Contribuțiuni la studiul tumorilor mixte ale vă-lului palatin, No. 3575/1930.
- OVIDIU D. MARCU: Conținutul în glucoză al revărsărilor pleurale, No. 3576/1930.
- IOAN N. MARTINOVICI: Contribuțiuni la studiul kistului hidatic muscular, No. 3577/1930.
- VASILIU GH. NICOLAE: Actinoterapia în tratamentul erizipelului, No. 3578/1930.
- AUREL AHANEI: Carbonuria dysoxidativă și raportul ei cu Insulina și Synthalina, No. 3579/1930.

- ANDRONACHE RADU: Contribuțiuni la studiul sindromului solar și tratamentul său cu diatermie, No. 3580/1930.
- CRISTESCU N. STELIAN: Considerațiuni asupra flebitei blenoragice, No. 3581/1930.
- ENTA BRAUNSTEIN: Estiomenul vulvar, No. 3582/1930.
- VASILE T. CARSTEA: Contribuțiuni la studiul clinic al myelozei cronice, No. 3583/1930.
- GHEORGHE N. NEGRESCU: Căile de acces în operațiunile pe căile biliare extrahepatice, No. 3584/1930.
- COMANESCU EMIL: Studiu comparativ al diferitelor săruri de bismut în terapia anti-specifică, No. 3585/1930.
- ALEXANDRA PAPAZOL: Relieful gastric (studiu radiologic), No. 3586/1930.
- SAMI RUBINSTEIN: Contribuțiuni la studiul pericarditelor la copii, No. 3587/1930.
- VASILE MUȘETESCU: Incizia transversală „tip Sprengel” pentru intervențiunile în hipochondri, No. 3588/1930.
- CONSTANTIN A. ZISSU: Studiu farmaco-dinamic al apei „Salutaris” (sursa principal) dela Cașin-Iacoveni. — Acțiunea ei asupra secreției gastrice și biliare și asupra metabolismului bazal, No. 3589/1930.
- ELENA N. CLĂBESCU: Dificultăți în extracțiunile celui de al III-lea molar (măseana de minte), No. 3590/1930.
- MICHEL PAVERMAN: Tratatamentul fistulelor vezico-vaginale, No. 3591/1930.
- FILOTHEA MALLA: Studiu asupra bacteriologiei organelor genitale la femeie imediat după extirparea lor prin laparotomie, No. 3592/1930.
- GHEORGHE MALLA: Contribuțiuni la studiul lichidului cephale-rachidian în turbare, No. 3593/1930.
- KRAFT M. IANCU: Exostozele conductului auditiv extern, No. 3594/1930.
- DRAGANESCU GR. LUCREȚIA: Contribuțiuni la studiul emboliilor pulmonare post-operatorii în chirurgia gynecologică, No. 3595/1930.
- GHEORGHE SCHMITZER: Aspectul radiologic al laringelui, No. 3597/1930.
- DUMITRU N. LUPESCU: Apendicita și infecțiunea căilor biliare. — Studiul corelațiunei patologice, No. 3598/1930.
- ROMAN I. CONSTANTIN: Contribuțiuni la studiul fracturii lui Monteggia, No. 3599/1930.
- DIMITRIE D. MIHAILESCU: Tratatamentul inflamașiunilor pelviene prin vaccin Delbet, No. 3600/1930.
- ION D. IONIȚA: Operația Ini Cotte în afecțiunile dureroase gynecologice, No. 3601/1930.
- OZIAS BARASCH: Relașiunile dintre infecția morbiloză și tuberculoză, No. 3602/1930.
- GEORGE D. POPESCU: Drenajul scrotului în operația de hidrocel al vaginlei, No. 3603/1930.
- AUREL D. NICULESCU: Autohemoterapia în tratamentul epididimedeferenței blenoragice, No. 3604/1930.
- MARINESCU D. DUMITRU: Contribuțiuni la studiul formolului în stomatologie, No. 3605/1930.

ANA STRUGULESCU: Contribuțiuni la studiul ortopedic al hemiplegiei cerebrale infantile, No. 3606/1930.

TONU C. CONSTANTIN: Mijloace de control în hyperthyroidism, No. 3607/1930.

PESCARESCU P. CONSTANTIN: Indicațiunile operatorii în otomastoiditele acute, No. 3608/1930.

GHEORGHE ȘT. DANALACHE: Desarticulațiunea inter-tibio-calcaneană a lui Ricard, No. 33609/1930.

CONSTANTIN M. NICOLAU: Tratamentul tuberculozei cutanate și ulceroase prin endotoxina B. C. G., No. 3610/1930.

M. H. ÎȚICOVICI: Anevrișmul cirsoid, No. 3611/1930.

N. MINDIRIGIU: Contribuțiuni la studiul vulvectomiei, No. 3612/1930.

I. I. BRECHER: Examenul chronaximetric al retinei și al nervului optic ca metodă de electrodiagnostic al fundului de ochi, No. 3613/1930.

CONSTANTIN C. PETRESCU: Contribuțiuni la studiul radiografic al masteoidei în afecțiunile urechii mijlocii, No. 3614/1930.

SIMA P. CONSTANTIN: Puncțiunea lombară în traumatismele craniene, No. 3615/1930.

D. GLABERG: Contribuțiuni la studiul reacției Dick și valoarea ei practică, No. 3616/1930.

VASILESCU C. ZENOBIE: Incercări de posologie vaccinală medico-chirurgicală (ca vaccin „Delbet”), No. 3617/1930.

BRUNO WEISSELBERGER: Apendicită simulând tuberculoza pulmonară, No. 3618/1930.

M. DUMITRESCU-EMILIAN: Valoarea serului Dick-Dochez în complicațiile scarlatinei, No. 3619/1930.

SANDU LIEBLICH: Rolul glandelor endocrine în formarea caracterului și raselor umane, No. 3620/1930.

ANGELESCU C. PETRE: Neonosa maladie febrilă prelungită, No. 3621/1930.

IONESCU C. CANDID: Acțiunea compuşilor arsenicali organici asupra evoluției malariei de inoculare, No. 3622/1930.

HEINRICH BROHOVICI: Contribuțiuni la studiul infiltratului tuberculos infraclavicular (typ Assmann-Redeker), No. 3623/1930.

RACHEL H.-BROHOVICI: Considerațiuni asupra gravitolului în hemoragiile uterine, No. 3624/1930.

CĂLINESCU MIHAIL TITUS: Contribuțiuni la studiul meningitelor seroase, No. 3625/1930.

ADRIAN N. IONESCU: Considerațiuni asupra structurii funcționale a tecii și mușchiului croitor, No. 3626/1930.

THEODOR GH. CONSTANTINESCU: Tratamentul chirurgical al retred deviației uterine, No. 3627/1930.

ARSENIA MANASSIEVA: Tratamentul fibromului uterin cu raze X No. 3628/1930.

GH. T. COMȘA: Tratamentul incontinenței de urină în Bolile nervoase prin injecții cu uretropică, No. 3629/1930.

IONESCU GH. CONSTANTIN: Cercetări asupra formulei leucocitare în timpul tratamentului cu pneumotorax artificial a tuberculozei pulmonare, No. 3630/1930.

CONSTANTIN GR. CRIVEANU: Osteosinteza diafizară la lumina noilor cercetări de osteogeneză. (Aparat, instrumentație și procedeu Dr. Leonte), No. 3631/1930.

LEON I. BUTON: Chronaxia de constituție în hipertoniile musculare, No. 3632/1930.

GRIGORE GR. POPESCU: Contribuțiuni la studiul malariei de inoculare (tip quart), No. 3638/1930.

ION STAMATIN: Septicemiile acute de origină buco-dentară, No. 3634/1930.

PASCU I. GEORGE: Contribuțiuni la studiul malariei de inoculare tip terță, No. 3635/1930.

COHEN NATHAN: Asupra herniilor inghinale, No. 3636/1930.

GHEORGHE TH. DINISCHIOTU: Seroterapia intrarachidiană în scarlatină, No. 3637/1930.

TIBERIU ANASTASIU: Contribuțiuni la studiul leucocitozei și formulei leucocitare în cursul scarlatinei, No. 3638/1930.

MARINESCU A. CONSTANTIN: Asupra influenței babeurreului în terapia dietetică a dispepsiilor sugarilor la sân, No. 3639/1930.

ALEXANDRU GR. JACOBSON: Studiu asupra inervației dreptului abdominal, No. 3640/1930.

ACHIL NICOLAE DIMITRIU: O maladie infecțioasă cu evoluțiune eritemato-pustuloasă, No. 3641/1930.

TR. ȘT. BUDIȘTEANU: Contribuțiuni la studiul fermentilor pancreatice în parotidita epidemică, No. 3642/1930.

NICOLAE C. HONDROSOM: Acțiunea extractelor pancreatice desinsulinizante asupra hipertensiunii arteriale, No. 3643/1930.

NEUMAN B. ABERFELD: Angioamele limbii, No. 3644/1930.

V. MARINESCU: Hemoragiile uterine din perioada secundară a sifilisului, No. 3645/1930.

ELENA I. NICOLESCU: Contribuții la studiul serurilor anti-celulare. II. Proprietățile unui ser anti-miocardic, No. 3646/1930.

ANGELA I. SORESCU: Contribuții la studiul serurilor anti-celulare. I. Prepararea unui ser anti-miocardic, No. 3647/1930.

JAKAB MIHAIL: Diatermocoagularea în tratamentul amigdalitelor criptice, No. 3648/1930.

CORALIA MARINESCU: Rinichiul în hipertensiunea arterială, No. 3649/1930.

RUXANDRA D. KLEIN: Contribuțiuni la studiul imunității în malarie de inoculare, No. 3650/1930.

WEISSELBERGER HERMAN: Contribuțiuni la studiul clinic și fiziopatologic al aerocianozei, No. 3651/1930.

FILOFTEIA CARCALETEANU: Septicemia meningococică (forma purpurică), No. 3652/1930.

MITITZA N. DIMITRESCU: Contribuțiuni la tratamentul fistulelor peri-anale extra-sfincteriene, No. 3653/1930.

MIHAIL HR. NIȚĂ: Studia terapeutic asupra kystelor hydatice ale splinei în lumina noilor achizițiuni fiziologice, No. 3654/1930.

III.

ACTUALITĂȚI MEDICALE STRĂINE

Monografii.

Prof. Dr. C. DANIEL: **Tuberculoza genitală a femeii.** — 1 vol. în 8° de 76 pag. cu 17 fig. în text, apărut în „*Practica medicală ilustrată*”, Libr. O. Doin, Paris, 1932. Preț 22 fr.

Cu tot numărul mare de lucrări apărute asupra tuberculozei genitale a femeii, localizarea leziunilor tuberculoase la nivelul uterului și anexelor, prin manifestările pelvi-abdominale, dă încă loc la importante probleme clinice și terapeutice.

Grație progresului chirurgiei abdominale ginecologice care permite examenul pieselor proaspete, tuberculoza genitală este azi mai bine recunoscută și devine, în cele mai multe cazuri, o afecțiune esențialmente chirurgicală, curabilă prin tratamentul operator, ca și celelalte tuberculoze locale.

Prin câte-va din formele sale, tuberculoza genitală rămâne totuși încă tributară patologiei medicale; câteva din manifestățiunile ei sunt numite medicale, pentru-că sunt în general observate și îngrijite de către medici și se pot vindeca fără operație.

Lucrarea aceasta a D-lui Prof. C. Daniel este o punere la punct a unei chestiuni, care preocupă pe medici cât și pe chirurși.

În cea ce privește trat. chirurgical al tub. utero-anexiale, autorul insistă asupra nevoii unui diagnostic precoce, cași în cancer.

Este deci foarte important de a cunoaște toate mijloacele cari servesc la depistarea acestei afecțiuni înainte, de a se fi generalizat la organele vecine.

Din acest punct de vedere lucrarea aceasta este opera modernă cea mai completă și originală.

În partea doua autorul expune toate metodele terapeutice medico-chirurgicale.

Azi un mare număr de autori sunt partizanii, mai ales pentru femeile tinere, al unui tratament neoperator al leziunilor tuberculoase genitale.

Se găsesc enumerate aci toate mijloacele igienico-dietetice, helio-climaterice, cași terapeutica prin agenții fizici (Razele X, radium, diatermie, razele ultra-violete).

Tratamentul chirurgical comportă o bogată documentație, care aparține clinicei ginecologice din București; chirurgul va găsi aci toate indicațiile privitoare la chirurgia conservatoare și la chirurgia radicală.

Prin originalitatea, claritatea, prin numărul mare de figuri, această carte va fi citită cu folos de către toți acei cair se interesează de problemele tuberculozei.

Dr. L. LANGERON: Turburările vaso-motorii ale extremităților. — 1 vol. de 70 pag. în 8°, din „Practica medicală ilustrată”, Libr. O. Doin, Paris, 1932. Preț 18 fr.

Prin **turburări vaso-motoare ale extremităților** se înțeleg totalul manifestărilor patologice depinzând de o perturbație a circ. arteriale și art. capilare ale extremităților și posedând o autonomie clinică suficientă, constatarea lor este frecventă, importanța lor practică considerabilă.

Autorul face aci un studiu fisio-patologic și clinic; analizează simptomele și modul de producere, în urmă descrie grupările principale și formele clinice, pentru a termina cu terapeutica, care trebe să le fie aplicată; totul se face dintr'un punct de vedere cu totul practic.

Se va găsi aci o punere la punct a unei chestiuni destul de complexe și aride, care va permite medicului de a nu se perde în aceste diverse manifestări pentru a putea fi în stare să le diagnosticheze și trateze.

G. MOURIQUAND și M. BERNHEIM: Hipertrofia timusului și stările timo-limfatice. — 1 vol. în 8°, de 50 pag., cu 4 planșe înafară de text, apărut în Colecția „Practica medicală ilustrată”, Libr. O. Doin, Paris, 1932. Preț 20 fr.

Chestiunea hipertrofiei timusului constituie una din problemele cele mai obscure ale medicinei infantile, dealungul studiului său, te isbești de așa dificultăți, de păreri atât de opuse încât departe de a se simplifica problema, când vrei să o aprofundezi, devine un adevărat rebus.

Trebe deci să fim recunoscători autorilor cari au încercat să proiecteze puțină lumină asupra acestui punct, încă f. discutat, de patologie.

Autorii au parvenit ținând socoteala de faptele sigure și bazându-se pe propriile lor observațiuni să rezolve unele din greșalele comise și să participe la desbateri aducând vederi originale.

Diversele capitole sunt abordate cu un mare spirit critic și interesul lor crește cu atât mai mult.

Cetitorul va găsi astfel expus diagnosticul hipertrofiei timusului la copil.

Diagnosticul anatomie mai întâi, așa de greu pentru-că autorii diferiți încă nu s'au pus de acord asupra greutateii fiziologice a glandei; diagnosticul clinic în urmă, la care mai multe pagini aduc remarcabile precizuni cu privire la examenul radiologic.

Stările timo-limfatice sunt îndelung discutate; autorii admit autenticitatea sindromului lui Paltoux și studiază relațiile sale cu moartea subită, a cărei cauză încă misterioasă încearcă să discearnă.

Apoi iau în considerare etiologia și patogenia stărilor timo-limfatice, pe cari le interpretează ca o distrofie dobândită în uter, care a putut în urmă să fie agravată și în cazuri rare creată de factori post-congenitali, în particular de supraalimentație.

Lucrarea se termină cu un capitol de terapeutică și cu o importantă bibliografie.

Cetirea se recomandă tututor aceloră, cari se interesează de pediatrie și de problemele mari ale patologiei generale.

PASTEUR VALLERY-RADOT și FR. CLAUDE: Astmul bronșic. — 1 vol. de 54 pag. în 8^o cu 6 fig. în text, apărut în Colecția „*Practica medicală ilustrată*”, Libr. O. Doin, Paris, 1932. Preț. 16 fr.

În această monografie autorii descriu liniile mari ale simptomatologiei astmului, schițează patogenia așa cum este concepută azi, și trec în revistă principalele tratamente, cari și-au făcut proba.

Într'un prim capitol autorii studiază caracterele accesului de astm, apoi tipurile de accese, infine echivalențele respiratorii: coriza spasmodică, astmul fânurilor, tusea spasmodică.

Într'un al doilea capitol arată pe ce noțiuni se bazează azi patogenia astmului, studiază terenul diatesic și mecanismul crizei. Autorii fac dovadă de un mare eclectism: lor le revine meritul de a fi arătat că astmul are mecanisme extraordinar de variate.

În aceasta se deosebește această carte de toate câte au precedat-o; autorii nu sunt partisanii unei singure patogenii, ei judecă ca clinicieni cari au examinat în parte fiecare caz supus lor.

Tratamentul este îndelung studiat: tratamente cari lucrează asupra crizei; tratamente cari au de scop a modifica constituția astmaticului; agenți transformatori ai sistemului vago-simpatic; metode humorale; metode de desensibilizare specifică, etc.

„Tratamentul astmului, spun autorii sunt variate; ele nu trebuiesc întrebuițate fără discernământ; unii beneficiază de un tratament care se arată ineficace la alții; înainte de orice tratament trebuie a face un examen minuțios al bolnavului, a căuta cauzele cari sunt la originea răului astmatic și condițiile de operație a crizelor.

La fiecare astmatic corespund tratamente diferite și fiecare astmatic trebuie să încerce succesiv diferitele metode terapeutice apropiate lui”.

Această lucrare este o excelentă punere la punct a chestiunii; conține toate noțiunile esențiale asupra ei; este scrisă de autori în deosebi competenți, în spirit de observație și critică.

Cetitorul se va pune repede și ușor la curent cu una din problemele cele mai complexe ale patologiei.

M. M. R.