

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Clinica Neurologică din Cluj

DESPRE ANTIFERMENTOTERAPIE ÎN SCLEROZA ÎN PLĂCI

de
Prof. Dr. I. MINEA
Directorul Clinicii

Cercetările noastre anatomo-patologice și experimentale asupra virusului patogen al sclerozei în plăci ne-au condus încă din 1924¹⁾ la concluziunea, că acest virus prezintă importante variațiuni în activitatea sa patologică, — ceea ce ne-ar explica, cel puțin în parte, și atât de numeroasele manifestațiuni clinice și evoluțiunea diferită a cazurilor. Activitatea virusului se dezvoltă în aparență în două direcțiuni: pe o parte distruge mielina fibrelor nervoase și pe de alta produce și oarecare fenomene inflamatoare, mai ales la nivelul vaselor sanghine²⁾. Ar fi vorba deci în această activitate de două elemente constitutive ale virusului sclerotic: unul mielinolitic și altul inflamator.

F. Lewy³⁾ încă admite prezența a două procese patologice în acțiunea virusului polisclerotic, strâns legate între ele din punct de vedere etiologic, dar deosebite totuși din punct de vedere anatomo-patologic; un proces „degenerativ” și altul de natură „inflamatoare”. Numirea „degenerativ” însă este prea comprehensivă pe de o parte, pentru că cuprinde și procesele degenerative celulo-axonale, cărora noi am vroi s'o vedem mai curând rezervată pentru mai multă precizie a termenilor, ce-i întrebuițăm, iar pe de altă parte aci este vorba de un proces chimic de descompunere cu mult mai simplu decât desfacerea progresivă atât de complicată a compușilor proteici, — proces pentru care avem, tot în senzul unei precizii mai exacte, termenul de myelinoliză, care a fost întrebuițat deja mai de mult de O. Marburg. Raportul reciproc al acestor două elemente constitutive ale virusului polisclerotic este departe încă de a putea să fie stabilit și nici nu se va putea face aceasta decât numai după descoperirea și izolarea agentului patogen conținut în virus. Este foarte probabil însă, judecând după alterațiunile vasculare constatate în această boală și după raporturile lor atât de variabile cu focarele sclerotice, că elementul inflamator prezintă el însuși însemnate variațiuni și ca dezvoltare cantitativă și poate și ca virulență în diferite cazuri. Legătura întâmplătoare a plăcii cu un vas alterat ar însemna poate, că acest ele-

ment inflamator nu servește nici măcar ca agent vector a componentei lipolitice a virusului. Insuficiența, eventual totala ineficacitate a oricărei terapii antiinfecțioase și-ar găsi astfel o explicațiune plauzibilă.

Leziunea caracteristică a sclerozei în plăci este demielinizarea fibrelor nervoase cu conservarea axonului, precum a descris-o încă Charcot. Observațiunile ulterioare au adăugat numai relativitatea acestei conservări constându-se și alterațiunile axonale, care încep ca „aparate de rezistență” ale axonului⁴⁾ și se termină prin întreruperea acestuia.

Demielinizarea fibrelor nervoase cu conservarea mai mult sau mai puțin intactă a axonului lor nu este însă un proces patologic specific pentru scleroza în plăci. Precum a arătat Spielmeyer⁵⁾ se pot găsi înfinse zone de demielinizare în meningo-encefalita cronică difuză specifică, în tripanosomiază etc. Aceasta nu însemnează însă altceva, decât că și alți agenți patogeni pot să câștige în ajutorul acțiunii lor obișnuite și acest element mielinolitic sau se pot asocia cu un alt agent nou și încă necunoscut, prezentând însă oarecare analogie ca producător de leziuni cu acela al sclerozei în plăci. Nu este însă pentru aceasta mai puțin adevărat, că acțiunea patologică fundamentală și caracteristică a agentului patogen al sclerozei în plăci se manifestă prin descompunerea mielinei fibrelor nervoase, care se face în mici focare discontinue. În unele cazuri studiate de noi am găsit chiar unele plăci cu totul recente, care nu se pot distinge de loc macroscopic, nedeosebindu-se absolut prin nimic de țesutul înconjurător sănătos; împregnând cu metoda lui Bielschowsky sau a lui Cajal aceste porțiuni de țesut, nu se poate constata nici cea mai mică leziune a fibrelor nervoase la acest nivel; colorațiunea cu Nissl este iarăși absolut negativă, pe când colorațiunea specifică pentru mielină a lui Weigert sau Spielmeyer ne arată pete mai mult sau mai puțin clare, iar metoda lui Daddi-Herxheimer ne produce o adevărată relevațiune; mielina este degenerată și fragmentată în masse libere, cea mai mare parte în interstițiile țesutului. Cam acelaș aspect îl au și leziunile în scleroza în plăci de formă acută, în care Marburg a descris fenomenele de nevrită segmentară periaxilă: descompunerea mielinei și persistența axonului. Acest fel de leziune nu este o leziune gravă, când se produce în nervii periferici, ci este cea mai ușoară și care se repară foarte rapid, dacă acțiunea toxică patogenă încetează; astfel am constatat noi în-

șine în cercetările noastre experimentale⁶⁾ făcute la epuri, că virusul sclerozei în plăci produce, injectat fiind în sciaticul acestor animale, leziuni de nevrită periaxială, care se vindecă relativ repede: după 40 zile am văzut țeci mielice subțiri, palide, regenerate la nivelul injecțiunii de virus. Nu avem însă date, care să ne permită a afirma, că și la nivelul plăcilor din centri nervoși umani s'ar putea produce aceeași regenerare; faptul important, pe care-l putem stabili este, că procesul toxic, care se petrece în plăcile de scleroză, este de o intensitate redusă, precum afirmă și Lewy. Atenuarea sau inhibițiunea pe orice cale a acestui proces ar avea din punct de vedere terapeutic o valoare de cea mai mare importanță, dată fiind această slabă toxicitate a agentului patogen poli-sclerozic.

Acțiunea terapeutică s'a îndreptat în general până acum — întrucât s'a bazat pe existența unei inflamațiuni provocată de un agent infecțios oare-care — în contra elementului inflamator al virusului. Rezultatul unui asemenea tratament, chiar dacă eficacitatea lui nu este absolut inexistentă, nu se poate prin nimic diferenția din marea masă a ameliorărilor sau remisiunilor spontane atât de comune în evoluția acestei boale — ceea ce nu face pe de altă parte decât să confirme datele amintite mai sus ale anatomiei patologice, care ne arată, că fenomenele inflamatoare în scleroza'n plăci sunt de mică intensitate, foarte variabile chiar ca prezență în legătură cu fenomenul fundamental, singur caracteristic: descompunerea mielinei. Incercări terapeutice, care să și fi propus drept scop de a influența asupra acestui din urmă fenomen, nu s'au făcut până la primele noastre încercări personale, comunicate în 1925⁷⁾.

Plecând dela considerațiunea, că acțiunea virusului sclerozei în plăci se poate compara cu aceea a unui ferment lipolitic sau o lipază, care saponifică mielina — după analogia, care a fost făcută încă din 1907 de Prof. Marinescu⁸⁾ pentru degenerescența mielinei în nervii periferici secționați — ne-am pus întrebarea, dacă n'am putea inhiba, paraliza sau anula această acțiune specială a virusului prin intervențiunea unui factor analog cu acela, pe care-l întrebuințează probabil organismul însuși în asemenea circumstanță, când se produc în evoluțiunea boalei remisiuni complete, — și care trebuie să fie un proces antilipazic specific sau nespecific? Neavând la îndemână pentru considerațiuni lesne de înțeles o antilipază specifică și nici măcar o antilipază oare-care pentru moment, ni s'a părut logic să întrebuințăm o substanță care introdusă fiind în organism să servească ca un substrat pentru acțiunea lipazei patologice, fixându-se pe aceasta cel puțin parțial și paralizându-o oare-cum indirect. Această substanță a fost lecitina pură (Merck) cu care am făcut unui însemnat număr de bolnavi injecțiuni intrarachiene sub

forma de emulsiune proaspăt preparată în ser fiziologic. Primele rezultate obținute în 7 cazuri le-am comunicat deodată cu metoda⁹⁾, altele au fost publicate ulterior de mine și de Dr. Dragomir¹⁰⁾. Este important de notat că se obțin prin metoda terapeutică rezultate foarte bune ori unde este vorba de un asemenea proces patologic de demielinizare simplă a axonului cu conservarea intactă a acestuia, ceea ce se poate constata și în alte scleroze progresive ale măduvei, nu numai în scleroza în plăci. Astfel am obținut însemnate ameliorări ale motilității și ale sensibilității în mai multe cazuri de paraplegie prin meningomieliită sifilitică și tot asemenea într'un caz de așa zisă scleroză combinată a măduvei de origine criptogenetică¹¹⁾. În toate aceste cazuri, precum se știe din datele anatomopatologice, ce le avem, există uneori, mai ales în așa zisa paraplegie sifilitică a lui Erb, întinse zone, mai pronunțate la periferia măduvei, la nivelul cărora mielina fibrelor nervoase este dispărută, iar axonul este mai mult sau mai puțin intact. Aceste leziuni periaxile medulare sunt perfect analoge cu cele amintite mai sus în leziunile cerebrale provocate de acelaș agent patogen.

Rezultatele obținute de noi au fost destul de apreciable în marea majoritate a cazurilor; în cazurile de evoluțiune mai recentă și în unele cazuri vechi, însă neevoluuate până în faza de paraplegie gravă și fixate oarecum (v. cazul VII din primul nostru memoriu) rezultatele au fost admirabile. În fața acestora ne-am pus noi însine întrebarea, dacă nu a fost vorba eventual de simple coincidențe cu remisiuni spontane, care, precum se știe, sunt caracteristice în evoluțiunea acestei boale, căutând să prevenim oare-cum obiectiunea, ce ni s'ar putea face în această privință. Unele cazuri ca No. VII citat, în care claudicațiunea intermitentă a măduvei data de 12 ani și care se menține de atunci și până acum vindecat, vorbesc un limbaj foarte clar. În celelalte cazuri cum ar fi de ex. mai ales cazul VI, coincidența cu o remisiune atât de completă și mai ales atât de rapidă (48 ore după inj.) este foarte îndoielnică. Această rapiditate a efectului acestor injecțiuni, care face impresiunea că într'adevăr se petrece în țesutul nervos o reacțiune chimică antitoxică sau de fixare în sensul indicat mai sus, uneori — precum am notat în acelaș caz — luând aspectul unui efect psihoterapeutic imediat, ar putea servi prin sine însăși chiar pentru un diagnostic diferențial al boalei. Suntem deci de parte de coincidențele remisiunilor spontane.

Se înțelege, că nu putem preciza, ce se întâmplă în urma aplicării acestui tratament la nivelul leziunilor din punct de vedere istopatologic. Se poate regenera în asemenea cazuri teaca de mielina odată distrusă? într'o serie de cercetări experimentale la epuri asupra fenomenelor provocate în nervul sciatic prin injecțiuni de emulsiune de virus¹⁰⁾ am arătat, că se produc în nerv la locul in-

jecțiunii leziuni cu totul speciale, asemănătoare de altfel a celorla din plăcile de scleroză umane și adică leziuni de nevrită periaxială cu conservarea continuității axonilor, fără nici o degenerare a porțiunii periferice a acestora și fără nici o turburare a motilității membrului respectiv. După un interval de 30—40 zile am constatat în aceste cazuri prezența la același nivel de fibre cu teaca lor de mielină pe cale de regenerare, precum am amintit deja mai sus. Micile fenomene inflamatoare localizate și ele la vasele intranervoase din același teritor dispar deasemenea. Este evident deci, că întrucât scleroza în plăci nu este inoculabilă la animalele de laborator, virusul nu se poate cultiva în vivo și că nu se desvoltă în această împrejurare decât efectul toxic resp. mielinolitic și ușor inflamator al miciei doze de virus inoculate; acest efect epuizându-se, nervul se regenerează. Putem admite oare, că și în cazurile de remisiune completă a boalei lăsate la om în evoluțiunea ei spontană, se întâmplă, prin epuizarea acțiunii specifice a virusului patogen, același lucru ca și în cazurile noastre experimentale? Sau că în cazurile tratate prin metoda noastră, prin aceeași epuizare provocată indirect să ajunge la același rezultat? Imposibilitatea de a cerceta starea anatomică în timp util nu ne permite să răspundem, iar un asemenea examen făcut tardiv n'are nici o valoare din punctul de vedere, care ne interesează. Oricum ar fi însă, nu se poate admite nici într'un chip, că administrarea lecifinei ar provoca regenerarea instantanee sau ultrarapidă a tecii mielinice degenerate, care s'ar face deodată cu reluarea funcțiunii. S'ar putea obiecta totuși în acest caz, că lecifina nu are un efect antilipazic, antimielinolitic, ci numai efectul terapeutic în general cunoscut de activator de o mare valoare al proceselor celulare din organism. Și această „activare” însă, ca și regenerarea mielinei, este un proces de aceeași natură ca evoluțiune, adică nu se poate desvolta atât de rapid și paralel cu ameliorarea simptomelor clinice, ci numai lent și progresiv, cum se întâmplă și cu alte „activatoare” terapeutice. Nu ne rămâne deci altceva, decât să presupunem, că virusul lipazic al sclerozei în plăci în plină activitate mielinolitică la nivelul unei plăci recente are o acțiune și asupra cilindracșilor fibrelor nervoase. Aceasta n'ar fi însă decât o slabă acțiune toxică, care nu atacă constituția anatomică a cilindracșului, ci numai conductibilitatea lui — și aceasta mai ales la fibrele motrice, pentru că cele sensitive sunt mai rezistente¹²⁾. Ar fi vorba de o inhibiție funcțională, de o paralizie toxică, care durează cel puțin atât timp, cât se desvoltă acțiunea lipazică la nivelul plăcii. Eficacitatea lecifinei injectate, din care presupunem, că oarecare cantitate este atrasă la același nivel, nu s'ar putea explica deci decât printr'o reacțiune chimică, de fixarea virusului asupra noului substrat, ce i se prezintă. Prin această fixare se eliberează cu aceeași rapiditate, în același timp și

cilindraxul de sub influența toxică paralizantă. Numai astfel se poate explica ameliorările atât de prompte, pe care le-am putut obține în cazurile noastre și care ar putea servi în cazurile îndoelnice, precum am zis, chiar ca un mijloc de diagnostic.

Ne-am dat însă seama încă dela începutul încercărilor noastre terapeutice în scleroza în plăci, că lecifina nu poate avea nici o specificitate de ordin biologic. Lecifina, ziceam în prima noastră comunicare, este un produs al descompunerii incomplete a substratului obișnuit al lipazei patologice, adică a mielinei și după ceea ce știm asupra acțiunii produșilor de descompunere ale substratelor diferiților fermenți în activitatea acestora (*Tammann, Hill, Müller-Thurgan, Henri, Wohl*, — cit. după *Oppenheimer*¹³⁾) lecifina ar putea să fixeze grupul haptofor al fermentului considerat ca antigen. Dar grupul ergofor rămâne intact și după epuizarea substratului legat de haptofor, acesta redevine liber și deci capabil de un nou atac patologic.

* * *

Urmărind planul nostru terapeutic inițial am încercat la bolnavii, care au intrat în timpul din urmă în clinica noastră, să realizăm o antifermenoterapie veritabilă prin injecțiuni intrarachidiene de ser antilipazic. Obținând adică cu concursul doctorului *Benetato* o lipază extrasă prin procedeele clasice din pancreasul de porc și întrebându-se această substanță ca antigen la bolnavii noștri (injecțiuni intramusculare succesive la $\frac{1}{2}$, 1 și $1\frac{1}{2}$ cmc.) am recoltat apoi ser sanghin în cantitate de 10—20 cmc., pe care l'am injectat intrarachidian aceluiași bolnavi, după ce am făcut determinările necesare ale calităților biologice ale serului sanghin înainte și după preparațiunea antilipazică. Aceste determinări, care sunt foarte interesante — mai ales întru cât un autor american recent¹⁴⁾ pretinde a fi găsit în sângele bolnavilor atinși de scleroză în plăci, o lipazemie accentuată, pe care a căutat să o pună în evidență și prin cercetări biologice experimentale și prin cercetări chimice, fără a-i fi putut însă fixa rolul patologic — le vom reda detaliat într'o altă publicațiune. Deocamdată dăm aci observațiunile clinice ale bolnavilor, pe cari i-am tratat prin această nouă metodă.

Obs. I. — I. C. de 49 ani, tâmplar.

Anteced. eredo-colaterale. Mama a murit în vârstă de 35 ani în urma unei complicațiuni post-partum, iar tatăl a murit în etate de 75 ani de o boală nedeterminabilă. Tatăl a fost fumător moderat, deasemenea a uzat și de beuturi alcoolice în măsură moderată. În familie au fost 8 copii, dintre cari unul a murit în etate de 13 ani afirmativ de „aprinde de creier” (meningită), iar al doilea a murit în etate de 19 ani de boală de piept, cu care a zăcut vreme 3 ani de zile. Mai trăiesc 6 copii, cari sunt

sănătoși afară de el. Anteced. personale. S'a născut la termen și a avut o dezvoltare fizică și intelectuală normală. Până la debutul boalei actuale n'a suferit de nici o altă boală. Neagă bolile venerice. Are 2 copii sănătoși. Analiza sângelui pentru R. W. a fost în repetate rânduri negativă atât la el cât și la soția sa. Uzează moderat de alcool și de tutun. Istoricul boalei: e bolnav din toamna anului 1929. Boala s'a început în mod insidios cu o slăbiciune în membrele inferioare care se manifesta în decursul mersului, așa că drumuri mai lungi pe cari până atunci le făcea cu mare ușurință, acum trebuia să le facă în etape fiind forțat să se odihnească de mai multe ori. N'a avut dureri sau parestezii în membre afară de dureri sub formă de junghiuri în jumătatea dreaptă a feței cari au persistat câteva zile la începutul boalei fără să mai reapară de atunci. Timp de un an de zile boala n'a progresat prea mult așa că bolnavul a putut să-și continue ocupațiunea lui de tâmplar fără mari dificultăți. După un an a observat că nu mai are siguranța în membrele superioare pentru a executa lucrări mai fine. Din cauza aceasta adeseori se întâmpla să se taie în decursul barberitului sau scăpa obiectele mai mici din mână. Concomitent cu aparițiunea acestor simptome a început să aibă și turburări de echilibru, cari se manifestau mai ales atunci când fiind aplecat se ridica brusc în stațiune verticală sau dacă în timpul mersului era obligat să privească înapoi. Adeseori o senzație de amețeală îl făcea ca să meargă nesigur, pierzându-și echilibrul. În Octombrie 1931 aceste amețeli au devenit foarte frecvente, împiedecându-l în executarea funcțiunii lui și făcându-l să cadă. Niciodată nu și-a pierdut însă cunoștința. Tot în acest timp bolnavul a constatat că îi scade vederea fără să aibă însă diplopie în mod consant ci numai când privea la distanță mare, obiectele le vedea dublu. În privirea de aproape nu constata nici un defect (paralizia divergenței?).

În legătură cu turburările de vedere i'au apărut și dureri de cap cu caracter aproape continuu și cu localizare pe întreaga calotă sub formă de constricțiune. De 2 luni de zile afirmă bolnavul că și memoria a început să-i slăbească, uitând faptele recente. Vorbirea încă a început să se schimbe devenindu-i vocea nazonată. În ultimele 2 luni au apărut și mici turburări urinare constând în micțiuni frecvente și până la un punct imperioase mai ales în timpul nopții.

Starea prezentă la intrarea în clinică 23 Ian. 1932. Bolnavul este de statură înaltă cu sistemul osos bine dezvoltat, musculatura și țesutul adipos subcutanat reduce. Nu prezintă atrofii musculare nici turburări trofice sau vazomotorice.

Stațiunea bipedă o păstrează fără a fi obligat să-și mărească baza de sustentățiune. Nici în poziția Romberg nu constatăm desechilibrare. Stațiunea unipedă pe piciorul

stâng cu ochii deschiși este mai bună decât pe cel drept pe care bolnavul nu o poate păstra din cauza oscilațiunilor cari îi deranjează echilibrul. Căderea nu se face în mod constant în aceeași direcțiune, totuși există o tendință de a cădea mai mult spre dreapta. Stațiunea unipedă cu ochii închiși nu este posibilă.

Mersul: bolnavul umblă nesprijinit, mărindu-și baza de sustentățiune, își controlează pașii privind constant membrele inferioare, trunchiul este rigid în decursul mersului, puțin proiectat înainte. Flexiunea în diferitele segmente ale membrelor inferioare se face în mod normal. Mișcările automate ale membrelor superioare deasemenea se fac normal. Nu constatăm în mers o pulsiune evidentă într'o singură direcțiune, totuși bolnavul afirmă că simte o greutate care îl trage în spre dreapta, astfel încât în mers nu poate păstra linia dreaptă, ci deviază bilateral, dar mai ales spre dreapta.

Examenul extremității cefalice: fața nu prezintă asimetrie. Motilitatea feții este normală. Pupilele sunt egale cu circumferința puțin neregulată; reacționează slab la lumina difuză, la distanță însă reacționează bine. La lumina artificială reacțiunea pupilelor este leneșă. Mișcările globilor oculari: mișcările verticale în sus sunt limitate ceva mai mult la ochiul stâng și prezintă un nistagm vertical cu oscilațiuni mici și frecvente, mai evidente tot la ochiul stâng. Mișcările verticale în jos sunt bune. Mișcările de lateralitate: mișcarea în spre stânga este limitată, astfel încât din partea ochiului drept constatăm că globul ocular abia se deplasează ceva din poziția mediană, cel stâng se deplasează ceva mai mult, însă nu ajunge cu corneea până la unghiul extern, ci rămâne o distanță de 3—4 mm. între ea și unghiul extern. Constatăm în poziția aceasta prezența unui nistagm orizontal, izolat numai la ochiul stâng. În privirea laterală spre dreapta ochiul drept se deplasează aproape normal (corneea ajunge până la unghiul extern), iar cel stâng nu ajunge cu corneea decât până la o distanță de 2 mm. de unghiul intern. În privirea spre dreapta prezintă nistagm numai la ochiul drept. Motilitatea limbei și a vălului palatin este bună. Reflexul cornean este păstrat, cel conjunctival diminuat. Reflexul faringian nu se produce. Reflexul maseterin normal; vederea și auzul sunt normale. Fundul ochiului normal. Vorbirea: vocea este puțin nazonată; nu prezintă turburări de pronunțare (nu are dizartrie). Deglutiția este bună. Examen rinologic: deviația septului cu îngroșarea lui atât în partea anterioară cât și în partea posterioară. Catar tubo-timpanic bilateral.

Motilitatea: mișcările active la membrele superioare sunt normale și se fac în amplitudine normală. Mișcările de preciziune: ducerea indicelui la nas se face cu oarecare ezitare spre sfârșitul mișcării. (Bradyteleokinesie) — această de ambele părți. Nu constatăm nici o deosebire,

Iod. Calcium. Diuretin

«KNOLL»

la
hipertonie, stenocardie, astm.

După Prof. S. Askanazy, Koenigsberg: Potențarea efectului celor trei componente: Iod, Calcium, Diuretină.

Rp. Tablete de Iod-Calcium-Diuretin.
Ambal. original cu 10 și 20 bucăți.

S. De trei ori pe zi 1 tabletă. Să se ia
mai bine zdrobită în puțin lichid.



KNOLL A.-G., Fabrică chimice, **Ludwigshafen/Rhin.**

Reprezentanță Generală și Depozit: M. TATARSKY, BUCUREȘTI,

STRADA ISVOR 43, SECTORUL VI.



PURITATE, ACTIVITATE ȘI STABILITATE

INSULIN 'A.B.'
TRADE MARK **Brand**



Renumerele mondial al insulinei „A. B.” se datorește purității absolute precum și activității și stabilității sale bine cunoscute.

Se livrează precum urmează:

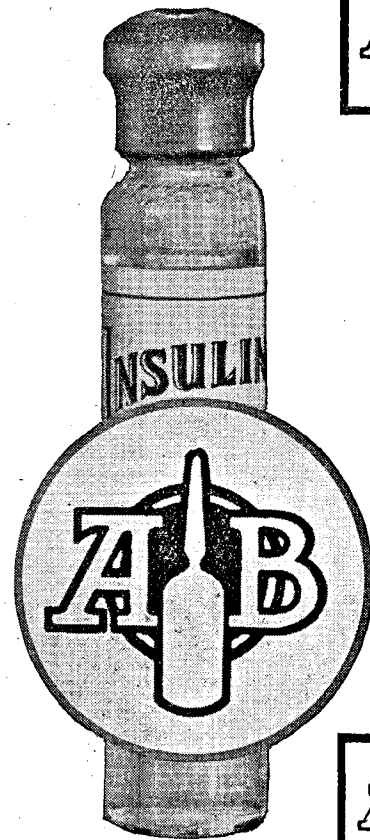
20 unități per cmc. în flacoane conținând:		40 unități per cmc. în flacoane conținând
5 cmc. (100 unit. sau 10 doze)		5 cmc. (200 unit. sau 20 doze)
25 cmc. (500 „ „ 50 doze)		80 unități per cmc. în flacoane conținând:
		5 cmc. (400 unități)

Informațiuni și literatură se vor trimite gratuit la cererea D-ilor Medici.

FABRICILE UNITE:

THE BRITISH DRUG HOUSES LTD.
 Graham Street, London N. 1

ALIEN & HANBURYS, LTD.
 Bethnal Green, London E. 2.



Reprezentant pentru România:

S. A. IANCOVICI, Strada Pictor Grigorescu No. 5, București



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pyridium

(Clorhidrat de Phenylazo- α - α -Diamino-Pyridină).

**Antisepticul urinar
 calmant pe cale bucală**

3 ori pe zi
 1-2 comprimate.

Tub original cu 12 comprimate de 0.10 gr.
 Flacon original cu 25 comprimate de 0.10 gr.
 Flacon original cu 100 comprimate de 0.10 gr.

Pyridium-Corporation, New-York

Desfacere exclusivă prin:

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof

Reprezentanța generală pentru România:

Rudolf Forek București, III. Str. General Eremia Grigorescu 9.

dacă mișcarea aceasta o face fără controlul ochilor. N'are tremurătură intenționată. Mișcările diadochocinetice le face bine de ambele părți, nu există nici o deosebire între stânga și dreapta. Nu constatăm dismetrie. Proba lui Stewart-Holmes negativă.

Mișcările active la membrele inferioare se fac în mod normal în toate segmentele. Proba călcâiului o execută bine atât cu controlul cât și fără controlul ochilor. Nu constatăm ataxie statică. Bolnavul poate păstra o atitudine dată fără a constata oscilațiuni din partea membrului inferior. Mișcările pasive la membrele superioare se fac în mod normal în toate segmentele; la membrele inferioare constatăm oarecare grad de ipotonie în ambele articulațiuni coxofemorale. Rezistența musculară la extensorii antebrațului drept este puțin diminuată, de partea stângă extensorii sunt normali. Flexorii antebrațului au o forță egală și normală de ambele părți. La membrele inferioare constatăm o slăbire a flexorilor gambei drepte — abia apreciable — față de flexorii de partea opusă. Extensorii sunt bine conservați de ambele părți. Flexorii și extensorii piciorului au o forță bine conservată. Forța dinamometrică m. dr. 110 m. st. 120. Mișcări asociate patologice nu constatăm.

Sensibilitatea: a) subiectivă. Bolnavul se plânge de turburări de echilibru cari se prezintă atât în mers cât și în stațiune verticală, dar mai ales atunci când se întoarce brusc în timpul mersului. Acuză amețeli cari sunt foarte frecvente mai ales în stațiune verticală și cari îl forțează să ia o atitudine aproape constantă în decubit dorsal. Se plânge că nu mai are siguranța în membrele superioare și nu poate executa meseria din cauza acestui defect. b) S. obiectivă. Nu prezintă turburări nici superficiale și nici profunde. Simțul stereognostic este bun.

Reflexele. La membrele superioare se produc normal de ambele părți. Reflexul rotulian este foarte viu la ambele părți, dar fără clonus al rotulei. Reflexul achilian se produce normal, cel medioplantar idem. Nu prezintă clonus al piciorului. Reflexele cutanate: abdominale de partea dreaptă nu se produc; de cea stângă cel superior și mediu foarte diminuate; cel inferior abolit. Reflexul cremasterian drept foarte diminuat, cel stâng este păstrat. Reflexul plantar stâng se produce în flexiune, cel drept se produce de cele mai multe ori în extensiune (semnul lui Babinski pozitiv). Funcțiunile sfincteriene: în afară de micțiuni frecvente și imperioase nu prezintă alte turburări. Organele interne toraco-abdominale nu prezintă nimic patologic. Starea psihică nealterată.

Examen de laborator: Urina nu conține nimic patologic. Sângele R. Wassermann negativ. Lichidul cefalo-rachidian: tensiunea normală. Pandy și Nonne: urmă de opalescență; albumină 0,40 gr. la mie (Sicard). Limfocite 3,3 pe o div. Nag. Reacțiunea cu benzoë: 0,0,0,0,2,2,1,0. R. Wassermann negativă.

Examenul r. vestibulare. Vertigiul voltaic este normal. Deviațiune constantă spre pozitiv cu 10 m. Amp.

Nistagmul provocat prin irigațiunea urechei cu apă rece de 14° este mai diminuat la stânga decât la dreapta și durează abia câteva secunde (10—15) după terminarea irigațiunii.

Tratament:

16 Febr. Injecție subcutană cu o $\frac{1}{2}$ cmc lipază.

21 " " " " 1 " "

26 " " " " $1\frac{1}{2}$ " "

9 Martie. Injecție intrarachidiană cu 10 cmc. auto-ser antilipazic. Injecția a fost suportată fără nici un inconvenient mai serios. Bolnavul a avut ușoare dureri de cap și junghiuri în membrele inferioare. La 3 zile după injecție bolnavul simte o augmentare a forței membrilor inferioare și o mai mare siguranță în mers. Amețelile sunt cu mult mai rari.

Intre 20—27 Martie bolnavul prezintă o stare gripală cu temperatură până la 39,4°.

27 Martie. Bolnavul este afebril și nu mai prezintă decât o ușoară slăbiciune, ceace îl împiedecă întrucâtva în mers.

5 Aprilie. Starea generală ameliorată complet, mersul mai sigur. Din când în când prezintă ușoară cefalee și amețeli.

11 Aprilie. Primește 1 cmc. lipază intramuscular.

22 Aprilie. Injecție intrarachidiană cu 12 cmc. auto-ser antilipazic.

Examenul lichidului cefalo-rachidian: tensiunea normală Pandy, Nonne: urme de opalescență. Limfocite: 5 media pe o diviziune Nag. Albumina: 0,40 gr. la mie. Reacțiunea cu Benzoë: 0,0,0,0,1,2,2,1,0.

23 Aprilie. Bolnavul părăsește clinica simțindu-se mai bine, voind să meargă să lucreze, cu indicația de a se prezenta din nou după o lună pentru examen.

Constatăm acum: stațiunea bipedă este normală atât cu ochii deschiși cât și cu ochii închiși. Stațiunea unipedă cu ochii deschiși este posibilă pentru un timp limitat și este mai bună pe piciorul stâng. Stațiunea unipedă cu ochii închiși pe piciorul stâng deasemenea este mai bună. Mersul: în mers constatăm o ameliorare încontestabilă față de ceace era la intrarea în clinică. Bolnavul nu mai prezintă mersul în zig-zag, nu mai este obligat să-și controleze pașii cu ochii nici baza de susținere nu mai este mărită.

Proba saltului (pedezia) biped o execută destul de bine și fără a prezenta oscilațiuni de așa natură ca să-i deranjeze echilibrul. Saltul pe piciorul stâng este bun, bolnavul putând sări sigur; pe piciorul drept însă abia dacă poate face 2—3 sărituri.

Bolnavul afirmă că subiectiv se simte mai bine, amețelile le are cu mult mai rari ca înainte, este mai



sigur în mers, obosește mai puțin în timpul mersului și poate face eforturi mari. Se simte capabil de muncă.

Obs. II. — A. I., de 27 ani, casnică.

Anteced. eredo-colat.: părinții trăiesc și sunt sănătoși au fost 5 copii la părinți dintre cari 2 au murit în prima copilărie în boli necunoscute. O soră și un frate trăiesc și sunt sănătoși însă sora ei are un membru inferior paralizat dela vârsta de 2 ani în urma unei boli febrile (paralizie infantilă?)

Anteced. personale: S'a născut la termen și a avut o dezvoltare fizică și intelectuală normală. La vârsta de 4 ani a suferit de scarlatină iar la 11 ani de apicidă. Menstruată dela vârsta de 13 ani cu menstruațiuni totdeauna regulate. Căsătorită la 19 ani. N'a fost nici când gravidă. Soțul este sănătos. În 1929 a suferit de o tumoră ovariană dreaptă, ameliorându-se după 25 ședințe de diatermie. Neagă bolile venerice și infecto-contagioase. Nu uzează de tutun nici de băuturi alcoolice.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală a început înainte cu 1 și jumătate an. Făcând o excursiune a observat pentru prima dată, că i se obosește membrul inferior stâng mai repede ca altădată din care cauză era nevoită să facă popasuri dese. Deodată cu oboseala avea și senzația de strânsură în regiunea poplitee a membrului amintit.

După o lună observă că-i slăbește forța și în membrul inferior drept, încât bolnava se obosea repede, în timpul plimbărilor și era nevoită să se oprească pe loc de mai multe ori. După aceasta a urmat o remisiune timp de $\frac{1}{2}$ an când era aproape complet sănătoasă și nu avea nici o plângere, iar într'o zi a observat că din nou începe să-i slăbească forța din membrul inferior stâng însă de data aceasta într'un grad mai mare și în timpul mersului nu-l putea ridica decât cu mare greutate dela pământ, încât era nevoită să-l tragă după sine, după un mers mai îndelungat. Mersul a devenit astfel și mai dificil, adesea se întâmpla, că se împiedeca cu membrul inferior stâng. Membrul din partea opusă, deși era și el slăbit nu îi cauza nici un inconvenient. Tot pe acest timp mersul a început să devină și nesigur, având senzația că o trage ceva când în spre dreapta când în spre stânga și s'au prezentat din nou durerile de constricție în fosa poplitee stângă și în articulația fibiotarsiană de data aceasta. Când se oprea din mers și era nevoită să se repauzeze, bolnava avea tremurături puternice în membrul inferior stâng, pe cari oricât ar fi încercat nu le putea inhiba, însă după 2—3 minute dispăreau dela sine. În decursul lunii Mai sau Iunie 1931, i-au căzut de mai multe ori unghiile degetelor picioarelor cu excepția celor ale degetelor mici.

Cam prin luna Iulie a consultat apoi un medic, care i-a făcut o serie de injecții de Gradyl și la interior Tetrophan după care tratament din nou a avut o fază de ameliorare

rare timp de 1 săptămână și i-au trecut și tremurăturile din membrul inferior stâng. Între timp și-a făcut și reacția Wassermann în sânge care a fost negativă.

În ultimul timp însă bolnava a observat din nou că îi slăbește din zi în zi tot mai mult forța din membrele inferioare cu deosebire din membrul inferior stâng. Mersul a devenit iarăși foarte dificil și obosea repede. În timpul zilei începe să aibă senzația de răceală în membrul inferior stâng iar noaptea îl simțea amorțit. În timpul mersului obosește foarte repede și are senzația că este trasă când în spre stânga când în spre dreapta. Simte o slăbiciune foarte puternică în membrul inferior stâng, iar după mers îi apar din nou aceleași dureri în fosa poplitee și la nivelul articulației fibio-tarsiene stângi. Tremurăturile pe cari le avea în acel membru după mers însă nu le-a mai avut în ultimul timp.

Membrele superioare n'au slăbit și nu au prezentat nici când tremurături. Diplopie sau turburări sfinceriene n'a avut nici când, tot așa nici turburări de vorbire sau accese de plâns sau de râs.

Starea prezentă. Bolnava este de o statură mijlocie cu sistemul osos bine dezvoltat. Nu prezintă deformațiuni osoase nici anomalii în dezvoltare. Sistemul muscular și țesutul celulo-adipos sunt puțin reduse, iar tegumentele și mucoasele vizibile sunt palide. Nu prezintă turburări trofice nici vasomotorice, afară de un dermatografism destul de apreciazabil. Nu se constată tremurături fasciculare sau fibrilare la nici un mușchiu. Stigmate de degenerescență deasemenea nu prezintă.

Se constată că fosele supra și infra-claviculare de partea dreaptă sunt mai scobite decât celea din partea opusă. Jumătatea inferioară a coapsei și gambei stângi este mai redusă de volum în comparație cu partea opusă.

Statica: Stațiunea verticală bipedă o păstrează bine și nu-și mărește baza de susținere. Cu picioarele apropiate și cu ochii deschiși păstrează bine această atitudine iar cu ochii închiși prezintă ușoare oscilațiuni ale trunchiului, cari se fac neregulate când înspre dreapta, când înspre stânga. Stațiunea unipedă pe membrul inferior drept se face bine cu ochii deschiși cu ochii închiși însă poate sta numai câteva clipe prezentând apoi oscilațiuni ale trunchiului fiind amenințată să cadă. Stațiunea unipedă pe membrul inferior stâng este posibilă nesprrijinită numai timp de câteva secunde prezentându-se apoi oscilațiuni destul de mari ale trunchiului, cari o determină să se sprijinească fiind altcum amenințată să cadă. Cu ochii închiși stațiunea izolată pe acest membru este posibilă numai câteva clipe.

Mersul: este puțin nesigur, întrucât are ușoară tendință să devieze dela linia dreaptă mai pronunțat când nu privește solul. Mersul se face cu pași aproape egali, totuși pașii făcuți cu membrul stâng sunt mai mici și se observă un ușor grad de rigiditate al acestui membru, întrucât din

pas posterior în pas anterior nu face flexiunea suficient din articulația genunchiului și cea tibio-farsiană și astfel se întâmplă câteodată că șterge cu vârful piciorului stâng puțin solul.

Mișcărilor automate de pendulațiune ale membrelor superioare în timpul mersului le face în mod normal. La un mers mai grăbit rigiditatea membrului inferior stâng este mai evidentă și apare chiar și în cel din partea opusă. Alergarea este posibilă însă nu repede. Saltul pe membrul inferior drept se face destul de bine, pe cel stâng însă merge mai greu și după câteva sărituri este amenințată să cadă.

Craniul este de mărime și conformațiune potrivită. Fața nu prezintă asimetrie și motilitatea ei nu prezintă turburări. Vorbirea: nu prezintă turburări. Globii oculari, mișcărilor globilor oculari se fac în excursiuni normale în toate direcțiunile afară de o ușoară limitare a mișcării de convergență a ochiului stâng. Static nu se remarcă nimic. În privirea laterală extremă atât în spre stânga cât și în spre dreapta se observă ușoare oscilațiuni nistagmice orizontale, de o amplitudine mică, cam 80 pe minut și mai evidente la privirea laterală dreaptă. Reflexul cornean: se produce bine de ambele părți pe când cel conjunctival este bilateral diminuat. *Pupilele*: sunt egale, centrale, rotunde și cu circumferențele regulate, reacționează bine la lumină și la distanță. Reflexul naso-palpebral: este puțin viu. *Examen oftalmologic*: (17 XI.) nimic patologic. A. V. 5/5 la ambii ochi. Câmpul vizual normal. Fundul ochilor normal.

Mirosul, auzul și gustul nu prezintă turburări.

Cavitatea bucală: dantura prezintă o implantațiune normală însă este lipsită de mai mulți molari atât din arcada superioară cât și din cea inferioară. Limba: nu prezintă atrofie musculară nici tremurături fibrilare și are o motilitate bună, tot așa și vălul palatin. Reflexul faringean este diminuat. Reflexul maseterin: se produce bine.

Motilitatea activă: la membrele superioare toate mișcărilor se fac în limitele normale, în toate segmentele și la fel de ambele părți. Deasemenea și mișcărilor de precizie se fac bine și în mod egal de ambele părți. Tremurături intenționate nu prezintă. Proba indexului cu ochii deschiși se face bine, cu ochii închiși se observă o ușoară nesigură, cu deosebire la mâna stângă. *Scrisul*: nu prezintă turburări evidente. Mișcărilor de Diadochokinezie se face destul de bine.

Motilitatea activă la membrele inferioare: toate mișcărilor se fac bine și în amplitudini normale în fiecare segment și la fel de ambele părți, afară doar de flexiunea dorsală a piciorului stâng care se face puțin mai greu și puțin mai limitat decât de partea opusă.

Proba călcăiului: se face bine.

Motilitatea pasivă la membrele superioare; mișcărilor

pasive se fac cu ușurință în toate segmentele, de ambele părți și nu întâmpinăm nici o rigiditate musculară. Unele din aceste mișcări se pot face în mod exagerat, cum ar fi extensiunea degetelor, flexiunea mânei și flexiunea antebrațului pe braț, mai ales de partea stângă.

Motilitatea pasivă la membrele inferioare se face deasemenea cu ușurință în toate segmentele și la fel de ambele părți. Flexiunea gambei pe coapsă se face de ambele părți în mod exagerat atingând călcăiul regiunea fesieră.

Rezistența musculară: la membrele superioare forța musculară este destul de bună atât la flexorii cât și la extensorii și la fel de ambele părți. *Forța dinamometrică*: la mâna dreaptă = 65, la mâna stângă = 55.

Forța extensorilor la membrele inferioare în fiecare segment este bună și la fel de ambele părți, până când cea a flexorilor este în raport mult diminuată mai ales de partea stângă.

Reflexele osteo-tendinoase:

Refl. stilo-radial: se produce bine.

Refl. cubito-pronator, bicipital și tricipital se produc bine și la fel de ambele părți.

Refl. patelar: este exagerat și pendulant de ambele părți mai evident de partea stângă. Refl. achilian și medio-plantar: deasemenea sunt vii de ambele părți. Clonus: se produce un ușor clonus epuizabil al rotulei stângi, deasemenea la ambele picioare un clonus epuizabil la cel drept de o foarte scurtă durată pe când la cel stâng foarte apreciabil.

Reflexele cutanate:

Refl. abdominale: superior, mijlociu și inferior nu se produc de nici o parte. Refl. plantar: se produce de ambele părți în extensiune, puțin mai evident de partea stângă.

Mișcărilor asociate: Semnul flexiunei combinate a trunchiului și a coapsei se produce numai de partea stângă. Semnul lui Strümpell evident de ambele părți.

Excitabilitatea idio-musculară este bună la percuțiunea oricărui mușchiu.

Sensibilitatea obiectivă: Sensibilitatea tactilă: se constată o hipoestezie pronunțată la ambele plante cu o bandă

CLIȘEURILE cele mai bune

furnizează

Tiziàn

CLUJ, P. MIHAI VITEAZUL NO. 37

întinsă pe $\frac{1}{3}$ inferioară a feței externe a gambei. Sensibilitatea dureroasă: prezintă o ușoară hipoalgesie la marginea externă a piciorului de ambele părți. Turburări ale sensibilității termice și profunde nu prezintă.

Sensibilitatea subiectivă: Se plânge de slăbirea forței musculare a membrelor inferioare mai evidentă de partea stângă, care membru este rigid și o împiedecă mult la mers. Dureri în fosa poplitee stângă după mers mai îndelungat.

Turburări sfincteriene nu prezintă.

Examen intern: Pulmon, Cord: ambele în limite normale. La ambele vârfuri pulmonare respirație puțin înăspriță iar la cord șgomote clare fără sufluri.

Abdomen: Ficatul și splina nu sunt mărite nici sensibile la palpațiune. Alt punct sensibil deasemenea nu se constată la nivelul abdomenului. Puls: ritmic, regulat, puțin moale, 76 pe minut. Temperatura: normală. Greutatea: 49 kg. 300 gr.

Psichicul: nimic patologic.

Examen vestibular: Vertijul voltaic: la curent galvanic la o intensitate de 10 M. A. capul și trunchiul bolnavei deviază constant în spre polul pozitiv.

Nistagmul caloric: Irigând urechia stângă timp de $1\frac{1}{2}$ minut cu apă rece de 15°C . apare un nistagm orizontal în spre dreapta cu oscilațiuni mai mari decât cele de dinainte cu o durată de 3 minute după irigațiune, iar indexul ambelor mâini deviază în spre stânga. Irigând urechia dreaptă cu apă rece se produce după $2\frac{1}{2}$ minute un nistagm orizontal în spre stânga cu o durată de $2\frac{1}{2}$ minute după irigațiune iar indicele ambelor mâini deviază în spre dreapta.

Tratamentul și evoluția boalei:

5. I. 1932. Injecție cu $\frac{1}{2}$ cmc. lipază subcutanată. După injecție bolnava acuză dureri vii la locul injecției și se produce o reacție locală inflamatoare, care dispare după 2 zile.

10. I. 1932. A doua injecție cu lipază 1 cmc. intramuscular.

15. I. 1932. A treia injecție de lipază 1 cmc. intramuscular. Injecția provoacă o reacțiune locală destul de intensă, care însă cedează în 2—3 zile fără urmări.

22. I. 1932. Se iau 30 cmc. sânge prin venepuncție pentru prepararea unui autoser.

23. I. 1932. Se face injecție cu 8 cmc. autoser anti-lipazic intrarachidian. După injecție bolnava a avut puțină temperatură $37,8^{\circ}$, care spre seară a dispărut.

26. I. 1932. Mersul bolnavei pare a fi mai sigur, are senzația că membrele inferioare îi sunt mai tari.

17. II. 1932. Primește un cmc. lipază intramuscular.

27. II. 1932. Se recoltă 30 cmc. sânge pentru prepararea autoserului.

28. II. 1932. Se face a doua injecție cu 7 cmc. autoser anti-lipazic intrarachidian.

29. II. 1932. Bolnava acuză inapetență și cefalee vehementă, care dispare după o medicațiune simptomatică.

6. III. 1932. Bolnava afirmă că membrele inferioare le simte mai tari. Starea generală e bună. Saltul într'un picior îl face cu mult mai ușor ca înainte. Turburările de sensibilitate deasemenea s'au ameliorat, sensibilitatea dureroasă a revenit complet la normal.

15. III. 1932. Greutatea: 45 kg.

16. III. 1932. Bolnava este foarte mulțumită cu starea sa și cere să se mai facă injecții cu ser antilipazic. În timpul mersului, aproape nu se observă nesiguranța, care înainte era foarte pronunțată. Deasemenea din punct de vedere subiectiv nu mai are senzație de oboseală rapidă.

Starea prezentă și comparativă cu cea dela intrare.

Statica: stațiunea bipedă atât cu ochii deschiși cât și cu ei închiși se face bine. Cea unipedă pe membrul inferior drept cu ochii deschiși se face bine iar pe cel stâng deasemenea se face destul de bine însă prezintă după $\frac{1}{2}$ —1 minut oscilațiuni ale trunchiului, cari o determină să se sprijinească. Cu ochii închiși stațiunea unipedă pe membrul inferior drept este posibilă de cca $\frac{1}{2}$ minut iar pe cel stâng timp de câteva secunde când apoi se prezintă oscilațiuni ale trunchiului cari o determină să se sprijinească.

Mersul: Nu mai prezintă turburări evidente. Alergarea: se face destul de repede și bine. Saltul: pe membrul inferior drept se face bine și pe cel stâng, însă după 4—5 sărituri obosește. Nistagmul în privirea laterală stângă este aproape complet dispărut.

Forța dinamometrică: la mâna dreaptă 117, iar la mâna stângă 105.

Forța extensorilor la membrele inferioare este foarte bună deasemenea și a flexorilor s'a ameliorat mult față de starea anterioară și este bună în fiecare grup muscular însă de partea stângă ne face impresia că este totuși puțin mai scăzută.

Reflexele osteo-tendinoase și cutanate ca înainte.

Clonus: La ambele rotule găsim un clonus epuizabil. La piciorul drept găsim un clonus epuizabil iar la cel stâng este ineputabil.

Sensibilitatea obiectivă: Prezintă o ușoară hipoestezie tactilă la nivelul feței plantare a degetelor picioarelor de ambele părți la fel. Restul sensibilităților nu prezintă nici o turburare.

Sensibilitatea subiectivă: Durerile din fosa poplitee stângă se ivesc numai după un mers mai îndelungat și sunt mult mai atenuate. Amorțeli în membrele inferioare și senzație de frig nu mai are.

Greutatea: 53 kg. 600 gr.



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, ginergenul injectat sub piele, în țesutul muscular sau în sânge, are o eficacitate constantă și energetică.

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

Comprimate

3-4, rare ori 6, pe zi

Picături

XV-XXX, de două ori pe zi
(rare ori de trei ori)

Fiole

0,50-1 cc, pe zi

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

Depozitul la Cluj: Drogheria „ROYAL“, Piața Unirii 26

Literatură și probe prin:

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

2 FORME

GRANULAT
 COMPRIMATE (cu bombonieră de buzunar)



SÉDOGASTRINE

SEDATIV GASTRIC

(Asociațiune alcalino-fosfatată + sămănța de cicută)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**HIPERCLORHIDRIE
 SPASME
 DURERI GASTRICE**

POSOLOGIE :

După mese și în momentul durerilor
 Granulate : 1 linguriță de cafea
 Comprimate : 2-4 până la sedațiune



EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ
Drogueria "STANDARD"

2, Strada Zorilor, BUCUREȘTI

Laboratoarele Dr. ZIZINE

24, Rue de Fécamp, PARIS (XII^e)

Fără teamă de Iodism**COLLO-IODE DUBOIS**

cu iodhidrați de acizi aminați

realizează un progres terapeutic indiscutabil

Asupra Iodopeptonilor, Iodurilor Alcalini, Soluțiilor de Iod

Laboratoires Dubois, Paris 17 e. 16 Rue Pereire. ♦ Reprezentant și depozitar pentru România
PAUL ILUTZA BUCUREȘTI 4. STRADA OLARI 23. — TELEFON 239/46
 Literatură și eșantioane la cerere

17. III. 1932. Bolnava părăsește clinica urmând să revină mai târziu pentru continuarea tratamentului.

BCU Cluj / Central U

* * *

Precum se vede din cele două observațiuni redată mai detaliat, pentru a se putea judeca mai bine efectul tratamentului aplicat, acesta a fost foarte mulțumitor. Notăm aci încă odată acelaș fenomen interesant observat și cu ocazia tratamentului lecitinic, adică promițutudinea acestui efect, ceace ne face să excludem eventualitatea coincidenței unei ameliorări spontane, singurul punct slab în critica eficacității oricărui tratament aplicat în scleroza în plăci.

Ambele noastre cazuri au fost considerate încă dela începutul observațiunii ca fiind cazuri favorabile, întrucât erau cazuri de evoluțiune recentă, fără prea grave turburări piramidale — cel dintâi ne-a fost trimis în clinică cu diagnosticul probabil de tumoră cerebrală — în care era de presupus, că nu s'a ajuns încă la întreruperea unei cantități mai mari de axoni care să fixeze turburările de motilitate ale bolnavilor făcându-le astfel inaccesibile pentru tratament. Dealtfel, precum se știe, numai o observațiune mai îndelungată ne poate da indicațiuni asupra gravității leziunilor sclerozei în plăci; prin tratamentul propus de noi credem, că oferim clinicianului, — pe lângă eventuala lui eficacitate — și posibilitatea de a judeca astfel, ex iuvantibus, cu mult mai precoc și mai obiectiv, gravitatea cazului, ce i-se prezintă.

Dacă, precum crede *Brickner*, patogenia sclerozei în plăci are la bază o lipazemie patologică — în orice caz augmentată față de starea normală — am fi putut avea oarecare aprehenziune față de augmentarea provocată prin metoda noastră a acestei lipazemii. Precum am văzut însă n'am constatat la bolnavii noștri nici un inconvenient provocat prin injecțiunile preparatoare de lipază. Noi ne propunem în ori ce caz a reveni asupra acestei chestiuni cu noi cercetări clinice și experimentale.

Bibliografie.

1. I. Minea: Revue neurologique I. 6, 1924.
2. I. Minea: C. R. de la Soc. de Biologie XCIII, 22, 1925.
3. F. H. Lewy: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, X. 2. 1924.
4. I. Minea: C. R. de la Soc. de Biologie. XCVIII, 16, 1928.
5. W. Spielmeyer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. I.
6. (V. ad. 2).
7. I. Minea: Bulletin de la Soc. roumaine de Neurologie etc. II., 1925.
8. G. Marinesco: Presse Médicale, 14, 1907.
9. (V. ad. 7).
10. I. Minea: Bulletin de la Soc. de Neurol. etc. 1926. — T. Dragomir, Clujul medical, 1929.
11. (V. ad. 10).
12. G. Marinesco et I. Minea: Annales de Biologie I. 1912.
13. C. Oppenheimer: Die Fermente und ihre Wirkungen I. 1925, Leipzig.
14. R. Brickner: Bull. of the Neurol. Inst. of New-York 1931—2. I—II.

Clinica oftalmologică din Cluj

CHIST EPITELIAL INTRA-SCLERAL

de
Prof. Dr. D. MICHAIL

Chistele epiteliale intra-sclerale de implantație constituiesc o afecțiune foarte rară, care a fost observată în urma traumatismelor perforante ale globului ocular și excepțional ca o consecință a unor intervenții operatorii.

Evoluția lor este în general lentă și durează câțiva ani, pentru ca la un moment dat să ia un mers rapid și să îndemne pe bolnav să reclame ajutorul medical, fie din cauza complicațiilor oculare dureroase, fie din cauza aspectului neobișnuit al ochiului afectat.

Într-o parte a cazurilor publicate, excizia peretelui anterior al chistului urmată de autoplastia conjunctivală a remediat afecțiunea, conservând în același timp parțial funcția vizuală. Într'un număr restrâns de cazuri afecțiunea a necesitat amputația polului anterior, sau chiar enucleația globului ocular, permițând astfel studiul istologic detaliat al leziunii.

S'a putut constata în acest fel de împrejurări, că aceste chiste sunt în realitate de cele mai multe ori sclero-corneene, cornea fiind interesată totdeauna secundar, că emit frecvent diverticule cari de multe ori se îndreaptă către interiorul ochiului și că sunt căptușite de un epiteliu stratificat asemănător celui cornean sau conjunctival.

Având în vedere marea raritate a cazurilor de chiste epiteliale intra-sclerale de implantație și în special extrema raritate a studiilor istologice practicate în aceste împrejurări pe globul întreg, cred interesant să expun studiul unui caz personal, care nu numai că prin exuberanța și extensiunea sa întrece toate cazurile similare descrise până acum, dar care prin particularitățile sale istologice contribuie în mod prețios la completarea tabloului acestei afecțiuni.

Iată observația cazului nostru:

OBSEVAȚIE. — Radu V., plugar, 24 ani, se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj la 22 Februarie 1932, pentru neplăcerea ce i-o provoacă o mare bulbucătură translucidă situată la nivelul polului anterior al ochiului său drept. Bolnavul a fost lovit cu 4 ani mai înainte de o bucată de lemn la acest ochi, care și-a pierdut astfel imediat vederea. Scurt timp după traumatism ochiul s'a liniștit, dar de un an volumul său a început să-i crească apreciabil și rapid, producându-i neplăcerile cari l-au determinat să se prezintă la clinică. Starea generală a bolnavului este bună. Reacția sa Wassermann este negativă.

Examenul ocular. — Ochiul stâng al bolnavului este normal atât din punct de vedere obiectiv cât și funcțional. Ochiul său drept are în locul polului anterior o formațiune chistică, emisferică, translucidă, asemănătoare bășicii de pește, de mărimea unei jumătăți de castană, a cărei periferie se pierde insensibil în țesutul scleral. Formațiunea chistică corespunde mai ales părții nasale a globului ocular și înaintază până aproape de margina liberă a cutei semi-lunare. Ea este ireductibilă, iar compresiunea sa nu este dureroasă. Conjunctiva bulbară acopere întreaga

formațiune chistică, alunecând la suprafața sa. Dealungul marginii sale temporale se găesc alte două formațiuni chistice, de mărimea unor jumătăți de boabe de mazăre, având același aspect clinic, de cari este despărțită prin o fâșie sclerală îngustă de 2—3 mm., în cât nu se poate preciza dacă aceste formațiuni chistice mai mici sunt complet izolate, sau simple diverticule ale chistului principal.

Tot de partea temporală a chistului principal și între cele 2 formațiuni chistice mai mici se găsește un mic rest cornean opac, redus la dimensiunile unui bob de orez, imediat învecinat cu chistul principal. În total globul ocular este liniștit. Acuitatea sa vizuală este zero. Tensiunea oculară, măsurată digital din cauza împrejurărilor locale, apare scăzută față de aceia a ochiului stâng.

La 29 Februarie facem enucleația globului ocular drept, lăsând aderent de el numai un îngust guleras conjunctival, la nivelul marginii superioare a chistului principal, în rest conjunctiva fiind lăsată pe loc pentru obținerea unei cavități conjunctivale cât mai spațioase în vederea protezei ulterioare. În cursul desprinderii conjunctivei de suprafața chistului cu ajutorul unei spatule, peretele chistic este perforat, lăsând să se scurgă o mare cantitate de lichid apos, ușor citrin. În urma acestui fapt globul ocular se scofâlcește, luând aspectul unei sferule neregulate de dimensiunea unei alune mici. Se termină apoi operația printr'o sutură continuă a conjunctivei bulbare și se obține un sac conjunctival larg. Cu o seringă plină cu formol se injectează chistul vidat și globul ocular își reia astfel dimensiunile și aspectul pe care îl avea înaintea enucleării.

La 7 Martie scoatem firul de sutură conjunctivală, plaga fiind deplin cicatrizată.

La 10 Martie aplicăm proteza oculară, care se adaptează excelent, este bine suportată, iar bolnavul părăsește clinica vindecat.

Examenul anatomo-patologic. — Globul ocular enucleat a fost inclus în celoidină, secționat sagital în serie și colorat după metodele obișnuite.

Examenul microscopic al acestor secțiuni arată că globul ocular este mult atrofiat și că formațiunea chistică constatată la examenul clinic este aceia care da globului enucleat volumul său anormal.

Examenul microscopic arată variațiuni apreciabile ale aspectului chistic pe diferitele secțiuni ale globului. Se constată anume, că în timp ce de partea nasală formațiunea chistică este unică și înconjoară aproape toată jumătatea inferioară a globului, de partea temporală ea devine mai voluminoasă, se extinde până în imediata apropiere a nervului optic și trimite o serie de diverticule anterioare și posterioare, cari înaintază deasupra rudimentului cornean și deasupra nervului optic (Fig. 1). Pe unele secțiuni aceste diverticule și în special cele posterioare apar izolate de formațiunea chistică principală, datorită cordonului nervului optic și cordoanelor vasculo-nervoase ciliare posterioare, cari împiedică progresiunea posterioară a chistului în formă de val, permițându-i nu mai o înaintare în formă de degete de mână. Globul ocular apare astfel înglobat aproape în întregime în interiorul formațiunii chistice care-l comprimă. Această formațiune chistică, cu diverticulele sale, este situată într'o dehiscență a lamelor sclerale. Peretele intern, ocular, al chistului este format dintr'o lamă sclerală subțire, în care se pot urmări cordoanele vasculo-nervoase ciliare lungi posterioare. Peretele extern, orbital, al chistului este alcătuit dintr'o lamă sclerală mai groasă, dublată în partea anterioară de dermul conjunctivei bulbare, iar în partea posterioară de țesutul celulo-adipos orbital. În acest perete se observă pe alocurea noduli limfoizi. Interiorul chistului este căptușit de un epiteliu stratificat, alcătuit din 3—4 șiruri celulare, așezate de-a dreapta pe lamele sclerale, fără intermediul unei membrane bazale. Șirul celulelor bazale aparținând acestui epiteliu au în general o formă cubică sau ușor cilindrică, iar restul șirurilor celulare sunt alcătuite din celule din ce în ce mai turțite până ce devin lamelare. Nu găsim niciări în grosimea acestui strat epitelial nici celule mucoase, nici incluziuni, nici degenerări epiteliale, iar aspectul său general amintește sensibil pe acela al epiteliului cornean.

Phanodorm

(acid cyclohexemylaethylbarbituric)

Hipnotic pentru întrebuințarea zilnică

Fără efecte vătămătoare asupra circulației și respirației.
Doză $1/2=1$ tabletă, eventual mai multe ori pe zi. Tuburi cu 10 tabl. de 0,2 gr.

Luminaletten

pentru întrebuințarea continuă a luminalului în doze mici, cât și contra spasmurilor vaselor și a musculaturii netede. Sticlucțe cu 20 buc. de 0,015 gr.

Luminal

Mult încercat antispasmodic în Epilepsie, cu efect hipnotic puternic și sedativ în contra insomniei rebele.

Tuburi cu 10 tablete de 0,1 și 0,3 gr.
Ampule 20% Luminal de 1 cm³.



Eșantioane și literatură la dispoziție:

E. MERCK = DARMSTADT

Reprezentantul științific în România: Dr. STERN, Cluj, Str. Elisabeta No. 16.

TRATAMENTUL CEL MAI COMPLECT AL BOLILOR DE FICAT

LITIAZĂ BILIARĂ, INSUFICIENȚA HEPATICĂ, CHOLEMIA FAMILIARĂ, ENTERITE, AUTOINTOXICAȚII, BOLILE ȚĂRILOR CALDE



asociind sinergic

OPOTERAPIA HEPATICĂ ȘI BILIARĂ

cu cele mai bune COLAGOGHE selecționate: 2-12 PILULE pe zi, sau 2-12 lingurițe de cafea de 5 grame de PANBILINE lichidă, pură sau cu puțină apă rece sau caldă. Copii 1/2 doză.

CONSTIPAȚIA ȘI AUTOINTOXICAȚIILE INTESTINALE

ARTERIO-SCLEROSA, SENILITATE PRECOCE etc
Tratamentul rațional după ultimele lucrări științifice.

EXTRACT de BILĂ glicerinată și PANBILINE
IN SPĂLĂTURI ȘI SUPOSITORII

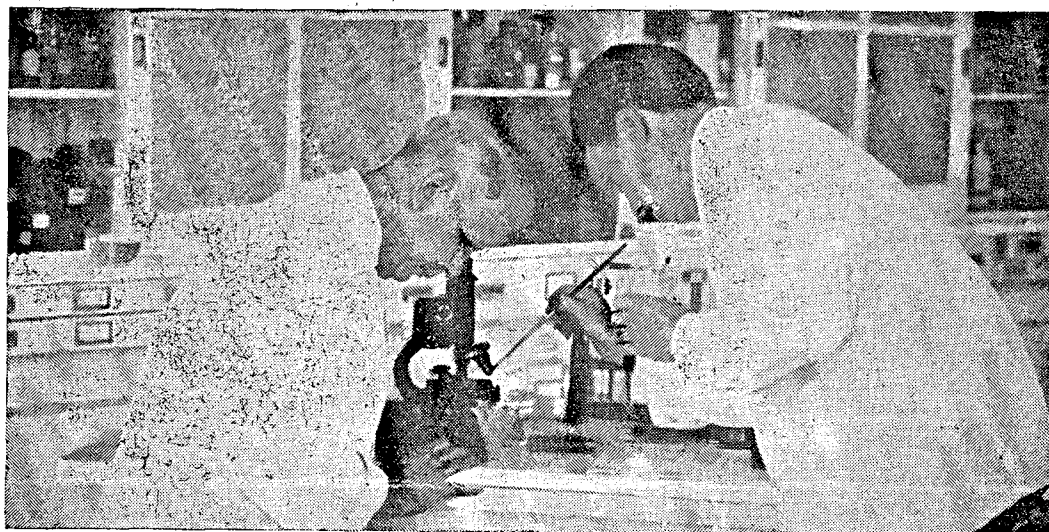


1 Supozitor la zi, ori 1-3 lingurițe de cafea (de obicei 2) la 160 grame apă fiartă caldă pentru spălături.

DEPOZIT GENERAL: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (ARDECHE) FRANCE

Reprezentanța și deposit general pentru România:

J. E. BUCUR, Strada Mecet 8 - BUCUREȘTI



DESCOPERIREA CAUZEI CARIILOR DENTARE

CERCETĂRILE din ultimii 20 ani au stabilit multe teorii despre cauza cariei dentare: consumarea prea mare de hidrați de carbon, în ultimul timp se susține ca factor important în producerea cariilor dentare lipsa unor elemente specifice din alimentație.

Oricare ar fi cauza ce coboară rezistența dintelui față de carie, că-i un deranj de metabolism, lipsă de vitamine, sau altceva, *flora microbiană este agentul local care produce caria, și dacă am putea suprima în mod permanent flora bucală — cariile dentare n'ar mai exista.*

De când microscopistul olandez Leeuwenhoek în 1683 a descoperit că gura este un focar de cultură pentru micro-organisme — bacteriile bucale se pun în strânsă legătură cu cauza cariei dentare.

Nu putem accentua îndeajuns importanța ce o are menținerea florei bucale în tot timpul la minimum, un fapt stabilit de Miller și confirmat prin cercetările recente alui Bunting, Parmerlee și mulți alții.

Întrebuințarea Kolynosului — datorită proprietăților lui antiseptice — a fost recomandată de dentiști din toată lumea decând Dr. N. S. Jenkins i-a stabilit formula și a publicat-o pentru practica dentară și medicală a universului întreg înainte cu 22 ani.

Nenumărate dovezi cuprinzând o perioadă de 15 ani, în care timp formula s'a perfecționat, au stabilit valoarea antiseptică a pastei de dinți Kolynos. Multe cercetări bacteriologice au confirmat constatările originale, iar o recentă examinare a arătat că Kolynosul reduce flora bucală cu 80—92% după fiecare întrebuințare. Deaceea pacientul poate ajuta pe dentist să țină în frână activitatea florei bucale între vizite prin folosirea zilnică a Kolynosului menținând astfel gura în condițiile igienice realizate de dentist.

La cerere reprezentantul nostru vă trimite cu plăcere un pachet de probă gratuit.

Narcisse H. Balthasar

București I. Str. Șelari 7.

THE KOLYNOS COMPANY
NEW HAVEN, CONN. U. S. A.

Pe secțiunile corespunzătoare marginii temporale a chistului principal și în apropierea restului cornean există o regiune la nivelul căreia peretele scleral intern al chistului este întrerupt. La acest nivel, corespunzător vechei plăgi perforate a globului, stratul epitelial al chistului trimete în adâncimea corpului ciliar erniat și sclerosat câteva prelungiri epiteliale masive, cari amintesc cordoanele epiteliale ale cancerului, fără ca totuși aceste prelungiri epiteliale să invadeze interiorul globului atrofice. Pe un număr de piese și corespunzător ecuatorului globului se constată în interiorul chistului principal secțiunile transversale ale unui frâu fibros centrat de un vas și înconjurat de un manșon epitelial. Pe unele dintre aceste piese secțiunile frâului sunt alipite de pereții chistului (Fig. 2), iar pe altele apar ca insule izolate în cavitatea chistică. Urmărind succesiunea pieselor se obține imaginea unui frâu care unește cei doi pereți ai chistului, cu a cărui structură are o mare asemănare. Globul ocular însăși prezintă un grad înaintat de atrofie, fiind redus aproape la un

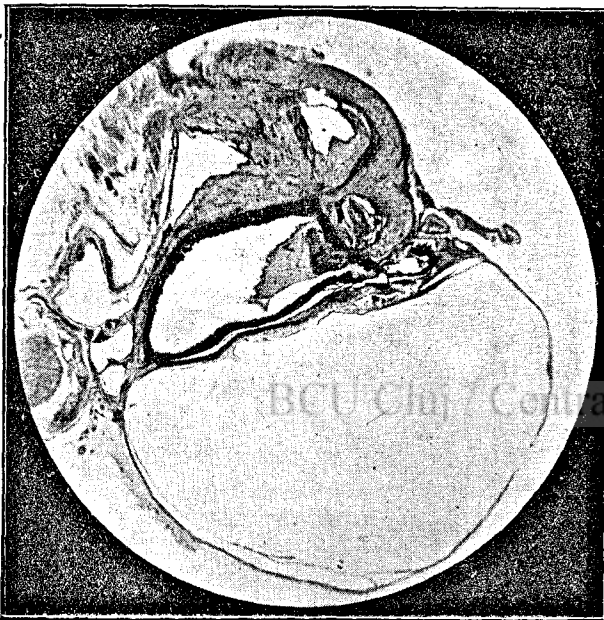


Fig. 1. — Chist epitelial intrascleral.
Aspect polichistic al diverticulelor. Compresiunea ochiului.

sferit din volumul său normal. Cornea în special este redusă la un rudiment minuscul, în care se recunosc straturile sale anterioare cu aspectul lor normal, în timp ce din straturile sale posterioare se distinge numai membrana lui Descemet foarte cutată și înglobată într-o masă de țesut fibros cu aspect cicatricial. Camera anterioară și cristalinul lipsesc complet. Irisul și corpul ciliar împreună cu retina deslipită total, boțită și chistică, formează o masă comună alipită de cernee și inclavată într'un țesut de cicatrice care străbate sclerotica către margina superioară a chistului principal. Choroida este în general iperemică, cu deosebire accentuată către polul anterior al globului. Ea prezintă numeroase excrescențe, datorite proliferării epitelului pigmentar, prevăzute cu incrustații calcare. Între retina deslipită total și choroidă există un exudat albuminos, care ocupă cea mai mare parte a cavității oculare. Nervul optic și tecile sale nu prezintă nimic apreciabil.

Din studiul cazului expus mai sus reiese că la un bolnav de 24 ani, care cu 4 ani mai înainte a suferit o plagă perforantă limbică gravă a ochiului drept, însoțită de expulsia cristalinului și inclavarea corpului ciliar, a început

să se desvolte după 3 ani dela traumatism un chist epitelial intra-scleral, care în decurs de un an a reușit să înglobeze aproape în întregime globul ocular puternic atrofiat. Acest chist era căptușit cu un epiteliu stratificat care amintea epiteliul cornean. Epiteliul chistic trimetea câteva prelungiri digitiiforme la nivelul perforației sclerale în adâncimea corpului ciliar inclavat, iar cavitatea chistică era străbătută de un frâu scleral centrat de un vas.

* * *

Chistul epitelial intrascleral descris mai sus a apărut în urma unui grav traumatism perforant al globului

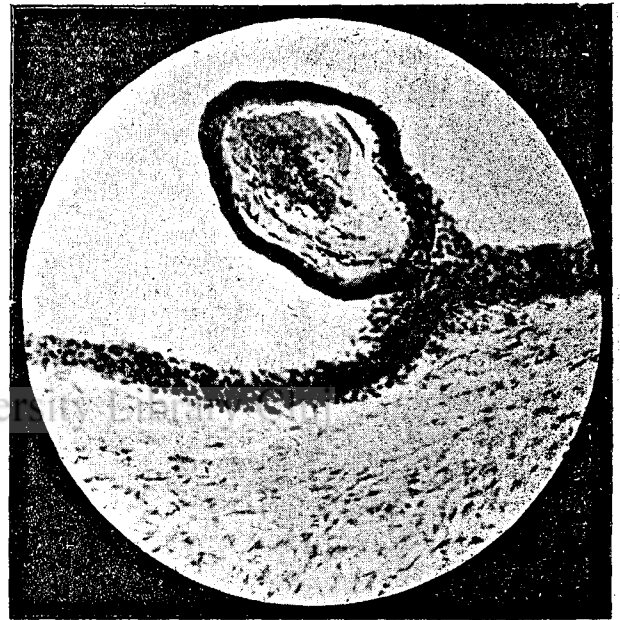


Fig. 2. — Chist epitelial intrascleral.
Frâu fibros intra-chistic lipit de peretele chistic.

ocular. El trebuie deci să fie considerat drept un chist de implantație, rezultat din strecurarea epitelului corneei zdrențuite între lamele dehiscente ale sclerotice. Leziuni similare au mai fost descrise până astăzi de către: Lawrence (1853), Hasner (1860), Saemisch, Becker, Treacher-Collins (1896), Michel (1901), Elschmig (1903), Lauber (1904), Früchte și Schürenberg (1906), Ischreyt (1907), Odinzow (1910), Clausnitzer (1911), Loevenich (1911), Goulden (1921), Poyales (1923), Filatoff (1923), Velhagen (1925) și de Usher (1928).

Dacă analizăm în detaliu toate aceste cazuri vedem însă, că marea lor majoritate nu sunt chiste sclerale pure, ci de cele mai multe ori chiste mixte și anume, uneori chiste sclero-corneene, iar alteori chiste sclerale combinate cu formațiuni chistice intra-oculare de aceeași natură. Dintre toate aceste cazuri nu putem considera așa dar ca fiind chiste sclerale pure de cât cazurile lui Ischreyt, Goulden

și Usher. Cazul nostru personal poate fi alăturat acestor ultime 3 cazuri extrem de rare, având în plus caracteristica exuberanței și extensiunii sale neobișnuite către polul posterior al globului.

Ca și în cazurile descrise anterior notăm și în cazul nostru importanța perforațiilor limbice (traumatice sau inflamatorii) în geneza chistelor intra-sclerale și în legătură cu același sediu al leziunilor reținem origina aproape constant corneană a epiteliului chistic.

Analiza cazurilor descrise anterior ne arată frecvența comunicare a chistului intra-scleral cu formațiuni chistice intra-oculare prin intermediul unei fistule sclerale, care uneori se evidențiază clinic, dar care alteori se descoperă numai la examenul istologic. În cazul nostru examenul istologic a arătat că deși chistul era pur intrascleral, trimețea totuși câteva cordoane epiteliale în adâncimea corpului ciliar inclavat în cicatricea de perforație a globului, fără să fi reușit totuși a pătrunde în profunzimea ochiului. Această constatare ne arată tendința aproape generală a chistelor intra-sclerale de a da prelungiri nu numai perioculare, dar și către interiorul globului, prelungiri cari în majoritatea cazurilor reușesc să alcătuiască formațiuni chistice intra-oculare, dar cari în cazuri mai rare, ca al nostru, nu ajung până la acest stadiu. În atingerea acestui rezultat joacă foarte probabil un deosebit rol rapiditatea obstruării perforației, ca și abundența și rezistența țesutului cicatricial obstruant. Cu această ocaziune ținem să insistăm și asupra câtorva particularități a diverticulelor perioculare pe cari le dau chistele intra-sclerale.

Este de remarcat, în adevăr, greutatea pe care o întâmpină înaintarea acestor diverticule către corneea din cauza slabei dehiscențe a lamelor sale, cât și către polul posterior din cauza rezistenței pe care o dobândește sclerotica în straturile sale superficiale, mai ales la nivelul punctelor de inserție a tendoanelor mușchilor drepi. În cazurile în cari însă dehiscența se produce între lamele profunde ale sclerotice, extensiunea chistului intra-scleral către polul posterior este mult mai favorizată și poate permite, ca în cazul nostru, formarea de chiste exuberante cari disecă sclerotica până în vecinătatea intrării nervului optic în glob. În acest mers disecant chistul intra-scleral nu este împiedecat de cât de cordoanele vasculo-nervoase ciliare posterioare și de de nervul optic. Rezistenței acestora trebuie deci să atribuim înaintarea chistului cazului nostru sub forma de diverticule în deget de mână în jurul intrării nervului optic în ochi. Studiul istologic al cazului nostru ne mai arată, că aceleași cordoane vasculo-nervoase, pot să devină în traectul lor scleral, punctul de plecare al frâurilor cari străbat cavitatea chistică.

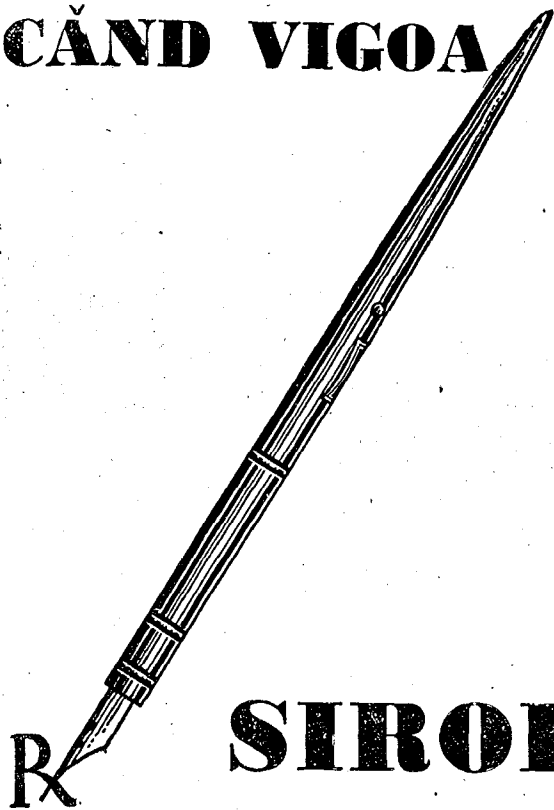
Cazul nostru ne demonstrează în fine că, chistele intra-sclerale pot oferi tot felul de surprize istologice și că examenul clinic nu poate niciodată să evidențieze toate

variantele extensiunii sale. Un fapt care pare însă că reiese din analiza cazurilor descrise este că fenomenele reacționale și dureroase cari însoțesc evoluția acestor chiste evidențiază totdeauna extensiunea lor și către interiorul ochiului. Numai astfel credem că se explică lipsa totală a fenomenelor reacționale în cazul nostru, în care totuși chistul intra-scleral a luat o extensiune care n'a mai fost descrisă în nici un alt caz anterior. Fenomenele reacționale oculare pot fi considerate așa dar în astfel de împrejurări ca traducând cu multă probabilitate participarea interiorului globului ocular la procesul chistic intra-scleral.

Bibliografie

1. — *Becker*: citat de Saemisch.
2. — *Clausnitzer*: „Beitrag zur Anatomie der Korneal- und Vorderkammerzysten“. *Klin. Monatsbl. f. A.* Bd. XLIX. p. 434.
3. — *Elschnig*: Epithelaukleidung der Vorder- und Hinterkammer als Ursache von Glaukom nach Staroperation“. *Kl. M. f. A.* XLI. 1903.
4. — *Filatoff*: „Ein Fall von Zyste der Lederhaut u. Regenbogenhaut“. *Russki Ophth. Journ.* Bd. II. p. 122. referat: *Zentralbl. f. ges. Ophth.* Bd. XI. p. 71.
5. — *Früchte și Schürenberg*: „Über Korneoskleralzysten“. *Klin. M. f. A.* XLIV. II. 1906. p. 404.
6. — *Goulden*: „Epithelialcysts of the Sclera“. *Transact. of the Ophth. Soc. of the U. K.* Bd. XLI. p. 1316.
7. — *Hasner*: „Klinische Vorträge über Augenheilkunde“. 1860.
8. — *Ischreyt*: „Ein Fall von intraskleraler Zyste“. *Klin. M. f. A.* 1907. Ian.—Iunie. p. 59.
9. — *Lauber*: „Über Skleralzysten“. *Graefe's Arch. f. Ophth.* LVIII. 1904. p. 220.
10. — *Lawrence*: „A treatise on the diseases of the eye“. London. 1853.
11. — *Loevenich*: „Ueber Korneoskleralzysten“. *Inaug. Diss. Rostock*, 1911.
12. — *Michel*: „Ueber seltene Befunde in verletzten Augen“. *Zentrbl. f. A.* Bd. VI. p. 1.
13. — *Odinzow*: „De l'implantation de l'épithélium et de la formation des kystes épithéliaux dans l'intérieur du globe et dans la sclerotique“. *Ref. Arch. d'ophth.* 1911, p. 756.
14. — *Poyales*: „Epitheliale Zyste der Kornea“. *Progr. de la Clinica*; referat *Zentralbl. f. g. Ophth.*
15. — *Saemisch*: „Handbuch der Augenheilkunde“.
16. — *Treacher Collins*: „A large epithelial cyst in a shrunken globe“. *Transact. of the ophth. Soc. of the U. K.* XI. 1891.
17. — *Usher*: „Kyste épithéliale de la sclérotique“. *Ref. Arch. d'ophth.* 1928, p. 130.
18. — *Velhagen*: „Ein Fall von skleraler epithelialer Implantationszyste“. *Kl. M. f. A.* LXXIV. 1925 p. 763.

CĂND VIGORA REA ESTE SCĂZUTĂ



Demineralizarea produce multe cazuri de cașecșii, debilitate, denutrițiune, neura-
stenie și alte condițiuni de degenerare.
Remineralizarea este remediul.
Ingredientele Siropul Fellows sunt sodiu,
potasiu, calciu, fer și manganiz împreună
cu fosfor, chinină și strichnină.

Doza: una linguriță pe zi.

Prețul redus Lei 175 flaconul,
Drogueria "Standard",
București

Eșantioane la cerere

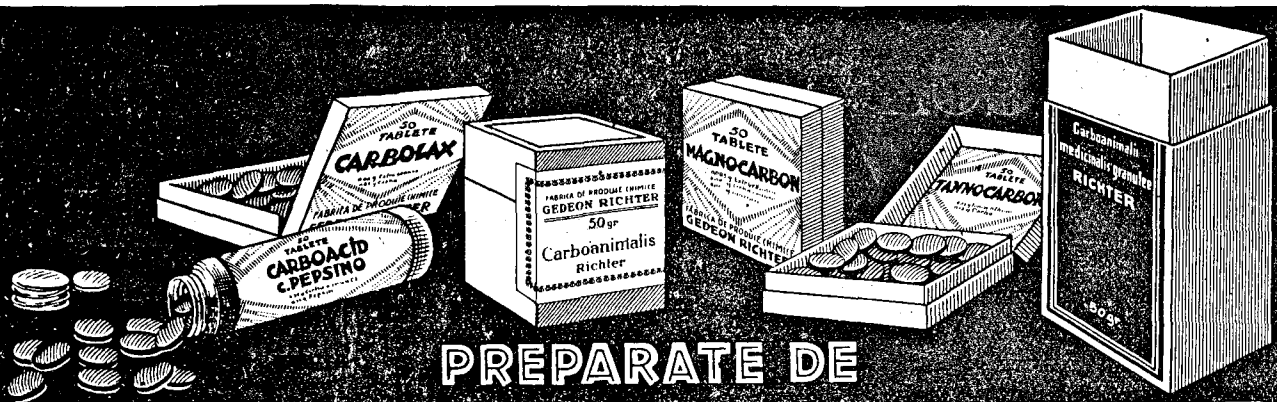
RX SIROPUL FELLOWS cu Hypofosfiți

BCU Cluj / Cură minerală necesare

Intestinol „Henning”
Pancreas - Secretină - Săruri biliare - Carbo anim.
in
Dyspepsie, Gastrite catarrhale,
Flatulență și Turburări gastrice

Posologie: 6-8 Dragées pe zi
după masă

Fabrică de Produse Chimice și Farmaceutice:
Dr. GEORG HENNING, Berlin-Tempelhof
AGECO S. A., București, Calea Victoriei, 29



PREPARATE DE CARBUNE ANIMAL. RICHTER™

CARBO ANIMALIS, RICHTER™

Tablete — pulbere — granule
In turburări digestive

CARBOPEPSIN, RICHTER™

0,25 gr. pepsină și 0,25 gr. cărbune animal
in dispepsii

CARBOACID, RICHTER™

Cărbune animal impregnat cu acid clorhidric 2%
In turburări ale secreției clorhidrice (hipoclorhidrie)

TANNOCARBON, RICHTER™

0,12 gr. cărbune animal și 0,12 gr. tanin
albuminat

In disenterie, enterocolită acută și cronică

CARBOACID C. PEPSINO

0,25 gr. Carboacid și 0,25 gr. pepsină
In achilia gastrică, diaree gastrogenă

CARBOLAX, RICHTER™

0,40 gr. Cărbune animal și 0,05 gr. extr. de senna
In procese intestinale fermentative, constipație
habituală, colică mucoasă.

MAGNOCARBON, RICHTER™

0,25 gr. Magnozon (peroxid de magneziu), 0,25 gr.
cărbune animal și 0,005 gr. extr. de belladonă.

In flatulență, meteorisme, enterite acute și hiperaciditate.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE GEDEON RICHTER, BUCUREȘTI IV

MAGNOZON

Magn. superoxidat medicinale 25%

Pulbere

Tablete à 0,5 gr.

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, București IV

TUBERCULOZĂ FIBRO-OSOASĂ A SALPINGELOR

de
Dr. IOAN M. BĂRCĂ
Medic șef de spital
f. asistent universitar.

Bolnava Maria A. în vârstă de 47 ani, casnică, vine la consultație în ziua de 24 Februarie 1929 pentru dureri în hipogastru, fosele iliace, lombe și genunchiul drept.

Din antecedentele heredo-colaterale reținem, că mamă sa a murit de tuberculoză supurată a genunchiului.

Antecedente personale: Pacienta menstruată abea la 17 ani. La 18 ani avu anemie; la 20 ani *pleuro-peritonită tuberculoasă*. Căsătorită la 22 ani; nu avu nici un copil. Cam de vreo 6 ani în urmă bolnava începu se simți dureri în *hipogastru* și mai târziu *la articulațiile șoldului și genunchiului drept*.

În tot timpul această bolnavă are constipație rebelă; scaunul numai cu clisme și purgative din ce în ce mai drastice. După spusele bolnavei, ea a fost diagnosticată și tratată când de reumatism articular, când de coxalgie, ischias, anemie și a. Toate aceste nu i-au ameliorat situația.

În prezent starea generală a bolnavei este proastă; inapetență, greață, constipație și cefalee.

Temperatura oscilează între 36⁷—38⁰.

La aparatul cardio-vascular nimic deosebit în afară de un suflu anemic.

La bazele ambilor plămâni ușoare frecături pleurale. La aparatul locomotor dureri în articulațiile menționate.

Durerile sunt constante atât în repaos cât și la mers și la palpație.

La aparatul genital prezintă o leucoree și atrezie a segmentului vaginal superior. Uterul este puțin mărit, retroversat; de formă și consistență normală — dureros la mobilizare. Trompa stângă ca o coardă îngroșată și dure-roasă; cea dreaptă este aproape inaccesibilă prin tușeul vaginal — din cauza unei tumori din fundul de sac vaginal drept. Tumoarea aceasta este separată de uter printr'un jghiab de grosimea unui deget și de mărimea unei portocale; dură renitentă cu un contur aproape regulat imobilizată în pelvis și dureroasă la presiune. Față de această stare iremediabilă medical, bolnava cere să fie operată în ziua de 6 Martie 1929.

Rachianestezia cu 13 cgt. Novocain-suprarenin Bayer-Meister-Lucius.

Laparatomie mediană subombilicală.

Dela prima incizie se observă o sângerare abundentă a plăgei ceeace ne face să bănuim aderențe subjacente. Deschiderea peritoneului parieto-abdominal, ne prezintă toată porțiunea inferioară a marelui epiploon, intim sudată

cu acesta; decolarea fiind imposibilă incizia trece prin grosimea epiploonului îndepărtându-l în părți împreună cu buzele plăgei. Și după deschiderea cavității abdominale sudura marelui epiploon cu peretele a fost respectată pentru că nu împiedică nici intervenția propriu zisă, și pentru că în această arhitectură am bănuit un proces similar celui care se crează după omentopexia lui Talma, efectuat de organism probabil în decursul pleuroperitonitei (ascita) care o aflăm în antecedentele bolnavei. Nici dispoziția anzelor intestinale nu este normală: acolate între ele blochează pelvisul aderând la aparatul genital, în așa fel, încât după primele încercări degajarea pare imposibilă. Încetul cu încetul se eliberează trompa stângă care se rezeacă apoi se degajează *tumoarea din fosa iliacă care aderă la nivelul găurei obturatoare*. După salpingectomie dreaptă și evacuarea unei colecții de puroiu bine legat din Douglas, se fixează uterul în anteversiune după Pestalozza.

Se lase în Douglas, un Mikulitz cu 5 comprese.

Vindecarea per secundam. Bolnava părăsește spitalul la 2 Aprilie 1929, cu starea generală și locală ameliorată. Revăzută în Maiu 1929, adecă după o lună — starea foarte bună: bolnava s'a îngrășat, scaunul mai regulat, are poftă la mâncare și *durerile din hipogastru, articulații și lombe au dispărut*. În anul 1930: totul bine; prezintă fenomene de menopauză; menstruația la intervale de 4—6 luni.

În anul 1931: starea generală și locală se menține bună. În anul 1932 la fel.

Examenul microscopic a piesei scoase, ne-a prezentat trompele îngroșate și dure, lucru care ne-a făcut să o trimitem pentru analiză anatomo-histologică la Institutul de Anatomie Patologică a d-lui Profesor Dr. Tifu Vasiliu din Cluj. Rezultatul examenului cu „No. 668/B. din 12 Maiu 1930 (Maria Aciu) Salpinge și ovar. *Este un proces fibro-osos tuberculos al salpingelor și un chist unilocular pseudo-mucinos*“.

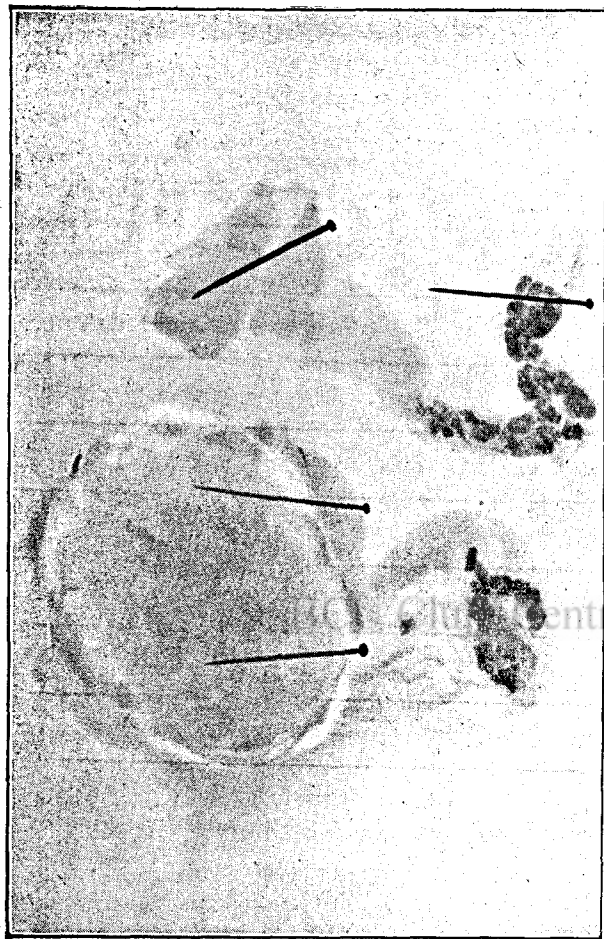
Adecă este vorba despre o transformare histochimică a trompelor tuberculoase a căroră proces de vindecare a ajuns și la faza de calcificare. Lucru și mai rar față chiar de calcificarea ovarelor relatată de Jayle și Halprine în anul 1928, iar Hitzanides dela Athena, menționează în 1930 un caz care ar fi al 22-lea. Radiografia piesei ne arată trompele destul de vizibile. Aceasta se explică prin

(Vezi figura de pe pagina 360).

faptul, că este o infiltrație atât de puternică cu calciu care pe scara substanțelor radioopace, ocupă locul după argint și înaintea fosforului.

Rezultă că în diagnosticul radiologic al formațiunilor radioopace din pelvis, trebuie să se aibă în vedere și posibilitatea calcificării trompelor, lucru precizabil și mai bine prin histerografia cu lipiodol,

Cea ce ne face să ne mai reținem asupra observațiunii noastre, este mersul postoperator și în special dispariția totală a durerilor din articulațiile șoldului și genunchiului. Perzistența acestei o putem considera după 3 ani ca și o vindecare. Cum aceasta vindecare a venit după operație rezultă că și cauza durerilor a ținut de formațiunile



nile anatomo-patologice extirpate; și cea ce ne pare mai verosimil este că durerile au fost provocate de contactul tumorei cu nervul obturator — dat fiind sediul acestuia în configurația găurei obturatoare. În sprijinul acestei ipoteze vine distribuția topografică a nervului obturator care prin ramura terminală, furnizează din nervul mijlociului adductor firisoare sinovialei genunchiului (Cruveilher), iar ramurile articulare a nervului obturator, — sus dau fire articulației șoldului și jos inervează partea posterioară a genunchiului.



Spitalul de copii de Stat, Arad.

Medic Director: Dr. RADU CORNEL.

CERCETĂRI CLINICE CU O NOUĂ COMBINAȚIUNE DE ETER-CHININĂ (CHINAETHER)

de

Dr. AUREL BOTIȘ

și

Dr. EUGEN DORCA

În anii din urmă, s'au produs schimbări importante în terapeutică afecțiunilor inflamatorii și catarale ale căilor respiratorii. Astfel, a fost introdusă în terapie, aplicarea parenterală a chininei — nu ca o metodă nouă ci ca un medicament nou și grație acțiunii *antitoxice* și *bactericide* a acestui medicament, s'a reușit să se diminueze mortalitatea pneumoniei la un sfert, iar durata bolii la o treime. Incontestabil, că efectul se datorește în parte și acțiunii *antitermice* și *tonicardice* a chininei, cari contribuie la combaterea complicațiilor datorite turburărilor circulatorii, atât de frecvente în afecțiunile catarale ale căilor respiratorii.

Cu toate acestea, problema tratamentului afecțiunilor catarale ale căilor respiratorii nu poate fi considerată nici azi ca rezolvată și deaceia trebuie să primim cu plăcere orice încercare de a combina chinina cu un medicament cu acțiune sinergică favorabilă. Un astfel de medicament este *eterul*, întrebuițat în terapeutică veche ca un analeptic.

În 1915, *Andrain* a întrebuițat pentru prima oară eterul sub formă de injecții, în tratamentul tusei convulsive, obținând rezultate bune. De atunci medicii italieni și francezi îl întrebuițează în mod curent lărgindu-i și terenul de aplicațiune. *Bier*, marele chirurg berlinez pornind dela principiile homeopatiei, recomandă eterul pentru combaterea bronșitelor și bronhopneumoniei după anestezia generală cu eter. *Abdanski* și *Segal*, au preconizat administrarea eterului în mod preventiv, înainte de operațiuni chirurgicale, iar rezultatele au fost foarte bune.

Deși, toți autorii au fost de acord asupra avantajelor tratamentului cu eter, acesta nu s'a putut impune nici în tusea convulsivă, nici în complicațiunile pulmonare postoperatorii. Cauza acestui fenomen a fost faptul că atât injecțiunile de chinină cât și cele de eter au fost foarte dureroase; ambele — introduse intramuscular, — provoacă o iritație intensă a țesuturilor care — în unele cazuri — mergea până la infiltrațiuni și chiar necroză.

Cu multă satisfacție am luat cunoștință că *Goldschmidt* a reușit să prepare cu concursul fabricii Gedeon Richter o combinațiune de chinină-eter, în care *eficacitatea ambelor componente este perfect păstrată fiind totuși lipsită de efectele secundare nocive ale acestora.*

CONSTIPATIE

LACTOBYL

PRODUS FIZIOLOGIC — REGULATOR AL BILIGENIEI
 ȘI A SECREȚIEI GLANDULARE A INTESTINULUI —
 MODIFICATOR AL FLOREI MICROBIENE INTESTINALE
 — ABSORBANT AL TOXINELOR STIMULANT AL
 ————— CONTRACTIILOR PERISTALTICE. —————

IN COMPRIMATE *de la 1 la 6 pe zi inaintea meselor.*

Extract biliar depigmentat

Regularizează biligenia, stimulează secreția hepatică (Dastre, Doyon, Dufour, etc.) și dizolvă muceina, suprimând astfel formarea falselor membrane.

Extract total de glande intestinale

Stimulează secreția glandelor intestinale și oprește dyspepsia intestinală (Hallion, Enriquez, Sardou, etc.)

Cărbune poros hyper-activat

Fixează toxinele de origine microbiană și alimentară și le absoarbe (Hortz).

Fermenți lactici selecționați

Civilizează flora microbiană intestinală suscitând un degajament lactic acidofil. Izvor de fermentații favorabile (Cohendy).

Extract cytoplasmic de laminaria flex

Absoarce și reține 50 ori greutatea sa de apă (Laroche, Teză la Paris 1927).



LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Pharmacist, 46, Av. des Ternes, PARIS (17^e)

Reprezentant și Depozitar pentru România : J. DILLAN, 4, Strada Pitar Moșu, BUCUREȘTI (3)

In tratamentul leziunilor mușchiulare, articulare și ale tendoanelor se urmăresc următoarele scopuri:

1. calmarea durerilor
2. refacerea țesuturilor
3. reactivarea funcțiuni.

Antiphlogistine

calmează durerile prin căldura stăruitoare ce emană; prin conformație sa plastică asigură liniștirea; absorbă exsudatele prin activitatea sa osmotică. Împreună cu exerciții din ce în ce crescânde în vederea refacerii funcțiuni. Antiphlogistine este o bază foarte potrivită pe care se clădește tratamentul modern al leziunilor mușchiulare, articulare și ale tendoanelor.

Mostre și literatură gratuită.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. —
NEW YORK, U. S. A.

Drogueria „STANDARD“ 2, Str. Zorilor, București.

DRAGEURI

GRANULE

PEPTALMINE

MAGNESIATA

TURBURARI
HEPATO-BILIARE
COLITE

COLAGOG

INSUFICIENȚĂ
HEPATICĂ
MIGRENE

Laboratoire des Produits SCIENTIA. 21. Rue Chaptal. Paris. 9^e

Cel mai puternic stimulent al depresiunii organice

1° IN FIOLE sterilizate

2° IN PICĂTURI

(căile gastrice)

SÉRUM NÉVROSTHÉNIQUE FRAISSE

FURNIZOR
AL ASISTENȚEI PUBLICE

Fiecare sticlă conține:

1/2 miligr. Cacodylat de Strychnină,
0.10 glicerosulfat de sodium.

LABORATOIRES FRAISSE, 8 Rue Jasmin, PARIS (XVI^{ème}) *Mostre și literatură.*

Reprezentant-Depozitar pentru România: J. DILLAN, 4, Strada Pitar-Moșu. — BUCUREȘTI

Cu oarecare scepticism și numeroase precauțiuni, am început experimentarea acestui preparat, în secțiunea chirurgicală a Spitalului de copii din Arad: îndreptându-ne în primul rând toată atențiunea asupra eventualelor reacțiuni locale produse de acest preparat.

Scepticismul nostru a fost repede învins, deoarece chiar după primele injecțiuni intramusculare am putut constata, că preparatul este *absolut indolor* și nu dă naștere nici unei reacțiuni locale, nici chiar unei infiltrațiuni minimale.

Convingându-ne astfel, că prin acest preparat s'a reușit să se elimine efectele nocive ale eterului, temute atât de medici cât și de bolnavi, am continuat cercetările în direcția eficacității terapeutice a preparatului.

Am întrebuițat *Chinaetherul* în 51 cazuri. În 18 cazuri, a fost administrat preventiv, înaintea operațiunilor făcute sub anestezie cu eter. În niciun caz n'am observat pneumonie sau bronșite cari înainte, survineau atât de des. Este interesant de notat că în trei cazuri, colapsul cardiac, survenit în cursul narcozei, a putut fi combătut imediat prin *Chinaether*. În aceste cazuri, afară de acțiunea analeptică, cunoscută a eterului a mai intervenit și acțiunea cardio-tonică a chininei.

Paralel cu aceste cercetări, am mai urmărit o serie de cazuri din serviciul medical și de boli contagioase al spitalului de copii. În primul rând ne-a interesat *tusea convulsivă*. În 14 cazuri am obținut o diminuare rapidă a acceselor de tuse, încetarea vărsăturilor și ameliorarea stărei generale, după 3—4 injecțiuni. În nici unul din cazuri n'a fost nevoie de mai mult de 5 injecțiuni, administrate zilnic în cazurile mai grave, la 2 zile în cele mai ușoare.

Rezultatele cele mai bune le-am obținut cu un tratament combinat de CHINAETHER și vaccin concentrat contra tusei convulsive, alternând zilnic. După 4—5 zile, accesele s'au redus aproape până la dispariție.

Rezultatele au fost surprinzătoare în BRONCHOPNEUMONIA SUGARILOR exceptând un singur caz — un sugar de 4 luni cu o atrofie accentuată, unde exitul n'a putut fi împiedecat prin CHINAETHER.

În 8 cazuri, CHINAETHER-ul administrat zilnic (3—4 zile) a produs o scădere rapidă a temperaturii și o rezorbție accelerată a focarelor din pulmoni. Ne-a surprins euforia pacienților și ameliorarea rapidă a poftii de mâncare.

Caracteristic pentru resorbția rapidă a preparatului este faptul, că 8—10 minute după injecție și pe o durată de 18—20 ore, aerul exhalat de pacient are un miros puternic de eter.

Rezumând rezultatele noastre de până acum, constatăm, că terapia modernă s'a îmbogățit, cu o combinațiune de ether-chinină, sub formă de CHINAETHER care

face posibilă aplicarea multiplă a eterului, eliminând iritațiunile locale atât de temute.

Sub forma CHINAETHERULUI, practica medicală a reprimat una din cele mai valoroase comori ale medicinei vechi, mărindu-i eficacitatea și suprimându-i efectele nocive.

ASUPRA UNUI CAZ DE AMENORHEE TRATAT IN MOD EFICACE CU „OVARINE BYLA“ IN FIOLE

de
Dr. SNEER ITCOVICI
Bolgrad

D-ra Per din Bolgrad în etate de 17 ani, casnică.

Prima menstruație la vârsta de 13 ani, însă din primele timpuri începuse a suferi de dismenorhee, menstruațiile avându-le neregulate, în timp, în formă și cantitate. După cele spuse de pacientă în primii doi ani, menstruațiile veneau odată la 2 luni, însoțite de dureri atroce, mai ales în primele zile ale menstruației, menstruație care de altfel dura 6—12 zile.

La vârsta de 15 ani, menstruațiile s'au rărit și mai mult, apoi disparând complet, lăsând în locul menstruației și în timpul lor numai niște dureri surde în regiunea ovariană din ce în ce mai accentuate.

Neavând mijloace materiale pentru a-și îngriji sănătatea a continuat să sufere luni și ani dearându-l, ne fiind văzută până acum de nici un medic din localitate.

Într-o zi fiind chemat la patul D-rei Per, dânsa fiind apucată de o stare de curbături cu greață și vărsături, la examenul obiectiv prezenta ovarele hipertrofiate, dureroase la tușeu și la palpate.

Aflând atunci că ea suferă de 4 ani de dismenorhee, care a evoluat spre amenorhee totală de aproape un an, m'am decis a-i face în mod gratuit un tratament opoterapic, pentru a-i provoca menstruația.

Având la îndemână ampoules de Ovarine Byla, m'am decis să experimentez acest produs, cu toate că nu cunoșteam eficacitatea lui.

Într'adevăr după un tratament energic aplicat zilnic, atât „Per Os“ cât și pe cale parenterală cu preparatele Byla, Ovarină și Ovaro-Thyroidină, injecțiuni zilnice alternate și ajutând pe gură 3—4 glandule pe zi din glandules (comprimate) de Ovarină Byla, am ajuns după un timp de 4 săptămâni a-i provoca menstruația, care de atunci până în prezent, timp de 5 luni vine în mod regulat, pacienta simțindu-se sănătoasă și veselă, spre deo-

se bire de timpul dinainte când avea o stare melancolică și o stare sufletească depresivă.

Am crezut necesar a publica acest caz așa de important, spre a atrage atențiunea colegilor mei, asupra eficacității preparatelor Opoterapice Byla, „Ovarine și Ovaro-Thyroidine Byla“, cari merită să fie puse în rangul întâiu al medicamentelor opoterapice, la cari recurgem la necesitate.

FOILETON

ANIMATORUL MIȘCĂRII MEDICO-ISTORICE ROMÂNEȘTI

de
Prof. VALERIU L. BOLOGA
Directorul Institutului de Istoria
Medicinii și Farmaciei și de
Folklor Medical

În timp ce întreg învățământul medical și științific până în veacul al XIX-lea avea o orientare net istorică, marile descoperiri în domeniul științelor fizico-chimice și biologice și avântul enorm pe care l-a luat medicina cu 150 ani în urmă, au avut ca urmare o neglijare completă a trecutului, atât în învățământ cât și în cercetările savanților. Medicii și naturaliștii uitaseră, fascinați de perspectivele strălucite pe cari le oferă viitorul, uimiți de posibilitățile tehnice nebănuite până atunci, că de când omenirea gândește, ea a căutat să-și explice fenomenele naturii și ale vieții, că speculațiunile acestea au rămas consemnate în operele filosofilor, naturaliștilor și medicilor din trecut și că toată opera aceasta milenară constituie fundamentul solid, pe care s'a zidit strălucita alcătuire a științei moderne. Neoidealismul și spiritualismul, care caracterizează ultimele decenii și care a luat naștere ca o reacțiune la pozitivismul și materialismul dominant la sfârșitul veacului trecut, ne-au dat și o resuscitare a mentalității și tendințelor istorice în domeniul științelor naturale.

E semnificativ că *Berthelot*, cel mai mare chimist al veacului său, despre care se spune că a fost ultimul care a dominat întreaga chimie, a fost tot odată cel mai subtil istoriograf al specialității sale. Astăzi mișcarea pentru introducerea Istoriei Științelor în mod organic în învățământ e foarte vie în țările din Apus. Societăți savante și reviste de specialitate luptă în direcția aceasta. Rezultatele se și arată: Afară de Franța, cu vechea catedră dela Collège de France în Paris, Germania are azi un institut nou înființat de Istoria Științelor în Berlin ca și Italia, care a introdus această specialitate chiar și în învățământul secundar.

Pe când Istoria Științelor ca obiect de învățământ și disciplină științifică este încă în curs de formare, Istoria

Medicinii a intrat deadreptul într'o fază de consolidare. Necesitatea este mult mai evidentă și mult mai actuală. Medicina azi prezintă unele semne de început de criză, cari nu mai pot fi neglijate: lipsa unei filosofii proprii, pierderea unității doctrinare, destrămarea în specialități și sub-specialități, tehnicizarea progresivă. Față de acest aspect neliniștit și schimbător al medicinei moderne, grandioasa unitate filosofică și doctrinară a medicinei antice se prezintă pentru medicul gânditor ca un punct de repaus. Tot mai mulți sunt aceia cari pretind o îmbibare cu spiritul medicinei antice pentru a salva caracterul intelectual al medicinei moderne. Acest postulat se traduce practic prin înmulțirea literaturii medico-istorice și acordarea unei importanțe tot mai mari învățământului de Istoria Medicinii.

În privința aceasta Franța, care ne-a dat pe clasicii *Daremberg* și *Littre*, conduce; Germania organizează; Italia, Anglia, America, Țările mici ale Apusului și — trebuie s'o accentuăm, — Polonia, secondează. Putem afirma că astăzi învățământul medico-istoric în țările din Apus e organizat și i se dă toată atenția cuvenită.

Medicina în România (în ceea ce privește cea național-românească) e tânără; are o vechime de cel mult 150 de ani. În acest răstimp ea a trecut prin faza de asimilație și organizare și a ajuns azi în faza de creațiune. Așa cum se prezintă astăzi la noi, popor abia renăscut din punct de vedere cultural și politic, ea poate constitui un titlu de glorie pentru noi. Istoriograful medical român care se ocupă cu trecutul medicinei științifice românești, are marele favor față de colegul său francez, italian sau german, că poate domina întreg câmpul, bine delimitat. Cercetările sale au un farmec deosebit. El poate urmări până în adâncimile sale, procesul de creație a unei noi direcții științifice naționale. Dacă Istoria Medicinii științifice la noi e limitată, cu atât mai vast este domeniul Etnografiei Medicale și a Folklorului Medical românesc. Aci găsim comori neprețuite, cari așteaptă să fie ridicate. Pe cât de mult s'a cules până acum la noi în direcția aceasta, pe atât de puțin a fost prelucrat materialul adunat, după criteriile științifice. Elementele de Folklor Medical românesc trebuiesc urmărite până la nașterea lor din substratul trac; trebuiesc căutate influențe străvechi scitice și sarmatice; chiar mai mult, urmează să se găsească fundamentele ancestrale din neolitic; în stratele superioare ar fi de urmărit bogata influență a Medicinii populare latine, precum și elementele fosilizate de Medicină științifică greco-romană, bizantină și arabă. Însfârșit colateral împrumuturile dela popoarele învecinate, mai ales cele slave. O altă direcție pentru cercetările medicului etnograf, este depistarea și verificarea științifică a elementului real terapeutic în bozgoanele și leacurile populare, mult mai bogat decât s'ar crede. În direcția aceasta, — a doua, — lucrările regretabilor profesor *N. Leon* din Iași și *Charles Laugier* din Craiova sunt funda-

Durere de cap **Migrenă** **Dismenoree** **Nevralgie**
Gripă

Neuramag

Chinin, acetylosalicylic, paracetphenetidin, coffein, codein phosphor (0,01) in proporții optime.

10 tablete Lei 42.— ; 20 tablete Lei 71.—

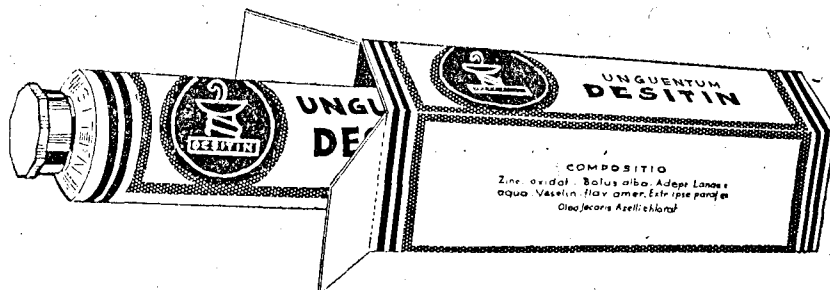
ALBERT MENDEL A. - G. BERLIN
 Rezentant **Dr. Alexandru Radu, Bucuresti 3, Aleea Blanc 10.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DESITIN

POMADA

Arsuri. — Cicatrizarea plăgilor. — Ulcerațiuni cronice. — Pansament ginecologic. — Erytheme solare. — Prurit. — Intertrigo. — Eczeme uscate. — Pediatrie. —



Tub mic, marc, & cutii à 1/4 kg.

Poate fi prescris la toate Casele Cercuale.

Rezentant: **AGECO S. A., București, Calea Victoriei, 29.**

NOTIȚE TERAPEUTICE

CÂTEVA OBSERVAȚIUNI CU NŌUL MEDICAMENT
ANTIMALARIC PLASMOCHIN-CHINOPLASMIN

Comunicând aici câteva observații cu noul preparat antimalaric Plasmochin-Chinoplasmin, asupra câtorva cazuri tipice, trebuie să spun dinainte că mă bazez exclusiv pe experiența clinică neavând posibilitatea să controlez fiecare caz prin examen microscopic. Cazurile însă mai jos descrise prezintă febră palustră terțiară așa de tipică, încât nu există nici o îndoială asupra exactității diagnosticului.

Cazul 1. Di F. M., 70 ani, suferea de febră palustră de mai mulți ani. Sunt însă intervale destul de mari când boala nu se manifestă. Între altele trebuie notat că, mai mulți ani în urmă aflându-se în America de sud, a suferit deosebit de mult și a fost tratat cu injecții intravenoase cu Neosalvarsan. În luna Iulie a anului curent, într-o noapte, a fost apucat de un frison puternic și peste câteva timp luând temperatura a constat o hiperpirexie, termometrul arătând peste 40°. Bolnavul a luat a doua zi chinină, însă fără rezultat, a treia zi iarăși un acces cu hiperpirexie. Cu toate că bolnavul lua singur în fiecare zi chinină în doze destul de mari, accesele se repetau regulat, iar după timp în fiecare zi. Pacientul, veni la mine, i-am făcut imediat injecție intramusculară cu plasmochin pur 1 cmc. Subliniez că bolnavul este foarte robust, înalt și cântărește circa 90 kgr. Totuși am făcut o injecție de 1 cmc. *Rezultatul s'a constatat imediat:* accesul nu s'a mai repetat. Am mai făcut 9 injecții în fiecare zi câte o fiolă de 1 cmc., intramuscular. După această serie i-am propus a lua Plasmochin și per os, însă a refuzat afirmând că se simte perfect sănătos. A trecut aproape cinci luni, recidivă n'am constatat până astăzi.

Cazul 2. M. P., 18 ani, se îmbolnăvește în vara anului curent. Accese tipice a treia zi. Singur își face tratament cu chinină, fără rezultat însă. Cu timpul accesele devin neregulate ca și în cazul 1. Fiind chemat la bolnav, am constatat o stare anemică, tipică pentru febră palustră, splina mărită și în momentul ascensiunii termice 40°. Fac imediat o injecție cu Plasmochin pur 1 cmc. Efectul dorit se constată imediat: a doua zi temperatura nu s'a mai ridicat. Încă 9 zile fac zilnic câte o injecție intramusculară cu Plasmochin 1 cmc. După această serie am propus tratamentul per os. Bolnavul a refuzat. Peste patru săptămâni a avut o recidivă. Tratamentul cu *Chinoplasmin* în formă de tablete a adus imediat o scădere a temperaturii.

Cazul 3. D-ra Ș. R., 22 ani, febră terțiară tipică cu accese până la 41°. O injecție intramusculară cu *plasmochin pur* 1 cmc. face imediat temperatura să scadă. După 10 injecții temperaturi mici către seară, 37°—37°2. După câteva zile de tratament cu tablete de *chinoplasmin* și aceste temperaturi scad definitiv.

Am luat trei cazuri mai proaspete de care mi-am adus aminte. De fapt însă urmez procedeul cu plasmochin chinoplasmin de doi ani și constat următoarele:

1. Plasmochin este un preparat excelent în tratamentul malariei, întotdeauna după prima injecție temperatura scade și nici odată nu am avut eșec.

2. O serie de injecții cu Plasmochin nu este însă suficientă cum se vede din cazul II. Din aceste motive, după o serie de injecții recomand bolnavilor a lua per os timp de 6 sau 8 săptămâni tablete de Plasmochin compus sau Chinoplasmin după schema lui Nacht pentru chinină, adică patru zile de tratament 3×1 tabl. pe zi și patru zile pauză, trei zile de tratament și trei zile pauză, continuând așa fel 6—8 săptămâni. Prin combinația injecțiilor cu tratamentul peroral nu am avut până acuma nici un caz de recidivă, vindecarea este completă.

3. Injecțiunile intravenoase pe care le-am încercat în câteva cazuri, nu prezintă nici un avantaj, deci le fac pe cale intramusculară, cu atât mai mult, cu cât nu dau absolut nici o iritație locală.

4. Plasmochin lucrează fără greș și în cazuri de chininorezistență cum se vede din cazul 1 și 2 și chiar în cazuri de arsenorezistență. Având și în vedere că soluțiile obișnuite de chinină, cu sau fără urethan, dau îndurări lungă durată, fiind totodată extrem de dureroase, că chinina luată per os dă o serie întreagă de accidente neplăcute, nu mai întrebuițez în tratamentul malariei chinină sub nici o formă.

5. În acele cazuri, unde nu se pot face injecții din oarecare motive, am avut deplin succes cu tabletele de *Plasmochin compus* sau *Chinoplasmin*, însă niciodată nu prescriu Plasmochin pur sub formă de tablete.

Dr. L. Schreiber.
Noua suliță Basarabia

MEDICAMENTELE ANTIPALUDICE SINTETICE
PLASMOCHIN ȘI ATEBRIN

M. comunică deja fapte cunoscute despre Plasmochin-ul, indicațiile sale și felul de prescripție. Ca medicament nou contra paludismului recomandă Atebrin. În Institutul pentru boli tropicale din Hamburg au fost tratați în interval de aproape un an și un sfert 122 de paludici cu Atebrin și combinat cu Plasmochin.

Rezultatele practice sunt:

În 7 cazuri de malarie tropică și în 4 cazuri de malarie terță s'a dat de 3 ori pe zi 0,10 ctgr. Atebrin, 5 zile consecutiv. Febra și paraziții au dispărut după 3, maximum 6 zile din sângele periferic, cu excepția gameților (semilunelor) al malariei tropice. Se pare că inelele formei tropice au fost mai repede și mai puternic influențate decât prin tratamentul cu Plasmochin sau chiar cu chinină. Combinându-se Atebrin (de 3 ori cu 0,10 ctgr. pe zi) cu plasmochin (3 ori 0,10 ctgr.) inelele și semilunele au dispărut în 3—6 zile. În cazuri unde sau găsit numai inele de formă tropică, s'a putut opri prin combinațiunea Atebrin + Plasmochin formarea semilunelor, respectiv aceștia au dispărut deja după 1—2 zile și forma quartă se poate vindeca cu Atebrin, deși gameții par că cedează mai încet ca după tratamentul cu Plasmochin. Atebrin a fost suportat bine și în cazuri de idiosincrazie față de chinină.

Și bolnavii paludici cari au fost tratați în America centrală și America de Sud au reacționat în mod favorabil asupra Atebrinului combinat cu Plasmochin. Febra și paraziții au dispărut, splenomegaliile, deseori pronunțate, au cedat. Atât la adulți, cât și la copiii expuși iradiazionului solar, nu s'au observat simptome de fotosensibilizare, cum se pot ivi după tratamentul cu Trypaflavin.

Atebrin a fost întotdeauna bine suportat, rămâne timp îndelungat în organism și se poate găsi încă după săptămâni în urină. Atebrin a bine suportat până la doza totală de 4,8 grame. Colorarea în galben a pielii, observată câteodată, nu este o urmare a unei leziuni a ficatului, ci determinată prin coloranul acridinic și dispăre în 2—3 săptămâni. În toate 3 forme ale paludismului Atebrin lucrează cel mai bine ca specific contra schizontilor. Se recomandă un tratament cu Atebrin de 3 ori pe zi 0,10 ctgr. timp de 7—10 zile. Pentru profilaxie este indicat în primul rând. Chinoplasmin.

P. Mühlens, Hamburg.
Münc. med. Wschr. 1932, Nr. 14
Revista Médica 1932, Nr. 4.

* * *

EPIDEMIILE DE PALUDISM ÎN CIRCUMSCRIȚIA
SANITARĂ FRANEKER ȘI EFECTUL FAVORABIL
AL TRATAMENTULUI CU CHINOPLASMIN

În timp ce tratamentele cu chinină cari sau făcut în circumscripția Franeker contra malariei terțe, au dat un procent de recidive de 60—70%, s'au observat că din 43 de bolnavi tratați cu Chinoplasmin în anul 1930 s'a ivit numai un singur caz de recidivă în interval de 2 ani. În anul 1931 au fost tratați 24 de bolnavi cu Chinoplasmin și nu s'a observat de atunci nici un caz de recidivă. Tratamentul cel mai eficace este de a administra de 3 ori pe zi 1 tabletă de Chinoplasmin timp de 14 zile. Tratamentele cu Chinoplasmin se pot face și în mod ambulant, este însă nevoie de un control regulat al bolnavilor, deși medicamentul este bine suportat. În 1930 s'au observat 2 cazuri cu cianoză pronunțată, primul caz cu simptome cardice, celălalt cu simptome gastrice: a fost însă vorba de o degenerare miocardică și de un cancer al pilorului. În 1931 tratamentul a fost întrerupt într'un caz în a 9-a zi de tratament pentru simptome de tachicardie. Într'un alt caz tratamentul cu Chinoplasmin a fost continuat fără nici un inconvenient, deși s'a de clarat o gripă intercurrentă.

Piebenga, Franeker.
Nederl. Thijdsch. voor Geneesk. 1932, 76, II, 14c

mentale. Ca harnici și dibaci culegători de medicină populară la noi amintim pe: *S. Fl. Marian, Tudor Pamfile, Lupașcu, Grigoriu-Rigo, Iana, Crăciunescu, Gorovei* și alții. Domnul *Gorovei* îndeosebi ne-a dat și o sugestivă interpretare a descântecelelor.

Cercetările în domeniul Istoriei Medicinii românești propriu zise și un învățământ medico-istoric la noi pe lângă importanța pur științifică mai are și o deosebită însemnătate națională. Am accentuat mai înainte că dezvoltarea medicinei științifice românești a fost deosebit de frumoasă și că ne putem mândri cu ea. Arătând-o, așa cum este, Românilor din noile provincii, cari n'au știut nimic de ea, le dăm posibilitatea să cunoască potențele culturale care zac în poporul nostru; iar minoritaților, cari, foarte critici, încetul cu încetul, încep să ia contact cu știința românească, le putem prezenta de-a gata un capitol frumos al Istoriei civilizației noastre.

În privința aceasta nici nu suntem așa înapoiași cum s'ar crede. Încă la 1836 doctorul *Costache Vârnav* în „*Physiographia Moldaviae*”, teza sa de doctorat în medicină, face puțină istorie a medicinei românești. În vremurile mai nouă, *Ionescu-Gion*, deși nu era medic, dădu vre-o câteva încercări medico-istorice; însă fundamentale sunt abia „*Istoria Igienei în România*” de *Felix* (1903) și „*Literatura Medicală Românească*” a lui *Gh. Crăinițianu* (1907). Precizie istorică și muncă de amănunt migăloasă găsim în lucrările lui *Gh. Z. Petrescu* și *N. A. Bogdan* (Iasi). Prima privire generală, scurtă însă deschizătoare de orizonturi, ne-o dă domnul *N. Iorga* în „*Medici și Medicina în trecutul românesc*” (1919). Cu aceasta lucrare se și deschide calea spre o operă fundamentală, pe care o încearcă doctorul *V. Gomoiu* în voluminoasa sa „*Din Istoria Medicinii și a învățământului medical în România*” (1923), operă de mare envergură, extensiv scrisă,

cu un deosebit de bogat material informativ, un fel de „*Hormuzaki*” al Istoriei Medicinii românești.

Prin înființarea Institutului de Istoria Medicinii și Farmaciei la Universitatea din Cluj, întâmplată în 1921 și câțiva ani mai târziu a conferinței de Istoria Medicinii la Facultatea din București, s'au creat puncte de cristalizare pentru nouăle tendințe în învățământul universitar. Acțiunea lor se vădește tot mai mult, dar în mod fatal efecte mai puternice se vor ivi numai cu timpul, când o serie întreagă de studenți în medicină va fi părăsit băncile școlii și va duce învățămintele primite, în cercurile largi ale corpului medical românesc.

Până atunci rămâne o lacună. Lipsa încă interesul pentru Istoria medicinei a celor cari susțin și conduc actuala mișcare românească.

Aceasta cezură a știut să o închidă *Victor Gomoiu*.

Azi, când privim retrospectiv ceea ce a făcut el în domeniul mișcării medico-istorice românești, ne dăm seama, că nimenea în țara noastră nu a fost mai chemat decât el, pentru a desăvârși această operă.

Om dârz, cu acea tenacitate care a făcut din Olteni cel mai prețios element de acțiune și înfăptuire în țara românească, optimist creator, care nu dezarmează în fața nici unei greutăți, cu vederi largi și o cultură vastă, atât de necesară celui care, ocupându-se cu Istoria Medicinii, e nevoit să facă incursiuni în atâtea domenii apropiate și uneori îndepărtate de medicină, medic vestit, care se bucură de un deosebit ascendent la noi în țară, organizator minuțiat, el avea toate calitățile pentru a porni și a susține o nouă mișcare în lumea noastră medicală.

La toate acestea se mai adăuga autoritatea sa netăgăduită de istoriograf al medicinei românești.

Hotărât, *Gomoiu* a fost acela, care în marea sa lucrare din 1923, a dat Istoriei Medicinii românești opera



CAPHOSEIN

77.18% albumine, cu un conținut foarte bogat de calciu și fosfor.

Medicamentul suveran al enteritelor diarelor de fermentație

Indicații: ENTERITE, ANEMIE, RECONVALESCENȚĂ, DIATEZE EXUDATIVE, ETC

DOSAJ: 1—2 lingurițe CAPHOSEIN se fierbe în ceai și se îndulcește cu saccharină.

Înlocuiește preparatele scumpe străine.

Prețul Lei 70.—

KROMPECHER Fabrică de produse alimentare Felka P.T. Cehoslovacia

Literatură și mostre prin reprezentanța pentru România:

GEA-KRAYER S. A. Timișoara, I.

fundamentală, baza documentară, care să ne permită nouă, cercetătorilor de amănunte, o orientare generală. Cartea aceasta, care ca ori și ce operă de destelenire, poate fi susceptibilă de perfecționări, *este și rămâne lucrarea de bază, extraordinar de bogată în informații, fără de care nici o cercetare nouă în Istoria Medicinii românești nu se poate face.* La ea se adaugă monografiile lui Gomoiu cari luminează unele capitole din Istoria societăților și publicațiilor periodice românești, în sfârșit comunicările sale făcute la congresele internaționale de Istoria Medicinii, asupra unor chestiuni mai speciale din trecutul nostru medical.

Astfel, chirurgul novator, trecut el însuși în domeniul istoriei artei noastre, este totodată unul din întemeetorii Istoriografiei medicale românești moderne.

Avea deci, pe lângă darurile dela fire, pe lângă vaza sa și toată autoritatea științifică de a deschide un nou capitol în mișcarea medico-istorică dela noi.

În urmă cu vreo 6 ani, Victor Gomoiu, mi-a scris, dezvoltându-mi un plan detaliat pentru înființarea unei societăți românești de Istoria Medicinii. El voia prin această creațiune, să scoată mișcarea medico-istorică din cadrul limitat al învățământului universitar și s'o transplanteze, dându-i nouă aspecte, ținte mai largi și o vigoare mai mare, în lumea noastră medicală. I-am răspuns sceptic. Credeam că afară de dl. Prof. Cantacuzino, dl. Conferențiar G. Z. Petrescu și vreo 4—5 alți amatori de studii istorice în București, de vreo două persoane în Iași, vreo trei în Cluj și cel mult zece în provincie, nu va găsi alți colaboratori în țară. Gomoiu nu s'a lăsat impresionat de pesimismul meu. Rezultatele i-au dat dreptate; a înfăptuit ceea ce credeam că se poate: *Societatea R. R. de Istoria Medicinii.* După trei ani de funcționare a acestei societăți ne dăm seama că Gomoiu a ieșit învingător pe toată linia! Par'că a avut o baghetă magică; a deschis suflete, a stârnit interese și astăzi are în jurul său, numai în Capitala țării, mulți oameni de seamă, cari ne surprind și ne încântă prin varietatea și seriozitatea contribuțiilor lor, în specialitatea noastră. Dările de seamă ale acestei societăți atât de finere și atât de vigoase, sunt o adevărată revelație și prilej de mari bucurii pentru noi cei cari cultivăm Istoria Medicinii.

Există astăzi în Capitala țării noastre, grație activității Societății, un curent medico-istoric, cu care ne putem mândri. Aceasta este opera de inițiator și de inspirator a lui Victor Gomoiu.

Vorbind despre omul de acțiune Gomoiu, nu putem să trecem cu vederea participarea sa la congresele internaționale de Istoria Medicinii.

A fost pentru întâia dată că un Român ia parte la acest fel de întruniri internaționale. Imi șalta inima de bucurie și mi se umplea de o legitimă mândrie, când după

ultimele congrese, primiam dela specialiștii străini scrisori, în cari vorbeau cu elogii și cu simpatie de persoana reprezentantului României. Țin să accentuez, că numărul scrisorilor, în care mi s'a vorbit de Gomoiu, nu a fost de una sau două, ci de zece.

Cu un curaj, care la început ne-a uimit, Gomoiu a invitat specialiștii din toate părțile lumii, să-și fie al 9-lea congres în București. Azi, când știu cari sunt pregătirile făcute, când am în mână proqramul definitiv al congresului, nu mai am cea mai mică îndoială, că acest congres va fi strălucit, deși suntem mezini în mișcarea medico-istorică mondială și cu toată criza grozavă care ne chinue. A face lucrul minunat, care va fi congresul dela București, sub împrejurări atât de nefavorabile — aceasta o poate numai neîntrecutul organizator și optimistul neînfrânt Victor Gomoiu!

Așa îl văd eu pe animatorul mișcării medico-istorice românești și sunt convins că oricine îl cunoaște bine, nu mă va putea desmînși. Sunt fericit, că o pot spune într'o clipă solemnă pentru el, că o pot afirma întru lauda tărului atât de viguros la 50 ani și sunt fericit că am ocazia să-i aduc pe această cale un foarte modest prinos de recunoștință, pentru sprijinul moral și material neîncetat, venit totdeauna în momente grele, acordat fără preocupare Institutului de Istoria Medicinii din Cluj și celor cari lucrează în el. Nimenea nu știe până azi despre acest ajutor măriminos. Poate însuși Victor Gomoiu nu-și dă seama ce prețios a fost. Astăzi țin să i-o spun: *au fost momente în cari vorbele și faptele sale au fost hotăritoare pentru dezvoltarea Institutului.*

Pentru toate îi mulțumim și egoiști cum suntem noi oamenii, spunem din inimă: „Doamne ține-mi-l încă mulți mulți ani“.

COMPTES-RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 7. 1932

Prof. D. I. MINEA: *L'antifermentothérapie dans la sclérose en plaque.*

L'auteur a essayé depuis l'année 1925 une antifermentothérapie dans la sclérose en plaque à l'aide de laquelle il a obtenu des résultats admirables dans quelques cas d'évolutions plus récente et dans quelques cas anciens, mais fixé dans une phase incipiente.

Partant de l'idée que le virus de la sclérose a pour component principal — étant considéré dans son action pathologique — une lipase, il a injecté intrarachidien une émulsion de lecithine pure dans le but de paralyser cette activité lipathique du virus par un substrat qui est d'ailleurs lui même un activateur protoplasmique.

Suivant, dans l'ordre des idées, le perfectionnement de sa méthode d'antifermento-thérapie, il donne ici l'exemple de deux malades auxquelles ayant fait deux injections d'un auto-serum antilipathique il a obtenu de améliorations importantes.

Profesor Dr. D. MICHAIL: Kyste épithélial intra-scléral.

L'auteur décrit le cas très rare d'un Kyste épithélial intra-scléral pur post-traumatique, qui a disséqué la sclérotique jusqu'à l'entrée du nerf optique dans l'oeil. C'est au glissement d'un fragment d'épithélium cornéen dans les couches profondes de la sclérotique qu'était due l'exubérance inaccoutumée de ce kyste. L'invasion du kyste au niveau du pôle postérieur de l'oeil s'est produit sous l'aspect des prolongements digitiformes à cause de la résistance qu'ont opposé à l'avancement du kyste le tronc du nerf optique et les cordons vasculo-nerveux ciliaires postérieures. Les phénomènes réactionnels qu'accompagnent quelquefois l'évolution des kystes sclérales est d'après l'avis de l'auteur, l'expression de l'invasion concomitante de l'intérieur de l'oeil par la même prolifération épithéliale.

Dr. I. M. BĂRCĂ: Sur un cas des salpinges ossifiés, après un procès tuberculeux, constaté clinique, opératoire et anatomo-histologique.

Il en résulte que dans le diagnostic des formations radioopaques du pelvis il faut tenir compte aussi de la possibilité d'ossification des trompes.

Basé sur la distribution topographique du nerf obturateur pense que les douleurs préopératoires de la hanche et genou droit, étaient provoqués par la tumeur ovarienne qui en contact intime avec la cavité obturatrice a comprimé le nerf obturateur.

Dr. AUREL BOTIȘ et Dr. E. DORCA: Expérience clinique avec une nouvelle combinaison d'ether et quinine.

Les auteurs montrent les résultats satisfaisant qu'ils ont eu dans 51 cas de fousse convulsive et bronchopneumonie des nourrissons. L'effet antitoxique et bactéricide de la quinine et la bonne influence de l'ether sont assez connus, mais l'injection de ces médicaments étant très douloureuse ils étaient rarement employés.

C'est au Dr. Goldschmidt, Arad, que revient le mérite d'avoir découvert une combinaison heureuse, laquelle a été adoptée en commerce par la fabrique Gedeon Richter.

Dr. SNEER ITCOVICI de Bolgrad: Sur un cas d'amenorrhée traité efficacement par les ampoules Ovarine Byla.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, souffrant depuis l'âge de 13 ans où apparurent les premières menstruations,

de dysménorrhée. A l'âge de 15 ans, les règles se sont encore plus raréfiées puis ont disparu complètement, la menstruation se résumant à des douleurs sourdes dans la région ovarienne, douleurs allant en s'accroissant.

La jeune fille ne disposant pas de moyens matériels ne s'est pas soignée jusqu'au jour où je suis appelé chez elle, pour un état de courbature avec vomissements. A l'examen objectif je reconnais les ovaires hypertrophiés, douloureux au toucher et à la palpation.

Apprenant qu'elle souffre depuis 4 ans d'une dysménorrhée qui a évolué vers une aménorrhée totale depuis près d'un an, je me décide à lui faire gratuitement un traitement opothérapique, et ayant à ma disposition des ampoules d'Ovarine Byla, je me sers de ce produit bien que je n'en connaisse pas alors l'efficacité. Après un traitement journalier, tant per os que par voie parentérale avec les préparations Byla, Ovarine et Ovaro-Thyroïdine injectant journellement et alternativement et donnant en même temps par voie buccale $\frac{3}{4}$ glandules par jour d'Ovarine Byla, je suis arrivé au bout de 4 semaines à provoquer la menstruation qui, depuis 5 mois, vient régulièrement, la malade se sentant maintenant en bonne santé et gaie alors qu'autrefois elle souffrait d'un état mélancolique et de dépression morale.

TABLETE FERRI PROTOXALATI DR. DEÉR CU SAU FĂRĂ ARSENIC

Preparate roborante aplicate de mai multe decenii, rezultate prompte în toate stările de slăbire, anorexie, anemie și scleroză. — Efect susținut și egal, nu cauzează constipație, nu atacă dantura.

Depozit exclusiv pentru România:

„VESTA” Fabrica Chimico-Farmaceutică
Soc. An. din Oradea

J'ai cru nécessaire de publier ce cas, si important, pour attirer l'attention de mes collègues sur l'efficacité des préparations Opothérapiques Byla, „Ovarine“ et „Ovaro-Thyroidine Byla“, qui méritent d'être mis au premier rang des médications opothérapiques auxquelles nous recourrons au besoin.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

Nr. 7, 1932

Prof. Dr. I. MINEA: Über Antifermenttherapie bei multipler Sklerose.

Noch im Jahre 1925 versuchte der Autor bei multipler Sklerose eine Antifermentbehandlung, mit welcher er in einigen Fällen glänzende Resultate erzielte. Der gute Erfolg zeigte sich besonders in Fällen frischerer Evolution und in solchen älteren Datums, welche sich in einem gewissen Frühstadium fixiert hatten.

Ausgehend von dem Gedanken, daß der Erreger der multiplen Sklerose — vorausgesetzt, daß er in Ausübung seiner pathologischen Wirkung sei — als Hauptkomponente eine Lipase besitze, injizierte der Autor intralumbal eine Emulsion von reinem Lecithin, in der Absicht, diese fettlösende Wirkung des Virus durch eine Substanz zu paralisieren, welche selbst eine kräftige, aktivierende Wirkung auf das Protoplasma ausübe. Diese Idee weiter verfolgend, suchte der Autor seine Antifermenttherapie zu vervollkommen und publiziert vorliegend 2 Beobachtungen, bei welchen er seinen Kranken ein antilipasisches Eigenserum injiziert und dadurch beachtliche Besserungen erzielt hatte.

Prof. Dr. D. MICHAIL: Über intrasklerale Epithelialcyste.

Der Autor beschreibt einen äußerst seltenen Fall intraskleraler Epithelialcyste rein traumatischen Ursprunges, welche gerade an der Eintrittsstelle des Sehnervenstammes gelegen war. Die ungewohnte Größe der Cyste erklärt sich aus der Einklemmung eines Fragmentes des Corneae epithels in die tiefen Gewebsschichten der Lederhaut. Die Invasion der Cyste geschah am hinteren Augenpole in Form fingerförmiger Fortsätze infolge der Resistenz des Sehnervenstammes und der ciliaren hinteren Gefäß- und Nervenstränge.

Der Schmerz, der zeitweise die Evolution dieser Cysten begleitet, weist auf eine gleichzeitige Invasion in das Augeninnere, eben dieser epithelialen Fortsätze hin.

Dr. I. M. BĂRCĂ: Ein Fall von fibro-ossöser Tuberkulose der Salpinx.

Der Autor beschreibt einen Fall von Ossifikation der Eileiter auf tuberkulosem Grunde, wie dieses klinisch, operatorisch und anatomo-histologisch konstatiert wurde.

Dr. AUREL BOTIŞ und Dr. EUGEN DORCA: Klinische Untersuchungen mit einer neuen Kombination von Aether und Chinin (Chinaaether).

Die Autoren berichten über recht günstige Resultate, welche sie in 51 Fällen mit Chinaaether bei Keuchhusten und Bronchopneumonie der Säuglinge erzielten. Die antitoxische und baktericide Wirkung des Chinins war seit lange bekannt und ebenso der günstige Einfluß des Aethers. Da die Injektionen beider Medikamente jedoch sehr schmerzhaft waren, wurden sie nur selten angewendet. Dr. Goldschmidt (Arad) gelang es eine absolut schmerzlose Verbindung herzustellen, welche von der chemischen Fabrik Gedeon Richter in den Handel gebracht wurde.

Dr. SNEER IŢCOVICI: Über einen Fall von Amenorrhoe, erfolgreich behandelt mit „Ovarine Byla“.

Der Autor berichtet über ein günstiges Resultat, welches er in einem Fall von Amenorrhoe bei einem 17-jährigen Mädchen mit Ovarine und Ovaro-Thyroidine Byla erzielte.

SOCIETĂŢI MEDICALE.

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN CLUJ.

Sedinţa din 19 Martie 1932.

Prezidează: D-l Prof. TITU VASILIU.

Prof. Haşeganu și Prof. Iacobovici: Trei cazuri de tumoră sifilitică a lui Hausmann.

Articolul a apărut în original în Clujul Medical No. 5/1932.

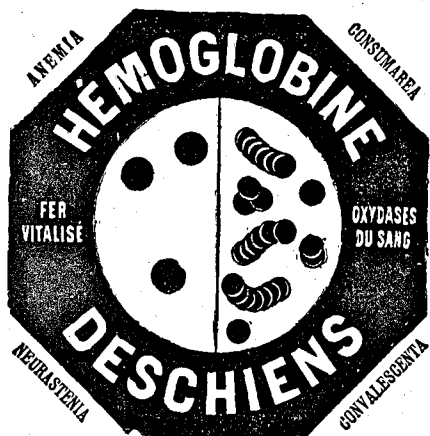
Discuția:

La comunicarea Prof. Haşeganu.

Prof. Vasiliu. Comunicarea e cu atât mai interesantă cu cât boala e foarte puțin cunoscută. D-sa a mai avut un caz, la care a stabilit diagnosticul numai pe bază de examen istologic (biopsie).

Continuarea discuțiilor asupra tratamentului difteriei.

Prof. Goia. Luând în discuție eficacitatea serului, Prof. Goia spune că mortalitatea mare nu se datorește ineficienței serului, ci așa numitului geniu epidemic, care, lucru curios, coincide de obicei cu crizele economice. Virulența microbului, toxicitatea lui deoparte, și terenul de altă parte, sunt factorii hotărâtori în determinarea gravității difteriei într'un caz dat; asociația cu streptococul constituie o complicație agravantă. Seroterapia adesea s'a arătat eficace și în cazuri grave. Prof. Goia e de părerea că nu trebuie să abandonăm această armă, chiar dacă ea nu e infallibilă. Rezumă principiile după cari trebuie condus tratamentul în următoarele:



OPOTERAPIE HEMATICĂ

SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobina

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Dosa: 1 lingură de supă înaltă fiecarei mese.

Reprezentant-Depozitar: DILLAN, 4, Str. Eugeniu Carada, BUCAREST.

1. Tratament precoce cu ser antidiferic; în asociație se va da ser simbioză.

2. Dozarea se va face nu în funcție de vârstă, ci după gravitatea bolii: se va începe cu 15000 unități și se va urca, dacă e nevoie, la $\frac{1}{2}$ milion unități.

3. Calea de administrare: În cazuri ușoare calea intramusculară; în cazuri grave calea intravenoasă și intramusculară; în cazuri foarte grave și calea rachidiană.

4. Cât privește boala serului, cum aceasta e frecventă în special în tratamentul preventiv, e de părerea, ca în familiile unde medicul vede familia zilnic, să evităm serul preventiv sau să facem această injecție cu ser desalbuminat (Ramon).

5. Propune vaccinația.

Docent Gh. Popovici. Comunitatea după Prof. Moldovanu joacă rol însemnat în crearea unei stări de rezistență față de difterie. A observat anume și D^sa, că într'un salon de copii, odată ivit un caz, de obicei restul cazurilor devin purtători. E vorba în aceste cazuri de atenuarea bacilului difteriei prin trecerea dela un individ la alii; această atenuare ar fi datorită florei microbiene buco-faringiene, care în aceiași comunitate, alimentația fiind aceeași, e de obicei comună.

Cât privește purtătorii, D^sa a reușit să sterilizeze faringele copiilor purtători făcând instilații cu neosalvarsan: Din soluție de 0,15/2 cc apă se administrează câte 5 picături în fiecare seară timp de 4-5 zile.

DI Hăngănuș, cu această ocazie atrage atențiunea practicienilor asupra producerii hemaglutininelor în serul indivizilor injectați cu ser; aceste hemaglutinine persistă timp de un an. Or, hemaglutininele pot să vicieze seroreacția Wassermann, făcând-o pozitivă și acolo unde nu e și filis. Reacțiile de floclulație însă, de obicei, rămân negative.

Prof. Vasiliu. Are impresia că multe din cazuri se pierd din cauza intervenției tardive cu seroterapie. Cât privește asociația bacteriană ea a fost pusă în evidență încă de Prof. Babeș, dată fiind frecvența mare a asociației, crede că serul simbioză e indicat. Pledează pentru întrebuințarea serului în med preventiv.

DI Găvrilă (răspuns de încheiere): Asociația cu ser antistreptococic nu pare a fi mai eficace, decât serul simplu; tot așa și serul simbiozei. Dealtfel malignitatea nu e în funcție numai de streptococ (acesta e prezent numai în 40% din cazurile grave).

Nici amestecul de ser antistreptococic și antimicrobian (după Ramon) nu e mai eficace.

E de părerea ca preventiv să se dea ser purificat, iar curativ ser obicinuit, fiindcă și doza de proteine ar avea rol.

Boala serului, oricât de neplăcută ar fi ea, nu contraindică serul.

Danițco

Docent Dr. P. Vancea: Revizuire asupra cazului de cisticerc subretinian.

Prezintă piesa anatomică și arată că extracția cisticercului s'a făcut printr'o incizie conjunctivală concentrică limbului urmată de rezecția temporară a tendonului mușchiului drept inferior și de incizia sclerotice la 26 mm. de limb în meridianul corespunzător orei 7.

Secționându-se sclerotica s'a depărtat buzele plăgii cu 2 ace fine și cisticercul a ieșit sub forma unei vezicule translucide urmată de un val de lichid gălbui subretinian.

Sedința extraordinară din 21 și 22 Aprilie.

Conferințele d^sului Prof. DANIELOPOLU, București.

D^sul Decan Prof. G. Grigoriu salută în numele Facultății de Medicină din Cluj pe conferențiar, subliniind activitatea sa științifică.

D^sul Prof. Vasiliu, președintele societății, salută pe distinsul oaspe prin următoarea alocuțiune:

Domnilor,

Societatea St. Med. din Cluj în cel de al 13-lea an al existenței sale, are astăzi încă o zi de sărbătoare având la catedră încă pe unul din colegii străluciți ai celei mai vechi Facultăți de Medicină a Românilor.

În anii din urmă s'au perindat în acest loc: Marinescu, Cantacuzino și răposatul D. Ionescu, aducând ca și cel de astăzi, pe lângă prietenia lor și unele din rezultatele muncii lor de cercetători. Astăzi Prof. Danielopolu vine la rândul lui să expună aici o problemă complexă de medicină, cu care D^sa se ocupă de peste 10 ani de zile, formând centrul cercetărilor sale anatomice, fiziologico-experimentale și clinice, caracteristica felului D^ssale de lucru.

În ciclul său de cercetări asupra sistemului vegetativ sindromul „Anginei de piept” și lucrările strălucite ale școlii românești în acest domeniu a lui Toma Ionescu și Gomoiu s'au impus intuiției sale și reluând problema pe baza noilor cercetări, în cea mai mare parte personale, a ajuns la o concepție nouă, indicând o metodă de tratament chirurgical deosebită, cu rezultate superioare.

În volumul de curând apărut autorul cu o minuțiozitate și imparțialitate remarcabilă, bazându-se numai pe faptele relatate de toți cei ce s'au ocupat cu chestiunea și lucrările D^ssale, — combătându-le sau aprobându-le, — construiește edificiul concepției sale.

Aceste concepțiuni ca și altele ale lui Danielopolu, sunt dintre acelea ce deschid drumuri noi, aducând o picătură din suprema sa

lăsfacție a alinării suferinței umane! Danielopolu este clinicianul biolog, în adevăratul sens al cuvântului.

Nu sunt eu cel indicat și nici nu este momentul potrivit de a încerca a face o expunere a activității d-lui Danielopolu: toți medicii și toți studenții o știu din multiplele publicațiuni din toate periodicele române și străine cele mai răspândite și din dările de seamă ale dife-ritelor conferințe făcute în toate centrele mari medicale de autorul însuș.

Iubite Coleg! Ca președinte al Soc. noastre medicale, vreau să-și exprim sentimentele noastre de grațitudine pentru sollicitudinea mai mult decât colegială, ce ai avut pentru Societatea noastră și membrii ei, fie primindu-ne să colaborăm la Soc. Medicală a Spitalelor din București, fie prin atențiunea ce ne-ai arătat-o dela începutul instalării noastre aici, cât și pentru osteneala ce ți-ai dat-o, cu alăta spontaneitate, de a veni astăzi în mijlocul nostru.

Bine ați venit!

Profesor Danielopolu: După ce mulțumește pentru buna primire ce i-s'a făcut și după ce își cere scuzele de a fi întârziat așa de mult cu venirea la Cluj, intră în subiectul conferinței sale pe care o desvultă apoi pe larg în cele două ședințe:

1. Principiile fiziologice ale tratamentului chirurgical al anginei de piept și

2. Rezultatele comparative ale tratamentului chirurgical al anginei de piept prin metoda suprimării reflexului presor, comparativ cu sim-pactomia cuprinzând ganglionul stelat.

Incepe prin a arăta, printr'un istoric succint, rolul mare pe care l'a avut școala românească în preconizarea, desvultarea și mai ales precizarea metodei operatorii în angine de piept, merit care știm că în mare parte îi revine D-sale. Continuă apoi desvultând pe larg principiile fiziologice, fiziopatologice ale metodei care-i poartă numele; precizează anatomia simpaticului; exprimă diferitele procedee chirurgicale întrebui-nate până acum în tratamentul chirurgical al anginei; demonstrează su-perioritatea absolută și eliminatorie a metodei supresiunii reflexului presor preconizată de D-sa, atât experimental pe animale cât și clinic pe rezultatele obținute până acum în angina de piept; la sfârșitul celei de a II-a ședințe expune o statistică, în care rezultatele evident supe-riore atât sub raportul inocivității cât mai ales sub cel al eficacității, fac ca metoda Danielopolu să se dovedească a fi singura îndreptăți-tă în tratamentul chirurgical al anginei de piept.

În cele ce urmează vom expune în rezumat, pe cât aceasta este posibil, părțile esențiale ale conferinței. Acci pe cari problema îi interesează mai deaproape vor putea consulta cu mult folos comunicările profesorului Danielopolu în *Bulletins et Memoires de la Soc. Med. des Hôpitaux de Bucarest* No. 3 și 4 din 1932 (Imprimeria cultura Bucu-rești, Str. Câmpeanu No. 16), unde problema e tratată cu o abundență de detalii și argumente. Tot de aici în vederea înlesnirii resumatului ce intenționăm, am împrumutat și noi figura alăturată (No. 1).

* * *

Anumite fapte clinice ca și stări anatomo-patologice au determinat pe profesorul Danielopolu ca încă din 1924 să emită o nouă concepție asupra patogeniei anginei de piept. D-sa constată că leziunile cari determină angina de piept (arterita coronarelor, leziunile aortei și leșiunile plexului cardioaortic) sunt permanente și cu toate acestea accesele de angină de piept sunt paroxistice. Tocmai acest paroxism dovedește, că în mod periodic intervine un alt factor, care suprapunându-se leșiunilor va declanșa atacul anginos. Acest factor suprapus nu poate fi decât nervos și anume de origine reflexă. Oboseala și autointoxicația consecutivă a miocardului în stări patologice excitând zona reflexogenă cardio-aortică provoacă un reflex presor care se manifestă prin următoarele patru fenomene. 1. ridicarea presiunii arteriale; 2. accelerarea ritmului cardiac; 3. augmentarea forței contractile a miocardului; 4. pro-

tabil o vasoconstricție coronariană. Mărirea travaliului inimei deoparte, diminuarea irigației sangvine a miocardului prin vasoconstricția corona-relor de altă parte, nu pot decât să augmenteze insuficiența de irigație sanghină a miocardului și în consecință, intoxicația miocardică, care ajunsă la un grad suficient, produce fenomenele motorii și sensitive cari caracterizează accesul anginos. De aici deducțiunea logică: pentru a preveni accesul anginos, e suficient să întrerupem căile centripete a acestui reflex. Acesta constituie principiul metodei de supresiune a re-flexului presor alui Danielopolu.

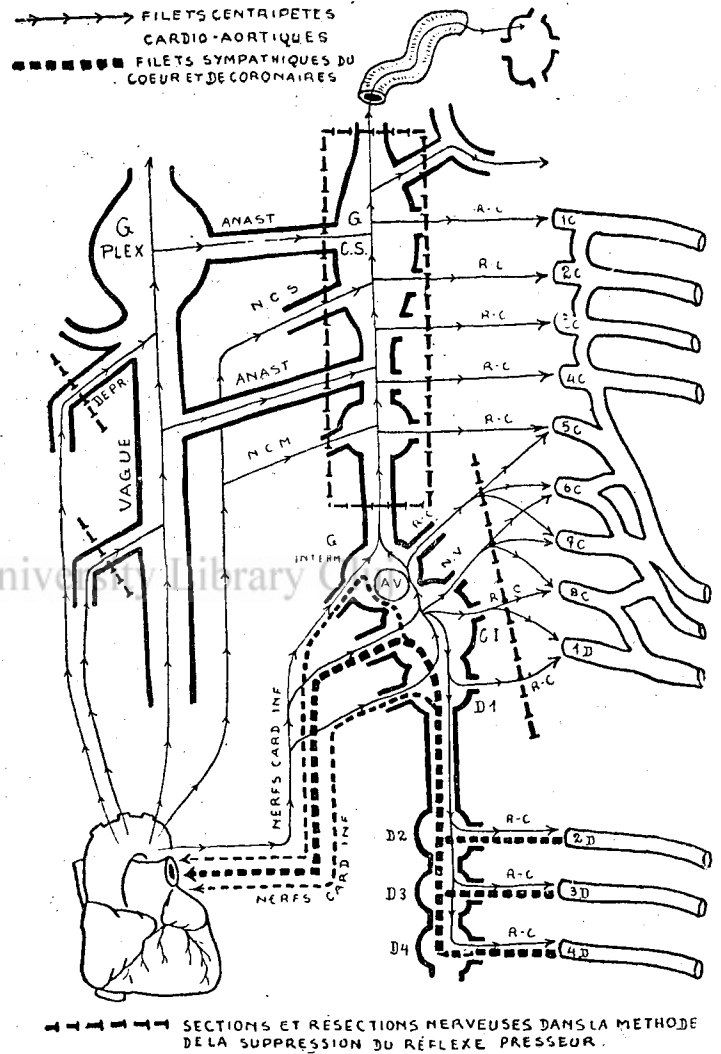


Fig. 1. — Schema firșoarelor centrifuge a miocardului și a coronarelor, a firșoarelor centripete cardio-aortice. Secțiunile și rezecțiunile nervoase în metoda supresiunii reflexului presor, metoda Danielopolu.

Profesorul Danielopolu mai observă apoi, că miocardul indivizilor morți în plin acces de cele mai multeori e încă în stare atât de bună, încât înafară de acces ar fi putut asigura buna lui funcțiune pe un timp destul de îndelungat. Iată deci un alt motiv care nu numai că justifică ideia suprimării reflexului presor pentru prevenirea acceselor de angină, ci dă și posibilitatea realizării ei pe cale chirurgicală.

Odată ideia întretăierii căilor centripete concepute, rămânea punerea ei în practică și mai ales precizarea căilor cari trebuiesc întrerupte fără ca să se prejudicieze funcțiunea normală a cordului. Or, este tot meritul Profesorului Danielopolu de a fi precizat rolul diferiților nervi cardiaci în funcțiunea cordului ca și rolul fiecăruia în declanșarea reflexului anginos. Din studiile D-sale experimentale ca și din cele clinice și

anatomice rezultă că înafară de nervul depresor alui Cyon cunoscut și de clasici, căile centripete cardio-aortice sunt reprezentate prin : a) firisoarele centripete cari trecând prin ganglionul stelat, se duc în a II-a, a III-a și a IV pereche dorsală; b) nervul vertebral; c) simpaticul cervical cu ganglionii lui și ramurile lor comunicante; d) nervul vag care încă conține fibre centripete.

Odată căile centripete cunoscute conform premisei — după care întrerupând căile centripete, vom putea suprima reflexul de atac anginos — am fi îndreptățiți să cerem să se suprimă toate căile centripete. Or tot profesorul Danielopolu a arătat, că e suficient să se suprimă următoarele căi (vezi schema): simpaticul cervical cu ganglionul superior și mijlociu (fără ganglionul cerv. inf.), secțiunea ramurilor comunicante cari unesc ganglionul stelat (cervical inferior, intermediar și primul toracic) cu cele din urmă trei perechi cervicale și prima dorsală, secțiunea nervului vertebral și secțiunea tuturor ramurilor vagului cari coboară vertical în torace (aici înțelegându-se și depresorul). Operația astfel executată constituie: *Operația prin supresiunea reflexului pressor alui Danielopolu.*

În schimb trunchiul vagului nu poate fi secționat fiindcă conține fibre centripete cari întrețin tonusul centrului respirator și nu pot fi extirpați ganglionii stelați fiindcă pe aici trec firisoarele centrifuge acceleroare ale inimei și vasodilatatoarele coronariene.

Profesorul Danielopolu e primul care demonstrează importanța păstrării ganglionului stelat pentru buna funcțiune a inimei; extirparea ganglionului stelat (stelectomia) așa cum a preconizat-o Franck, Joumesco și Janoin și cum o practică mai nou Leriche, interceptând căile centrifuge simpaticice ale inimei, vasodilatatoarele coronariene, (simpaticul la coronare e vasodilatator) face ca nutriția miocardului să sufere și mai mult accesele se întesc și nu sunt rare nici morțile subite după această operație. Stelectomia deci nu numai că e inutilă ci e și periculoasă.

Când operația Danielopolu, executată unilateral (în stg.) nu dă rezultat desăvârșit va fi util completată cu aceeași operație făcută și în dreapta. Dealtfel, în general reflexul pressor se arată a fi unilateral. Eșecurile cari uneori observă și în operația Danielopolu se explică prin faptul că nu se intercaptează toate căile centripete: rămân acelea din trunchiul pneumogastricului și cele din ganglionul stelat.

Cu toate că în unele cazuri s'au observat și eșecuri (cari au explicația de mai sus), metoda Danielopolu în comparație cu oricare metodă (stelectomie, secțiunea rădăcinilor posterioare, operații parțiale pe simpatic) rămâne cea mai eficace, iar în comparație cu stelectomia nu comportă nici cauza de apărare (cari se datoresc secțiunii firisoarelor vasodilatatoare) și nici cauze de accident: moartea subită atât de frecventă în stelectomie nu s'a observat niciodată în operația Danielopolu.

Dealtfel Profesorul Danielopolu lasă să vorbească statistica :

<i>Stelectomia</i>	
Numărul total al cazurilor	44
Vindecați sau simțitor ameliorați	18 (40,8%)
Eșecuri	12 (27,2%)
Mortalitatea precoce	10 (22,7%)
dintre cari :	
Morți în prima zi	4 (9,09%)
Morți a II-a până în a XXX-a zi	6 (13,6%)
<i>Metoda Danielopolu</i>	
Numărul total de cazuri	45
Vindecați sau simțitor ameliorați	31 (68,8%)
Eșecuri	6 (13,3%)
Mortalitate precoce	3 (6,6%)
din cari :	
Morți în prima zi	1 (2,2%)
Mortalitate precoce a II până XXX-a zi	2 (4,4%)

În rezumat metoda Danielopolu e superioară ca eficacitate și prezintă o mortalitate mult inferioară față de stelectomie.

Drept încheiere Profesorul Danielopolu amintește că cel mai vechi caz alui Leriche care se menține vindecat de 5 ani e operat după metoda Danielopolu; și în aceeași ședință Profesorul Danielopolu prezintă o bolnavă operată de Prof. Iacobovici după metoda Danielopolu, care se menține vindecată de 7 ani și este cel mai vechi caz cunoscut în literatură.

Docent Dr. M. Kernbach
secretar general

Dr. I. Danicico
secretar de ședință

REVISTA CĂRȚILOR.

Docent Dr. Liviu Câmpeanu: *Tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare. Noțiuni practice de collapsoterapie.* Giöbl București 1932.

În tratamentul tuberculozei pulmonare — cu toate eforturile făcute în ultima jumătate de veac — nu dispunem încă de un remediu specific. Vindecările ce se obțin totuși într-o însemnată proporție a cazurilor se datoresc în ultima analiză capacității reparatrice a plămânului. Terapeuțica onestă se mulțumește deocamdată să ajute efortul organismului realizând pe seama lui condiții generale și locale favorabile vindecării spontane.

Repausul sistematic, aerajia permanentă, climatul potrivit și alimen-

DIATHESA URICĂ



A SE SPECIFICA BINE NUMELE

PIPÉRAZINE MIDY

2 la 6
lingurițe
de cafea
pe zi

adesea
imitată
niciodată
egalată

Literatură și Esanioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR - 8, Strada Macei, BUCUREȘTI IV

tația rațională sunt condițiile de ordin general indispensabile regresiei unei leziuni tuberculoase. Ele constituie binecunoscutul tratament igienodietetic aplicat în diferitele sanatorii cu rezultate apreciabile.

De multe ori procesul de vindecare, ce totdeauna se face printr-o scleroză retractilă substituită parenchimului alterat, i-se opun anumite obstacole locale printre cari în primul rând elasticitatea pulmonară antagonistă ori cărei retracțiuni și activitatea funcțională permanentă a organului. Acestea zădărnicesc adeseori efectele tratamentului igienodietetic. Efectele lor defavorabile pot fi neutralizate numai modificând în mod artificial statica și dinamica intratoracică în așa fel ca să rezulte o diminuare a volumului și concomitent a elasticității plămânului bolnav, iar pe de altă parte o suprimare temporară sau definitivă a funcțiunii sale. O serie întreagă de procedee medico-chirurgicale ne stau azi la îndemână în acest scop, constituind ceia ce se numește *collapse-terapie*. Prin introducerea și în tratamentul tuberculozei pulmonare s'a realizat un imens progres fiindcă cu ajutorul ei se pot obține vindecări clinice tocmai în formele fibrocarioase cari dacă nu sunt tratate convenabil se transformă aproape totdeauna în fizio desperate.

Deși unanim recunoscute și aplicate în cercurile fiziologilor, metodele *collapse-terapice* nu se bucură încă la noi de răspândirea pe care o merită și o au în alte țări și aceasta din cauza că medicii practicieni nefiind îndeajuns de familiarizați cu indicațiile și rezultatele lor nu îndrăzesc să încerce în măsura cuvenită și în timp util înspre un serviciu de specialitate.

D-1 Docent Dr. L. Câmpeanu și-a propus să combată prin cartea lui tocmai acest neajuns. Bazat pe o frumoasă experiență personală în materia *collapse-terapiei* chirurgicale experiență câștigată în cea mai mare parte în școala clujană a profesorului Iacobovici și amplificată necontenit prin studii făcute în diferitele servicii de specialitate din străinătate și mai ales printr-o activitate continuă în acest domeniu, desfășurată în serviciul său de chirurgie dela Brașov, doctorul Câmpeanu a fost desigur cel mai calificat să ne dea o sinteză a problemei. Monografia sa de o claritate uimitoare, cuprinzând tot esențialul, dar lipsită de balastul detaliilor inutile, este un prețios îndreptar pentru toți cei ce se interesează de tratamentul chirurgical al tuberculozei. Ori el trebuie să intereseze azi în mare măsură nu numai fiziologul ci și medicul practician și chirurgul specializat. Îndeosebi practicianul va găsi în monografia doctorului Câmpeanu toată documentarea de care are nevoie pentru a putea stabili indicațiile diverselor procedee *collapse-terapice* dela pneumotorax electiv până la toracoplastia totală, orientarea noastră în privința tehnicii acestor procedee cât și a rezultatelor ce pot fi obținute. În privința acestor din urmă autorul a căutat să scoată cât mai mult în evidență, alături de marile statistici streine, pe cele întocmite și publicate la noi arătând ce s'a putut realiza în acest domeniu în condițiile de muncă din România.

Intr'un capitol aparte sunt tratate cu toată obiectivitatea științifică recerută complicațiile și accidentele *collapse-terapiei*, iar ultima parte a lucrării este rezervată tratamentului igienodietetic și climatic, cari totdeauna trebuie să completeze pe cel chirurgical pentru ca el să-și poată face efectul maxim.

Trebuiesc neapărat menționate aci și prețioasele date climatologice ale diferitelor stațiuni de munte din regiunea Brașov, toate foarte potrivite pentru cura bacilarilor. Execuția tehnică a cărții este cât se poate de îngrijită, tiparul și clișeele ireproșabile ceia ce se întâlnește rar într-o publicație medicală românească. Citind lucrarea doctorului Câmpeanu ne simțim datori s'o recomandăm cu toată căldura tuturor confrărilor, îndeosebi practicienilor și să prezentăm în același timp sincerele noastre felicitări autorului.

L. Daniello

Dr. Od. Apostol, medic maior: Medicina Aeronautică.

În numărul 7 din 1 Mai, 1932 al interesantei reviste „Aviația”, d-1 Dr. Apostol, pune la punct cu multă competență toate postulatele medicale și fiziologice cari trebuiesc luate în considerare atunci când se

face examenul candidaților la pilotaj. Considerațiunile variate cari figurează ca criterii pentru a fi un bun pilot, iasă din comun; noi medicii ne dăm mai bine seama de importanța unei bune și cât mai exacte analize a candidaților, ca astfel acest corp să fie cât mai ideal sub toate raporturile pe cari le prinde serviciul aeronautic.

Dr. C. Stanca

REVISTA REVISTELOR.

MEDICINA INTERNĂ.

Proba imaginii invertite într'un caz de pneumotorax electiv al bazei. (La prueba de la imagen invertida en incaso de neumotórax electivo de base). De Raimondi, A. A., R. Scartascini, A. Sangiovanni, J. P. Uslenghi. Hosp. Tormi, Buenos Aires. Arch. Tisiol 7, 419—31, 1931 (spaniol).

Proba imaginii invertite arată după părerea autorilor că factorul fizic aer nu acționează ca o cauză coadjuvantă în pneumotoraxul electiv. Înainte și după probă s'a obținut un pneumotorax electiv al bazei. Această schimbare a poziției poate fi utilizată pentru vizualizarea aderențelor bazei sau a alterațiilor unghiului cardiofrenic drept, greu de explorat în colapsurile incomplete.

Examenul radiologic în leziunile tuberculoase ale vârfului pulmonar. (El examen radiológico en las lesiones tuberculosas de vertice). De Alsina, Fidel R., y Raúl Lottero Lanari. Arch. Tisiol. 7, 461—466, 1931 (spaniol).

Inspecțiunea clinică și radiologică exactă a vârfului pulmonar este și azi încă importantă pentru diagnosticul leziunilor inițiale (70% localizate aici). Pentru vizualizarea structurilor mai detaliate sunt necesare radiografia împreună cu radiosopia. Cauze de greșeli: Alterațiuni în starea de contracțiune a musculaturii; rotațiunea capului spre o latură; asimetria scheletului toracic, dezvoltarea unilaterală a musculaturii; alterațiunile părților moi; pleuresii apicale și bridele lor; anomaliile bulbului venei azygos și înfârșit faptul că semnul lui *Kreuzfuchs* și-a pierdut valoarea ca simptom diagnostic pentru recunoașterea leziunilor tuberculoase ale vârfului.

Gh. Popoviciu.

CHIRURGIE.

Corpuri stimulante prin injecții intravenoase. De Dr. M. E. Lehman, Dresden. „Der praktische Arzt”, 1931, An. 16, Caiet 21.

Întrebuințarea substanțelor stimulante în injecții sunt privite ca cea mai eficace formă a terapiei stimulante. „Novoprotin, unul din primele preparate stimulante întrebuințate intravenos, are efect specific la ulcerele stomacale și duodenale, la neuroze și spasmi stomacale. Și în multe alte afecțiuni acute locale, de ex. conjunctivita acută, unde are efecte surprinzătoare; apoi este un medicament adjuvant la angine, otite, stomatite și laringite. Doresc să accentuez succesul medicamentului ca adjuvant la adnexită. În nenumărate cazuri a practicei generale am constatat superioritatea acestui medicament, din albuș de ou, față de celelalte preparate întrebuințate intramuscular.”

Dovedim vindecarea unui caz prin 4 radiografii. Doamna M. W., 32 de ani, dgs. la röntgen: Ulcer calos. Pacienta refuză operația. Se dă 3 injecții la săptămână, crescând dela 1/4 până la 1 cm³ Novoprotin

„Roche“ intravenos, în total 30 de injecții în timp de 6 luni. Până acum nu s'a observat recidivă. Starea pacientei este bună. A câștigat în greutate în timpul curei 15 Pf. La începutul curei pacienta avea 78 de Pf. Nu pot decât se recomand Novoprotina în doze de 0.25 până la 1 cm³ intravenos tot la 2 zile, fiind absolut nevătămător în cazuri de inflamații și exudate ca rezorbant.

Nic. Perciun.

OFTALMOLOGIE.

Metode noi în terapeutică oftalmologică. De Dr. I. Bartók. (Magyar Orvos, 1928, No. 7, p. 178.)

După mulți autori Bismutul e mai eficace în terapia maladiilor oculare sifilitice, decât Salvarsanul sau Mercurul. Bismosalvanul și Neobismosalvanul s'au dovedit foarte bune, fenomenele obiective dispar tot așa de repede ca și după Neosalvarsan. Efectul e în special foarte bun în cazuri de retinită centrală și chorioretinită specifică. Bismosalvanul se pot combina cu Neosalvarsanoterapie.

Perciun Nicolae.

PEDIATRIE - PUERICULTURĂ.

Reacția Mantoux neagră și reacție intradermică de alarmă. (Mantoux negra e intradermo-reacción de alarma) de Hansen, Ricardo. Arch. Tisiol. 7, 467-472, 1931.

Limfa lui Koch amestecată cu cărbune nu-și pierde activitatea sa, dovedit de autor atât prin tratamentul astmului, cât și prin reacțiile Pirquet și Mantoux, produse prin ea (așanumita reacție neagră Mantoux, deoarece inflamațiunea locală apare în jurul unui punct negru). Tehnica reacției negre Mantoux este simplă, proba este 100% mai sensibilă ca cea clasică. Soluția neagră conservă la infinit proprietățile tuberculinei, ea nu trebuie deci înnoită, ca la reacția clasică, ceace are o însemnătate practică. Punctul de tatuaj ușurează găsirea locului de injecție, evitându-se confundarea lui cu alte inflamațiuni eventuale. Deoarece reacția, care este mai mult palpabilă, decât vizibilă, apare încet și-și ajunge punctul maximal de intensitate după 72 ore, păstrându-o

pe 20-30 zile, rezultatele nu se pierd nici în cazurile, unde pacientul nu s-a prezentat pentru control la timpul exact. Experimentele pe animale și observațiunile clinice ale autorului, făcute la copii, par a pleda pentru posibilitatea de a se întrebuița reacția neagră ca reacție de alarmă. Punctul negru produs printr'o probă negativă, poate să devie mai târziu pozitiv cu ocazia unei infecții ulterioare tuberculoase, cum par a arăta cercelările autorului, cari au nevoie însă de o confirmare mai largă. În caz de confirmare reacția ar putea să servească la recunoașterea momentană a infecției tuberculoase și la combaterea ei precoce.

Gh. Popoviciu.

STOMATOLOGIE.

Hypoanalgeticum Allonal (Allional) în practica dentistică. De Dr. med. Johannes Meringer, stomatolog Wiens. Zeitschr. f. stomatologie, 1931; an. 29, Caiet 8, pag. 1044-1046.

Administrarea unui bun analgetic înaintea operației este indicată în toate cazurile, indiferent de emotivitatea bolnavului. Prin întrebuițarea unui astfel de medicament, ne putem lipsi chiar de Pantopon sau alte narcoze prelungite.

Vom descrie cerințele unui analgetic ideal. De obicei este necesar a se administra un hipoanalgetic în seara precedată operației pentru a înlătura insomnia, durerile sau enervarea, căci este de nedorit ca pacientul să se prezinte operației nerepausat și epuizat de dureri. Medicamentul trebuie pe lângă efectele hipnotice și analgetice să posede și proprietatea de a fi eliminat rapid din organism. Deoarece pacientul dentistului nu-și întrerupe ocupația trebuie să avem în vedere ca medicamentul să nu aibă efectul prelungit.

„Toate aceste cerințe au fost îndeplinite de Allonal. Una din calitățile lui excepționale este suportabilitatea lui. Experimentându-l timp de 2 ani n'am observat niciodată urmări neplăcute, ceace ne-a făcut să-l întrebuițăm înaintea altor medicamente „Nil nocere“, e cerința clasică. Tableta se înghite cu puțină apă. Efectul apare după 20 de minute, deseori și mai de vreme. Ca sedativ și narcotic este suficient o tabletă, ca analgetic 2-3 tablete. Efectul durează 2-4 ore. Pe baza materiei observat autorul accentuează mai cu seamă efectul analgetic excepțional al durerilor din regiunea trigemenului. Afară de aceasta efectul hipnotic pe cât de puțin se observă ziua pe atât de pronunțat este noaptea.

Nic. Perciun

Sărurile de Bismuth, mai puțin toxice, sunt tot așa de eficace prin
SIFILIS ca și Arsenobenzolele

Intramuschiular
FIOLE DE

IODO-BISMUTHATE de QUININE
FRAISSE

FURNISOR
AL ASISTENȚEI PUBLICE

Formula:
Iodobismuthate de Chinină: 0 gr. 30.
Ulei de Iamă sterilizat: 3 ca.

N. B. - Tratamentul obișnuit 15 fiole, din care una la trei zile.

LABORATOIRES FRAISSE, 8 Rue Jasmin, PARIS (XVI^{ème}) Mostre și literatură.

Reprezentant-Depozitar pentru România: J. DILLAN, 4, Strada Pitar-Moșu. - BUCUREȘTI

GINECOLOGIE.

Calmarea durerilor de naștere cu „Scopan-Sellheim“. De Dr. Neura Curt. Dela Maternitatea Moebit Berlin, secția Ginecologică. Medic-Şef Dr. S. Ioseph. Therapie der Gegenwart, 1931, anul 72, caiet 11, Pag. 502—504.

Deoarece toate metodele de calmarea durerilor de naşteri au dezavantajul de a necesita prezența medicului și afară de aceasta prezintă dificultăți tehnice, autorul ne prezintă cu deosebită satisfacție efectele siropului „Scopan“ conținătorul pantoponului. Acest sirop are avantajul de a putea fi întrebuințat per os și în clientelă particulară, este nepericulos pentru mamă cât și pentru copil. Afară de aceasta poate fi întrebuințat și în timpul perioadei de dilatare, cu atât mai mult cu cât în acest timp femeile se plâng de cele mai mari dureri, mai cu seamă în spate.

„Durerile din perioada de expulzare și mai cu seamă trecerea capului, majoritatea femeilor îl suportă mai ușor“. Pentru a stabili un criteriu al efectului siropului pantopon, s'a observat decursul actului de naștere, dela administrarea medicamentului până la trecerea efectului, deci actul nașterii a fost sub observație medicală dela 1—2 ore.

„Ne conformăm la aplicație după referințele lui Sellheim. Am administrat deci în perioada dilatării $\frac{1}{3}$ adică o linguriță de cafea din sirop, câteodată chiar $\frac{1}{2}$ lingură, în perioada expulzării respectiv la apariția capului în vulvă, o lingură rareori o lingură și jumătate“.

„Medicamentul a fost luat cu plăcere de toate femeile din cauza gustului său plăcut. Efectul a fost acelaș, indiferent dacă îl dădeam femeilor cărora le spuneam acțiunea medicamentului, sau acelor cărora le administram sub aspectul unui lichid indiferent reconfortant, ele neavând astfel teamă de acțiunea medicamentului.“

O deosebire de efect asupra durerilor la primipare sau multipare, nu s'a observat, excluzând bolnavele în timpul gravidității sau în timpul actului de parturiție. Siropul a fost administrat numai acelor femei cari se plâneau de dureri mai mult sau mai puțin suportabile.

Căutând din o sută de cazuri la 1500 de nașteri din anul trecut femeile cari erau într'adevăr încântate de efectul siropului „Scopan“, vom vedea că nu sunt decât 20. Aceste femei n'au avut deloc dureri nici în perioada dilatării nici în perioada expulzării. La acestea se adaugă și acelea cari au dormit adânc în pauzele durerilor. Mai adaugăm acestei grupe încă 20 din femei cari în timpul pauzelor n'au avut deloc dureri în spate. La 20 efectul a fost trecător și neînsemnat, în 40 cazuri siropul scopan n'a avut nici un efect, dat chiar în doze mari. Pentru completare, mai adăugăm cazul unei femei operate cu dureri atroce, la care celelalte hipnotice n'au avut efectul dorit producându-se însă somnul și liniștea necesară prin siropul Scopan.

Rezumăm observațiile: n'are desavantajii nici asupra mamei nici asupra copilului. În 40—50% de cazuri siropul Scopan reușește să calmeze durerile de nașteri în timpul dilatării și a expulzării.

Nic. Perciun

Zece ani de experiențe cu Morfină sau Pantopon și Scopolamină la nașteri. De Beardsley, Graut S., M. D. F. A. C. S., Eugene Oregan, Statele-Unite. The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology, 1931, Vol. 39, No. 1, pag. 25—34.

Autorul garantează nașteri fără durere. El însuși a realizat peste o mie de nașteri prin întrebuințarea morfinei și scopolaminei. Peste un timp de, el înlocuiește morfina prin pantopon „Roche“ (el având efectul mai rapid, cruță centrul respirator). Tehnica autorului este următoarea:

„Tratamentul începe atunci când primul timp al nașterii este în curs, la primipare când se succed durerile la fiecare 5 minute și dilatația este de 2—3 degete, la multipare mai de vreme, atunci când durerile devin insuportabile. Înainte de a se da prima injecție subcutană compusă din $\frac{1}{4}$ până la $\frac{1}{8}$ grain (0.015 gr. până la 0.02 gr.) Pantopon

și $\frac{1}{100}$ grain (0.6 mgr.) Scopolamină, se controlează bătăile cardiace ale fătului“.

La jumătate de ceas după prima injecție se dă a doua injecție, compusă din $\frac{1}{100}$ grain Scopolamină și iarăși controlăm bătăile fetale. La o oră după a doua injecție se dă o a treia injecție $\frac{1}{100}$ grain Scopolamină, având în vedere bătăile cardiace ale fătului. În acelaș timp facem explorarea rectului, apoi se administrează aceeaș doză de Scopolamină la fiecare două ore“.

Înainte autorul a încercat individual se dozeze după intensitatea somnului cantitatea de substanță necesară. I s'a întâmplat însă foarte des ca pacienta să se trezească înainte ca injecția următoare să fi avut efect. La trecerea capului se face o ușoară narcoză generală și aproape la toate primiparele se face o episiotomie medio-laterală, întrebuințând forceps perianal. Imediat ce copilul este născut autorul injectează un preparat hipofizar și $\frac{1}{8}$ grain Pantopon, dacă s'a făcut cele 3 injecții cu Scopolamină. Acest adaus de pantopon are efectul că pacienta mai doarme încă după naștere cel puțin o oră. Placenta se elimină în mai puțin de 10 minute. Copilul respiră imediat după naștere și se simte bine, afară de cazuri când nașterea s'a efectuat la 2 ore după prima injecție de opiacee. O sufocare a copilului după administrarea scopolaminei nu s'a observat, nici chiar în cazul când e administrat de 22 ori a $\frac{1}{100}$ gram scopolamină.

Rezumând autorul spune:

1. Femeia de astăzi prelinde nu numai o naștere fără riscuri, ci și ca nașterea să fie fără dureri, altfel ea va evita graviditatea sau va căuta s'o întrerupă.
2. Morfină-Scopolamină sau mai bine Pantopon-Scopolamină, precis întrebuințat, înlătură spaima durerilor de naștere.
3. În 90% din cazuri primipare și 75% multipare, amnezia este completă.
4. Nașterea nu este prelungită, ci din contră scurtată cu câteva ore.
5. Mortalitatea fetală nu crește.

Nic. Perciun

INFORMAȚIUNI.

Uniunea Internațională contra tuberculozei. A 8-a Conferință a Uniunii Internaționale Contra Tuberculozei se va întruni la Haga dela 6 la 9 Septembrie 1932, sub înaltul patronaj al M. S. Regina Maria a Olandei și sub preșidenția profesorului Nalen; viitor președinte al Uniunii. Ședința de închidere va avea loc la Amsterdam. Discușiunea se va limita la 3 subiecte principale: Chestiune biologică: „Relațiuni între alergie și imunitate“, raportor Prof. Jules Bordet (Bruxelles). Chestiune clinică: „Chyso-terapia“ raportor Prof. Luis Sayé (Barcelona). Chestiune socială: „Asistența post-sanatorială“ raportor Dr. B. H. Vas (Olanda). Zece coraportori, desemnați mai d'înainte după lista prezentată de cele 40 de țări membre ale Uniunii, au fost alăturați pe lângă raportorul principal pentru a deschide discușiunea asupra fiecăruia din chestiunile înscrise la ordinea zilei.

Comitetul de organizare a Conferinței a pregătit un program foarte atrăgător de recepțiuni și excursiuni; aceste din urmă vor dura până la 14 Septembrie și vor face cu-

noscut congresiştilor instituţiunile antituberculoase din Olanda, precum şi localităţile cele mai recunoscute din această frumoasă ţară.

Membrii Uniunii Internaţionale sunt invitaţi la Conferinţă şi sunt scutiţi de orice taxă de înscriere. Sunt rugaţi de a trimite adesiunile lor, fie prin intermediul Guvernului lor sau Asociaţia Naţională, fie direct Comitetului de organizare a Conferinţei la adresa următoare: International Tuberculese Congres 1932. Riouwstraat, 7. La Haye (Pays Bas).

Persoanele care nu sunt membre ale Uniunii şi cari doresc să se înscrie ca membri ai Conferinţei, trebuie să trimită cererile lor, însoţite de o cofizaţie de 15 florini olandezi, numai prin intermediul Societăţii Profilaxia Tuberculozei, 29 str. Biserica Amzei, — Búcareşti.

Congresiştii beneficiază de reduceri la preţuri, la hoteluri.

*

La sediul Redacţiei şi Administraţiei „Revistei Sanitare Militare” din Spitalul Militar „Regina Elisabeta”, din Búcareşti, se află în depozit 500 exemplare din „Cartea de Aur” a ofiţerilor sanitari şi personalului, morţi pentru Patrie în 1916—1920” — de Medicul General Dr. Vicol.

Lucrarea e cuprinsă într'un superb volum de 100 pagini pe hârtie velină şi execuţie artistică tipografică. Conţine foarte numeroase ilustraţiuni, reprezentând diferite episoade sau vederi din timpul războiului şi se expediază doritorilor contra cost de lei 200.

Din fondul ce se va realiza pe această cale, se va întocmi un istoric al Serviciului Sanitar Român în Războiu.

*

Curs de obstetrică şi ginecologie. Mai jos dăm o dare de seamă asupra celui de al VII-lea ciclu de cursuri

libere ţinute la Cluj de Dr. Const. Stanca, docent al Fac. de Medicină din Búcareşti, director şi medic primar la Cluj, în cursul anului şcolar 1931—32.

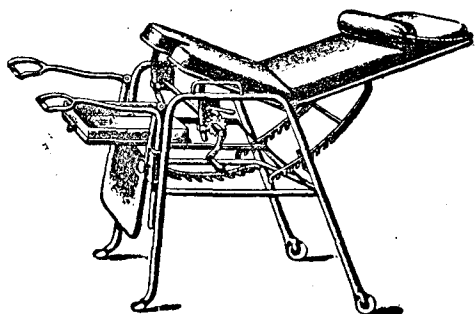
I. Cursuri pentru studenţi în medicină, doctoranzi şi medici.

a) Semestrul I.: *Obstetrică.*

- I. 5 Nov. 1931: Sarcina şi constituţia.
- II. 12 Nov. 1931: Naşterea în bazenul strâmtat. Noţiuni generale.
- III. 19 Nov. 1931: Mecanismul facerii în bazenul gen. strâmtat şi turtit.
- IV. 25 Nov. 1931: Profilaxia şi tratamentul la bazinurile strâmtate.
- V. 2 Dec. 1931: Emoragiile patologice în post-part.

b) Semestrul II.: *Ginecologie.*

- VI. 3 Febr. 1932: Menstruaţia în raport cu constituţia femeii.
- VII. 10 Febr. 1932: Influenţa spermei asupra organismului femeesc.
- VIII. 27 Febr. 1932: Endometrita cervicală şi erozia.
- IX. 2 Martie 1932: Simptomatologia endometritei cervicale, a eroziilor şi a ectropiului.
- X. 9 Martie 1932: Endometrita corpului uterin.
- XI. 16 Martie 1932: Metrita şi perimetrita.
- XII. 23 Martie 1932: Anexitele (Salpingita, ooforita, pyosalinx etc).
- XIII. 30 Martie 1932: Salp. nodoasă, chistele tubo-ovariene, pelviperitonita.
- XIV. 6 Apr. 1932: Simptomatologia anexitelor.
- XV. 13 Apr. 1932: Diagnostic şi diagnostic diferenţial în anexite.
- XVI. 20 Apr. 1932: Prognostic, profilaxie şi tratament în anexite.



INTREPRINDERE DE INSTRUMENTE MEDICALE!

„AESCULAP“

MIHAI MATE, CLUJ, STR. NICOLAE IORGA 2.



INSTALAŢIUNI COMPLETE MEDICALE DE LABORATOR ŞI SPITALE

II. Cursuri pentru moașe.

Incepând cu 15 Oct. 1931 și terminând cu 15 Aprilie 1932 în fiecare 15 a luni, dela 7 la 8 ore seara am ținut următoarele cursuri:

I. 15 Oct. 1931: Diagnosticul bazenurilor strâmtate.

II. 15 Nov. 1931: Perioada placentară și complicațiile ei.

III. 15 Dec. 1931: Infecția puerperală.

IV. 15 Febr. 1932: Tromboza puerperală.

V. 15 Martie 1932: Anomaliile durerilor de facere.

VI. 15 Aprilie 1932: Observațiuni practice din practica obstetricală zilnică.

Cursurile au fost audiate de un număr de 55 studenți, doctoranzi resp. medici.

*

In atențiunea Dilor Colegi! Se găsesc de vânzare la vând. Dr. Emeric Török următoarele aparate și instrumente medicale.

Un aparat modern de Röntgen (Universal Heliodor 150/220 V. cu curent alternativ) cu Bucky Blende.

Un autoclav și Sterilizator 34×55.

Un recto-romanoscop și cystoscop.

Un instrumentar complet de chirurgie-gynecologie, nas-gât urechi și de stomatologie.

Aceste instrumente se vând atât separat cât și toate la un loc.

A se interesa Cluj Str. Barișiu No. 22 la vând. Dr. Emeric Török.

*

Aviz. La revista *Clujul Medical* se pot face traduceri de articole medicale din limba română în cea franceză și germană, din limba germană în cea franceză și din limba maghiară în germană! Prețul e 100 lei pagina scrisă la mașină, plătitibil la preluarea traducerii.

*

Domnii autori sunt rugați și pe calea aceasta cu insistență, să binevoiască a anexa la articolele, cari le trimit spre publicare în „Clujul Medical“, și un scurt rezumat, pe cum este indicat și pe pagina penultimă a copertei la „Note și Informațiuni“. Fără acest rezumat articolele nu vor fi publicate.

Redacția „Clujul Medical“

Phytine

Principiu organic fosforat, extras din semințe vegetale.

RECONSTITUANT și TONIC

de primul rang. Absolut inofensiv. Conține cele 3 elemente indispensabile vitalității organismului și activității sistemului nervos și glandular.

FOSFOR	CALCIUM	MAGNESIUM
22%	12%	1,5%

Tablete, granule, capsule, casete, picături.



SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE.

Monstre și literatură prin: L. BOGOL, BUCUREȘTI IV, Strada Lucaci 74.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UN NOU ALCALOID SINTETIC

PERPARIN

Acțiune antispasmodică de 3 (xxx) ori mai puternică!

Toxicitate de 9 (xxx xxx xxx) ori mai redusă!

EFTIN!

Efect rapid, sigur, de lungă durată!

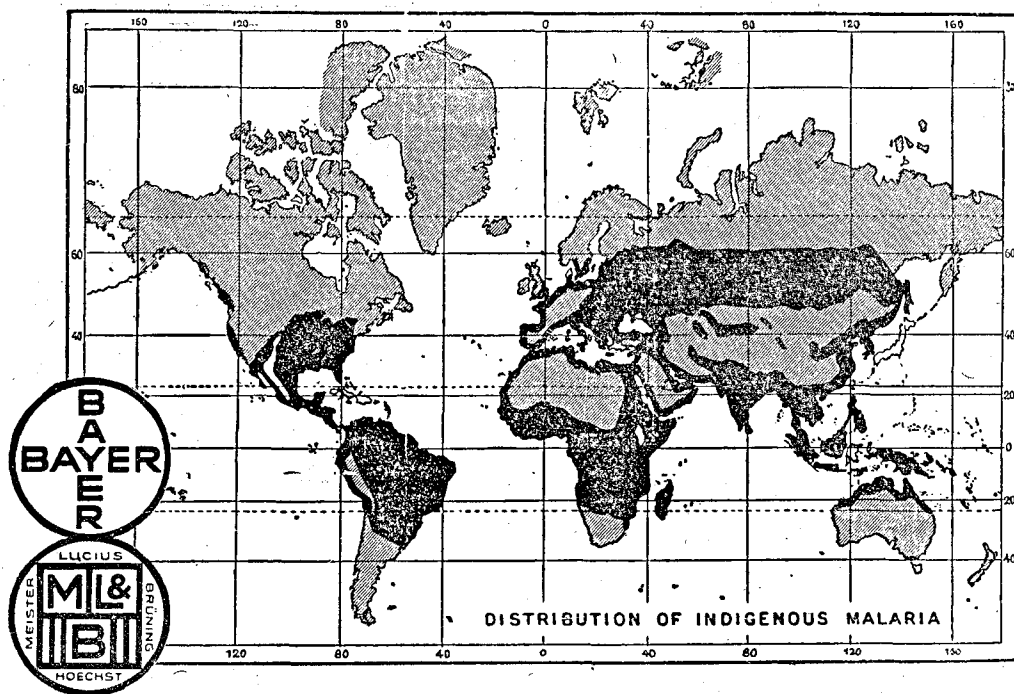
Aceeași acțiune nu se poate obține, decât cu o combinațiune a papaverinei, cu diferite alte antispasmodice.

PULVERE pentru prescripțiuni medicale, cu prețul de taxa 0.10 gr. Lei: 12.-

INJECTIONS: cutia cu 6 fiole Lei: 115.- TABLETE: flac. cu 20 buc. Lei: 80.-

Chinoîn

LITERATURA ȘI MOSTRE LA DISPOZIȚIA DILOR MEDICI PRIN REPREZENTANȚA GENERALĂ
FREDERIC IPODHEIM & C^o BUCUREȘTI 2, B-DUL ELISABETA 55



CHINOPLASMIN

Remediul pentru vindecarea
tuturor formelor paludismului

Cu numărul cel mai redus de recidive.

Cel mai sigur **PROFILACTIC** cu toleranță perfectă
PER OS ȘI IN INECȚII

Ambalaje originale: Tablete: Cutii cu 12 tablete.
Drageuri: Flacon cu 24 Drageuri.
Soluție: Cutii cu 5 fiole de 2 ccm.

Tratament: 3-4 tablete sau 1-2 fiole pe zi, timp de 3 săptămâni.

Profilaxie: 1 tabletă pe zi.

In cazurile de idiosincrasie față de chinină și în febra hemoglobinurică
se întrebuintează Plasmochinul simplu, în tablete sau fiole.

„Bayer-Meister-Lucius“

LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene și literatură gratuit prin reprezentanții generali pentru România:
„Pharma“ Studerus & Co. București II, Strada Spiru Haret 5. Telefon 349/30.