

# CLUJUL MEDICAL

## REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

### CONSIDERAȚIUNI ASUPRA DISTROFIEI CHISTICE ÎN LEGĂTURĂ CU 16 OBSERVAȚII

de  
Prof. Dr. I. IACOBVICI și Dr. ȘT. JIANU

Maladia lui *Engel-Recklinghausen* cunoscută sub numele de osteodistrofia fibro-chistică, s'a bucurat de o deosebită considerație în literatura medicală.

Acum câteva decenii confuzia frecventă a acestei afecțiuni benigne cu sarcomele osoase a făcut să apară statistici favorabile asupra tratamentului chirurgical mai puțin mutilant al tumorilor maligne, pe când în realitate rezultatele bune erau explicate prin obișnuita benignitate a distrofiei chistice.

În primele timpuri maladia a fost deseori confundată cu afecțiunile malacice ale oaselor. Autorii, cari au descris înaintea lui *Recklinghausen* cazuri de distrofie chistică, n'au bănuț că au de aface cu o nouă maladie și de cele mai multe ori s'a vorbit în astfel de cazuri de osteomalacia oaselor cu formațiuni chistice. La indivizii tineri distrofia chistică s'a confundat mai des cu rachitismul și uneori cu tuberculoza și sifilisul.

*Froiep* a semnalat cel dintâi în 1842 această maladie. Există o descripție mai detaliată a acestei afecțiuni făcută mai târziu de *Engel* care a numit această boală deformare chistică generalizată a scheletului; totuși și după această observație se descriu cazuri (*von Langendorff și Mommsen, Hirschberg, etc.*) drept osteomalacie. Numai după descrierea lui *Recklinghausen* afecțiunea începe să fie considerată ca o boală aparte. Observația lui *Recklinghausen* datează din 1891 și se poate spune că este cea dintâi observație completă asupra acestei boale. Bazându-se pe cercetări personale *Recklinghausen* a fixat până la un punct tabloul clinic al afecțiunii și a emis în același timp păreri asupra etiologiei. Dela această dată cazurile se înmulțesc, iar în era radiologică grație examenului radiologic sunt depistate în scurt timp noi observații.

Afecțiunea a căpătat în timpul din urmă o importanță deosebită grație aspectului ei clinic și radiologic, cât și faptului că explicarea producerii acestei maladii a pus în discuție numeroase probleme de patologie osoasă.

Distrofia fibro-chistică este caracterizată printr'o fibroză generalizată a măduvei osoase, prin pseudo-chiste și tumori multiple la nivelul oaselor. Există o formă solitară în care

procesul este localizat la un singur os și care prezintă asemănare foarte mare cu chistele osoase și tumorile cu mieloplaxă, formațiuni care de altfel se confundă cu distrofia chistică solitară.

Izolarea osteo-distrofiei chistice ca maladie aparte este totuși și astăzi contestată de unii autori. Astfel, *Looser* susține că această izolare nu e justificată deoarece elementul fundamental al afecțiunii transformarea fibroasă a măduvei, nu aparține exclusiv acestei afecțiuni. Ea s'a găsit în maladia lui *Paget*, în leontiaza osoasă etc. „Ostitis fibroasă” trebuie să aibă un înțeles general ca și cuvântul dermatitis. (*Looser*). *Léri* consideră deasemenea procesul de fibroză medulară ca o ciroză osoasă datorită cauzelor multiple: osteite cronice, rachitism și osteomalacie în perioada tardivă. El admite însă afecțiunea lui *Recklinghausen* ca o boală aparte care se deosebește clinic de leontiaza osoasă și maladia lui *Paget*, prezentând ca elemente anatomice distinctive formațiile chistice.

*Looser* consideră chistele osoase și tumorile cu celule gigante ca elemente independente, care se întâlnesc la indivizii tineri și la adulți care n'au alte afecțiuni ale sistemului osos; numai când se găsesc la adulți cu boli de sistem (osteomalacie, osteoporoză etc.) constituiesc în acest caz ceea ce descriu autorii ceilalți sub numele de maladia lui *Recklinghausen*. *Kienböck* interpretează maladia lui *Recklinghausen* ca o entitate bine definită, caracterizată printr'o fibroză a măduvei osoase cu modificări în schelet, constând din tumori cu mieloplaxă (*Dupuytren'sche Tumoren*), chiste osoase expansive (*Nelaton'sche Zisten*) și afară de aceasta distrofia juvenilă a lui *Mikulicz*. În transformarea generalizată a măduvei, descrie boala lui *Dupuytren-Nelaton*, caracterizată prin asociere de chiste osoase și tumori cu mieloplaxă și înfârșit, procesul cu totul generalizat care formează după el maladia lui *Recklinghausen*.

Școala franceză admite în cadrul aceste distrofii chistele osoase esențiale ale vârstei tinere, formații solitare care au la bază aceleași modificări histologice și care de altfel corespund capitoului descris de *Looser* sub numele de chiste osoase ale vârstei tinere. Trebuie să remarcăm că deși după cum spuneam mai sus, se interpretează din cauza caracterelor comune, chistele și tumorile cu celule gigante ca forme solitare ale distrofiei chistice, există forme localizate ale acestei afecțiuni, care prezintă caractere radiologice cu totul identice cu forma generalizată încât în

cadru unei clasificări poate figura ca o formă localizată cu totul tipică.

**Etiologie, patogenie.** Deasemeni în ceea ce privește explicarea acestei afecțiuni nu există o părere unitară. Sunt autori care încredințază sifilisul drept agent cauzal, bazându-se pe observații în care reacția Wassermann era pozitivă. Astfel de cazuri au fost publicate de *Léri, Bérrard etc. Röederer* în 1923 a susținut în etiologia chistelor osoase multialveolare sifilisul. Din 16 cazuri personale noi n'am întâlnit decât într'un singur caz<sup>1)</sup> dar și în această singură observație reacția pozitivă a fost la limită și tratamentul antisifilic nu ne-a dat nici un rezultat, vindecarea obținându-se numai prin operație.

Imaginea chistică — radiologic vorbind — poate fi realizată de afecțiuni diferite și deseori sifilisul poate fi cauza; este deci absolut necesar de a diferenția distrofia chistică esențială de aceste aspecte pentru a putea face un just tratament cauzal.

S'au descris drept osteită chistică localizată, formațiuni cu totul asemănătoare cu distrofia chistică la bolnavi cari prezentau manifestări bacilare înafara sistemului osos. Într'un caz noi am constatat la un bolnav în vârstă de 50 de ani, cu tuberculoză pulmonară o imagine chistică la nivelul extremității superioare a femurului care producea dureri și jenă în mers. Această formație a apărut în mod insidios fără a fi legată de vre-un traumatism sau vre-o afecțiune febrilă anterioară. Coexistența acestui proces osos cu tuberculoza pulmonară nu trebuie privită ca o simplă coincidență căci origina sa este legată de aceea a procesului pulmonar. Formații chistice osoase de natură bacilară au fost întâlnite pe masa de operație în câteva cazuri, iar natura lor tuberculoasă a apărut ca o surpriză operatorie, deoarece diagnosticul clinic a fost de chist osos esențial. Benignitatea acestei tuberculoze osoase, asemănătoare cu cea a distrofiei chistice obișnuite, a fost explicată prin existența unor microbi mai puțin virulenți. Formațiile chistice bacilare solitare, se deosebesc prin dimensiunile lor de formele fibro-chistice ale tuberculozei osoase, forme descrise de *Jüngling, Kienböck, Sauer* și întâlnite de noi în clinică<sup>2)</sup> la bolnavi cu tuberculoza altor organe. La aceasta din urmă focarele sunt multiple, micro-chistice și au o evoluție clinică deosebită.

Există deci o osteită tuberculoasă chistică cu o evoluție benignă și care se prezintă ca un pseudochist osos obișnuit și atunci când nu apare la un individ cu o tuberculoză manifestă a altor organe este de obicei confundată cu distrofia chistică obișnuită.

Cei mai mulți autori acordă o importanță deosebită glandelor cu secreție internă în etiologia acestor afecțiuni. Deși nu se poate susține în mod categoric acțiunea factorului endocrin în toate cazurile de distrofie chistică, sunt însă observații în care legătura între glandele cu secreție internă și maladia lui Recklinghausen este cu totul evidentă.

Influența glandelor cu secreție internă asupra sistemului osos este de mult cunoscută. Se cunoaște rolul pe care-l are ovarul în forma puerperală a osteomalaciei, se cunosc deasemeni tulburările care au loc la nivelul sistemului osos și la indivizii castrați în finerețe. Leziuni asemănătoare distrofiei chistice s'au găsit în unele cazuri de mixoedem; însăfârșit acromegalia constituie exemplul cel mai demonstrativ al acțiunii factorului endocrin asupra sistemului osos.

În timpul din urmă s'a dat o deosebită importanță paratiroidelor. Rolul acestor glande în metabolismul calciului a făcut ca diferite maladii osoase să fie considerate ca expresia alterațiilor paratiroidiene. *Askanasi și Erdheim* au fost primii cari au semnalat existența alterațiilor paratiroidiene în diferite osteopatii. *Hoffheintz* publică o statistică de 45 hipertrofii și tumori paratiroidiene gășind în 60% din aceste cazuri maladii cari interesau scheletul; 17 din aceste cazuri prezentau leziuni de distrofie chistică. În diferite autopsii făcute în distrofia chistică generalizată s'au pus în evidență tumori paratiroidiene asociate uneori de hiperplazia altor glande cu secreție internă. Aceste alterații au fost semnalate în urmă de numeroși cercetători.

*Schlagenhauser* în 1915 prezentând la societatea de medicină din Viena un caz de tumoră paratiroidiană bilaterală cu leziuni de distrofie fibro-chistică preconizează primadată, ablația paratiroidelor pentru vindecarea distrofiei chistice. Cu toate acestea ablația paratiroidelor în distrofia chistică nu s'a făcut decât după ce se încercase o operație cu totul opusă, transplantarea paratiroidelor. Aceste operații au fost încercate în afecțiunile osoase de diferiți autori și noi deasemeni<sup>1)</sup> am practicat-o.

Prima paratiroidectomie în distrofia fibro-chistică a fost practică de *Mandl* obținând imediat după operație o revenire la normal a calciului din urină și sânge, observând totdeodată o regresie pronunțată a procesului morbid. Dela această dată extirparea paratiroidelor a intrat în literatură și s'au semnalat noi cazuri cu rezultate satisfăcătoare.

În majoritatea cazurilor grave de osteodistrofie fibro-chistică paratiroidale sunt adevărata cauză; cu toate acestea nu este un acord deplin dacă este vorba de o hiper sau hipofuncție paratiroidiană în maladia lui Recklinghausen.

<sup>1)</sup> Prof. Dr. I. Iacobovici: Osteita fibro-chistică. Com. Soc. Șt. med. Cluj, 1924.

<sup>2)</sup> Prof. Dr. I. Iacobovici și Dr. Șt. Jianu: Considerații asupra unui caz de tuberculoză fibro-chistică a genunchiului. Rev. Șt. med. No. 2, 1932.

<sup>1)</sup> Prof. I. Iacobovici, Doc. G. Popovici: Osteogeneză imperfectă. Rev. Șt. Med. No. 1, 1927.

Prof. I. Iacobovici, Doc. G. Popovici: Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ostéomalacie. „Acta medica latina”. 1928.

Erdheim susținea că distrofia fibro-chistică este datorită unui sindrom hipo-parafiroidian, adenomul apărând în mod secundar ca o hiperplazie compensatorie. Cercetările din ultimul timp pun însă pe primul plan hiper-parafiroidismul, deoarece adenomul parafiroidian este în majoritatea cazurilor unilateral, iar experiențele pe animale cu extract parafiroidian au produs aceleași modificări în metabolismul calciului ca în maladia lui Recklinghausen. Astfel *Dubois* și *Aub* într'un caz de distrofie chistică generalizată găsesc o eliminare de calciu și fosfor exactă cu aceia obținută la un individ normal căruia i se administrează zilnic 100 unități hormon parafiroidian.

Sindromul hiper-parafiroidian este caracterizat printr'o mărire a calciului și o scădere a fosforului în serul sanguin, printr'o exagerare a eliminării calciului prin urină, prin rarefierea oaselor, prin apariția de chiste și tumori osoase multiple și înfârșit printr'o hipotonie musculară. *Donald Hunter* spune că scăderea calciului în oase e datorită unei rezorbții lacunare; această rezorbție e difuză și e urmată de formare locală de os nou. În starea actuală distrofia chistică generalizată apare ca un efect al hiper-parafiroidismului. Lipsa adenomului parafiroidian întâlnește în unele cazuri și prezența de alterații a altor glande cu secreție internă nu contrazic rolul parafiroidelor, care s'ar găsi într'un dezechilibru funcțional prin acțiunea viciată a celorlalte glande. Ar fi în aceste cazuri vorba de perturbări pluriglandulare în sensul vederii lui *Lotsch*, care susține că e suficient ca funcțiunea unei singure glande să fie alterată ca întreg sistemul glandular să fie deranjat.

În formele localizate rolul glandelor cu secreție internă nu poate fi invocat. În cele 15 observații ale noastre, în nici unul din cazuri n'am găsit în afară de osteopatie nici o altă leziune. În două cazuri dozând calciul și făcând metabolismul bazal, n'am obținut valori depărtate de normal. Dealtfel cercetările de laborator făcute de diferiți autori au arătat că metabolismul calciului și fosforului nu este modificat decât în formele generalizate.

O explicație microbiană deasemenea credem că nu poate fi invocată deoarece excluzând cazurile în care sifilisul și tuberculoza realizează acest tablou și care propriu zis nu intră în cadrul acestor distrofii, s'au izolat microbi în cazuri cu totul rari, încât s'a pus în discuție dacă acești microbi nu sunt datorii unor infecții secundare. E probabil că unele din aceste cazuri n'au fost în realitate decât abcese osoase pe cale de aseptizare; se știe că nu toate abcesele osoase duc la supurare o parte din ele, evoluiază spre o sterilizare a conținutului. Nici una din observațiile noastre n'a avut o evoluție febrilă.

Importanță cu mult mai mare în etiologia distrofiei fibrochistice solitare trebuie să se dea traumatismului.

Dupăcum forma generalizată e legată de alterațiile parafiroidelor forma solitară e legată de traumatisme locale.

Din 15 cazuri noi am constatat în 14 observații existența unui traumatism în antecedente. Excluzând observațiile de fracturi patologice produse de un traumatism mic, care indică deja existența afecțiunii în timpul traumatismului sunt cazuri, în care găsim că traumatismul a avut un rol hotărâtor. Astfel un bolnav observat de noi e lovit cu o grindă de fier la nivelul mâinei. Lovitura a fost puternică, n'a produs fractură, dar după o lună s'a dezvoltat o osteo-fibroză pronunțată la nivelul unui metacarpian. Într'un alt caz de distrofie chistică a umerusului cu fractură în această regiune, radiografiile comparative făcute la intervale de o săptămână diferau între ele, deoarece procesul continuând să evolueze chiar după producerea fracturii osul a crescut în diametrul transversal, geodele devenind din ce în ce mai mari. În altă observație am constatat că independent de traumatismul care a produs fractura patologică, există un al doilea traumatism care cu 5 ani înainte nu produsese decât fenomene locale de scurtă durată; totuși după acest prim traumatism bolnavul avea dureri surde în acest braț la intervale foarte variabile. Din acelaș punct de vedere credem interesantă și observația următoare: o fetiță în vârstă de 9 ani care nu prezintă în antecedente nimic ce ar putea să aibă legătură cu afecțiunea prezentă se lovește puternic în urma unei căderi, la extremitatea supero-externă a gambei producându-și o plagă contuză care s'a vindecat în bune condiții. Dela traumatism regiunea începe să se tumefieze treptat în mod continuu, așa că după 1 an gamba ajunge la un volum dublu celui normal: la operație s'a constatat o formație polichistică a peroneului cu conținut hemoragic.

Observațiile noastre confirmă părerea lui *Looser* care susține că pseudo-chistele osoase sunt formații locale datorite hemoragiilor în oase. Hemoragia ar da prin iritație un exudat seros, tensiunea intra-osoasă se mărește prin jenă circulatorie și printr'un proces de rezorbție locală se ajunge la aceste formații chistice. Această părere e confirmată și de frecvența mai mare a formațiilor chistice la indivizii mai fineri, la cari elasticitatea oaselor permite mai ușor ca la adulți realizarea unei hemoragii intra-osoase. Înfârșit conținutul hemoragic întâlnit în aceste afecțiuni este un argument în plus.

Astăzi este cunoscut că traumatismul are un rol efectiv asupra osului, hiperemia posttraumatică are ca urmare un proces de rarefiere pronunțat. Cercetările lui *Leriche* și *Policard* au arătat mecanismul intim al osteogenezei, modificând întru totul cunoștințele noastre și felul de a interpreta diferitele maladi ale sistemului osos. Plecând dela constatarea că în sânge și celule, calciul este fix, pe când în țesuturi variază, ei au stabilit, că sistemul osos este rezerva minerală a organismului din care acesta își

ia substanțele minerale, ori de câte ori are nevoie, prin intermediul aparatului circulator. Vasodilatația este după ei mecanismul fiziologic întrebunțat de organism ori de câte ori are nevoie de calciu; malădiile generale sau locale cari produc vasodilatație activă produc decalcificări în țesutul osos. Deși traumatismul are o explicație experimentală în ceea ce privește acțiunea sa, totuși rămân încă puncte de întrebare după Leriche în etiologia acestei afecțiuni; „există la baza acestor sindrome un factor vasodilatator care face să se producă o rezorbție osoasă. De ce însă acest țesut conjunctiv rămas după eliberarea calciului nu se osifică; ci din contră are tendință să se generalizeze? În acest sens trebuie aprofundată problema și aceasta ne duce la o chestiune humorală și constituțională acționând după traumatism sau determinată de acesta“.

Observațiile noastre cuprind un număr de 16 cazuri dintre care 15 forme solitare și o formă în care procesul era extins în întreg membrul inferior drept. Această ultimă observație prezintă leziuni predominante pagetoide, care dau, credem, o valoare mai mare acestui caz întrucât coexistența acestor două afecțiuni înrudite este foarte rară. Din cazurile noastre de mai sus se verifică încă o dată că forma solitară a distrofiei chistice este mult mai frecventă decât forma generalizată.

Forma solitară are predilecție ca sediu pentru extremitățile oaselor lungi. Numai în două observații noi am găsit o localizare pur diafizară și în ambele cazuri procesul interesa diafiza umerusului. Acesta este de altfel osul cel mai frecventat afectat. Repartizând pe oase localizarea procesului, constatăm că umerusul a fost interesat în 5 cazuri, femurul în 4, fibia în 2, mâna de 2 ori, peroneul și calcaneul în câte un caz.

*Simptomatologia.* Semnele clinice sunt variate și depind de mai mulți factori, în primul rând joacă rol existința procesului. Există deci o deosebire profundă și în ceea ce privește simptomatologia între forma generalizată și forma solitară. În forma solitară distingem trei aspecte principale: o formă frustă, o formă care se prezintă sub aspectul unei fracturi patologice și o formă pseudo-tumorală.

Simptomatologia este foarte discretă în forma frustă. Durerea este simptomul principal și uneori singurul; ea are intensitate variabilă, de cele mai multe ori fiind o durere surdă care durează de timp îndelungat, apărând la intervale mai mult sau mai puțin depărtate. În mod obișnuit însă durerea este mică, neglijabilă și poate lipsi cu totul. Lipsește deasemenea tumefierea regiunii și orice alt simptom, încât această formă este diagnosticată, numai dacă se produce o fractură la acest nivel, prin examenul radiologic.

Din 15 cazuri localizate pe care le-am observat noi, am pus diagnosticul prin Röntgen în 5 cazuri după pro-

ducerea fracturii patologice; în alte patru cazuri diagnosticul clinic a fost foarte variat: fractură, tuberculoză, periostită, etc.; diagnosticul a fost stabilit tot prin examenul radiologic.

Simptomatologia fracturilor dela nivelul zonelor chistice prezintă unele particularități cari sunt comune dealtfel celor mai multe fracturi patologice. Astfel în majoritatea cazurilor aceste fracturi evoluiază fără durere sau cu fenomene dureroase puțin exprimate încât suntem surprinși că deplasările în timpul examinărilor membrilor afectate se fac cu destulă ușurință. Din acest punct de vedere constatăm la bolnavii noștri că în primele 24 de ore durerea a lipsit, iar dacă a apărut, a fost redusă și provocată numai de mișcări violente. Este probabil, că acest fapt se datorește deplasării mici a fragmentelor, pe de o parte din cauza traumatismului mic necesar producerii acestor fracturi, iar pe de altă parte din cauza constituției fibroase a osului care opune rezistență la deplasare. Crepitații osoase se întâlnesc foarte rar, zgomotele având o intensitate foarte mică din cauza aceleiași constituții fibroase. Echimoze și sufuziuni sanghine am observat numai într'un caz în care procesul interesa pe o distanță destul de mare diafiza humerală.

Impotența funcțională a acestor fracturi din cauza deplasării mici a fragmentelor este cu mult mai mică ca în fracturile pur traumatice, ea fiind dealtfel influențată și de fenomenele dureroase.

În forma pseudo-tumorală prezența unei tumori cu anumite caractere permite uneori punerea diagnosticului pe baza semnelor clinice. Tumora are sediul metafizar, este bine delimitată, ea face corp cu osul și respectă părțile moi. Circulația colaterală și mărirea ganglionilor regionali lipsește. Un semn caracteristic în tumorile înrudite cu această formă de distrofie chistică este consistența lor dură, elastică iar în unele cazuri prin palpare putem pune în evidență crepitații pergamentoase. Mai rar tumora nu prezintă o consistență uniformă fiind formată din porțiuni dure care alternează cu părți moi fluctuente cum am găsit într'una din observațiile noastre.

Simptomatologia în forma generalizată are un tablou mai dramatic. Procesul generalizat de transformare fibroasă a măduvei osoase are drept consecință o diminuare a rezistenței scheletului cu atât mai mult cu cât fibrozarea este întovărășită de o intensă decalcificare a scheletului. Din cauza aceasta oasele devin poroase, corticala se subțiază, iar în oase se produc distrucții mai mult sau mai puțin intense. Scheletul va suferi modificări, greutatea corpului va produce îndoiri osteomalacice și fracturi patologice. Până la apariția acestor complicații simptomatologia este discretă; la debutul insidios cu dureri în schelet, dureri de obicei puțin pronunțate, se adaugă o evoluție uneori de câțiva ani în care afecțiunea nu e depistată dacă nu există

# 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. Se va lua mai bine zdrobită în puțin lichid.*



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

Reprezentanță Generală și Depozit: M. TATARSKY, BUCUREȘTI,

STRADA ISVOR 43, SECTORUL VI.



PURITATE, ACTIVITATE ȘI STABILITATE

# INSULIN 'A.B.'



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: 5 cmc. (100 unit. sau 10 doze)	40 unități per cmc. în flacoane conținând 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-lor 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



# COMPRETEN • AMPHIOLLEN

„Amphiolen“

## Astonin

(Injecțiuni strichno-fosfor-arsenicale)



ASTONIN  
Natr. Glycerinophosphoric . . . . . 0.1  
Natr. monomethylarsenic . . . . . 0.05  
Strychnin. nitric . . . . . 0.0005

ASTONIN „Forte“:  
Natr. Glycerinophosphoric . . . . . 0.1  
Natr. monomethylarsenic . . . . . 0.075  
Strychnin. nitric . . . . . 0.00075

### Tonic puternic

în și după maladii extenuante, nevralgii, tabes, inaniziune.

Cuții cu 10 „Amphiolen“ A. sau A. „forte“.  
Ambalaj pentru spitale cu 100 „Amphiolen“.

Un tratament = 20 injecțiuni: fie la două zile o injecție sau în fiecare zi, cu pauză de 8-10 zile după injecția 10-a; sau dacă se întrebuințează în același timp ambele concentrațiuni: la început 5-6 „Amphiolen“ A. apoi cea. 10 „Amphiolen“ A. „Forte“ și la sfârșit iarăși 5-6 „Amphiolen“ A. cu intervale de 2-3 zile.

Reprezentanța generală pentru România:

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

formațiuni tumorale care să producă modificări vizibile. Când au survenit complicațiile tabloul este dramatic: durerile consecutive îndoirilor și mai ales fracturilor complete sau incomplete sunt violente. Sunt cazuri grave prin multiplicitatea fracturilor și prin sediul fracturilor (basin, fracturi ale coloanei vertebrale cu paraplegii etc.) în cât bolnavii sunt condamnați la pat. Durerile sunt atroce, debilitatea este extremă, cele mai mici mișcări provoacă dureri și riscă a produce noi fracturi. Alteori se întâlnește o lipsă aproape completă a durerilor, tabloul clinic fiind dominat de prezența tumorilor și tendința scheletului la fracturi. Aceste cazuri grave coincid cu tulburări pronunțate de metabolism și în special în metabolismul calciului. Hipercalcemia și hipercalciuria ajung uneori la valori duble normalului. Urina în aceste cazuri prezintă schimbări în aspectul microscopic devenind turbure, lăptoasă.

Arterioscleroza a fost foarte des întâlnită în maladia lui Recklinghausen și e pusă pe socoteala tulburărilor metabolismului calciului. Formarea de calculi, rinichi, vezica biliară, vezica urinară, complică frecvent această boală; pe de altă parte în diferite organe se pot găsi concremente calcare a căror prezență este explicată prin procesul general de mobilizare al calciului.

Între forma generalizată și forma solitară se găsesc forme intermediare, localizări numai la cap — în care predomină mărirea dimensiunilor craniului — localizări la trunchi, localizări la membre, etc.

În observația noastră procesul era extins în membrul inferior stâng, constatându-se în același timp leziuni predominante de osteită deformantă Paget. Bolnava este în vârstă de 30 ani, căsătorită. Antecedentele heredocolaterale sunt fără importanță. Menstruată la 13 ani. Epocile s'au succedat regulat fără nici o tulburare. La această dată a avut o fractură a gambei drepte. Neagă sifilisul și tucerculoza. N'a avut nici un avort, are un copil sănătos.

Are dureri la nivelul membrului inferior drept de 2—3 ani; în ultimile 6 luni durerile s'au accentuat; ele erau localizate la început numai la nivelul coapsei, sau generalizat apoi în tot membrul inferior drept și s'au exacerbat. Mersul este jenat deoarece membrul inf. stâng este mai scurt cu 10 cm.; în special primii pași sunt mai dureroși.

Bolnava este afebrilă și nu prezintă nimic patologic din partea celorlalte organe. La inspecția membrului inf. drept se observă un genu recurbat destul de accentuat. Tegumentele prezintă o serie de tumorete cu aspect angiomasos diseminată pe plantă, dosul piciorului, gambă și coapsă; ele au în general dimensiuni mici dela  $\frac{1}{2}$ —2 cm. Aceleași tumorete se constată la nivelul membrului superior drept însă în număr mai mic. La nivelul gambei se palpează proeminențe exostoizice în partea inferioară a

fibiei și peroneului; membrul nu prezintă puncte osoase sensibile, articulațiile sunt libere. Scurtarea de 10 cm. pe care o are membrul inferior interesează atât gamba cât și coapsa; ea explică tulburările în mers ale bolnavei. Radiografic se constată o porozitate difuză, generalizată la oasele membrului inferior drept, interesând îndeosebi femurul care este îndoit — descriind o curbă cu concavitatea înlăuntru — din cauza unei vechi fracturi patologice în  $\frac{1}{3}$  inferioară. Între cele două trochantere se observă o formație fibro-chistică care face ca osul să bombeze ușor la acest nivel; în rest femurul prezintă împrăștiate chiste de câțiva milimetri diametru. La partea inferioară și posterioară a femurului se constată o exostoiză poroasă din cauza aceluiași mici chiste cari brăzdează suprafața sa. Tibia în  $\frac{1}{3}$  superioară este umflată uniform prezentând urmele unei fracturi patologice vindecate. Tuberozitatea externă fără a fi mărită prezintă la distanțe variabile chiste de dimensiuni milimetrice și o accentuare a trabeculilor fibroase. În partea inferioară a osului se constată o accentuare și mai mare a trabeculilor care realizează în mod evident tabloul radiologic al maladii lui Paget. La nivelul calcaneului și mai puțin la nivelul astragalului se constată aceleași mici formațiuni chistice în număr mult mai redus.

Tabloul sanghin și timpul de coagulare sunt normale. Reacția Wassermann este negativă. Calciul în sânge este 11 mgr.; metabolismul bazal + 14.

Examenul histologic făcut de dl Prof. T. Vasiliu arată la suprafața secțiunilor, periost foarte îngroșat care emite în profunzime un trabecul de țesut conjunctiv cu capilare și elemente medulare între care osteoclaști și osteoblaști; osteoblaștii mărginesc trabeculi osoși compacți calcificați; se văd și trabeculi osteoizi fără impregnări calcare (osteoliză). În profunzime se văd și noduli formați din celule conjunctive fine, unele stelate (formații de cartilaj tânăr) înconjurate de zone de osificare incomplete. Este vorba de un proces patologic de osteogeneză mai cu seamă osteogeneză în țesutul conjunctiv periostal; hemoragii și osteoliză.

*Diagnostic.* Se bazează în primul rând pe examenul radiologic și de multe ori fixarea diagnosticului cere cunoașterea precisă a anumitor detalii pe care le prezintă imaginea radiografică. Aceste motive ne determină să facem o descriere mai amănunțită a tabloului radiologic folosindu-ne de observațiile numeroase pe care le-am avut.

Distincția făcută de unii autori de imagini produse de chiste osoase; de osteita fibro-chistică, de tumorile cu mieloplaxă o vom păstra, deoarece corespunde la tablouri radiologice și noțiuni clinice întrucâtva deosebite. Vom adăuga la această împărțire și noțiunea mai generală de imagine cu caracter chistic deoarece această imagine poate fi dată de afecțiuni foarte variate. Remarca care s'a făcut,

că dificultatea diagnosticului radiologic al afecțiunilor osoase constă în faptul, că osul reacționează prin tablouri apropiate în procese diferite ca etiologie, poate fi foarte ușor demonstrată prin aceste imagini chistice, pe care noi le-am întâlnit în afecțiuni foarte diferite: tuberculoză osoasă, granulome dentare, adamanfinome, metastaze osoase etc.

Chistele osoase propriu zise apar ca o zonă transparentă, luminoasă, situată în general la nivelul metafizelor; mult mai rar sunt localizate în epifize, se opresc întotdeauna la distanță de cartilajul de conjugare. Imaginea contrastează cu țesutul sănătos din jur și sunt bine delimitate prin o corticală mai mult sau mai puțin subțire, după mărimea chistului. Acest lucru trebuie reținut. Când procesul evoluează spre vindecare periferia este mai condensată iar transparența chistului din cauza procesului de regenerare diminuează. Suprafața este în general omogenă sau prezintă o trabeculație foarte discretă. Imaginea sunt unice, solitare și când au dimensiuni mari produc modificări în forma și volumul osului. Creșterea procesului se face printr-o dezvoltare centrală în toate direcțiile, iar metafiza în chistele voluminoase apare mai umflată realizând aspectul osului în potir. Îndeosebi tumorile cu mieloplaxă produc acest tablou datorită situației lor juxta-articulare și tendinței lor la creștere pronunțată. Această situație în imediata vecinătate a articulației formează unul din caracterele distinctive ale acestor formații și permite cu multă probabilitate stabilirea unui diagnostic diferențial. Ca și în chistele osoase procesul este delimitat de țesutul osos din jur de care contrastează prin decalcificarea dela nivelul său. Corticala este subțiată grosimea ei fiind în legătură cu dezvoltarea tumorii, ea ajunge în unele cazuri la grosimea unei foițe de țigară. Integritatea corticalei este însă păstrată, numai în dezvoltările excesive se văd soluții de continuitate datorită creșterii pronunțate; lipsește însă distrucția și tendința la invadare a porțiilor moi ca în procesele maligne. Aceste formații pot ocupa în întregime o extremitate a osului dezvoltându-se simetric în toate direcțiile, sau sunt situate lateral și se dezvoltă numai într-o direcție.

Ceia ce caracterizează aspectul radiologic al acestor procese este trabeculizația extremă pe care o prezintă imaginea; suprafața arată numeroase trabecule osoase care se încrucișează în toate direcțiile, dând naștere la alveole de dimensiuni variabile. Aceste imagini au fost comparate cu bulele de săpun sau cu fagurele de miere. În stadiile avansate trabeculizația poate fi complet înlocuită într-o masă omogenă de culoare cenușie transparentă, iar la periferia corticală este atât de subțiată încât abia e perceptibilă. Această schimbare se produce când tumora are tendință la creștere pronunțată în timp scurt. Într-una din observațiile noastre aceste modificări s-au produs în mai puțin de trei luni; caracterele generale ale imaginii au fost ale unei tumori chistice, mărimea tumorii și situația

ei în apropierea articulației a permis stabilirea diagnosticului.

Distrofia fibro-chistică sau fibroasă după caracterul predominant al imaginii, prezintă caractere intermediare între cele 2 aspecte mai sus descrise: Când predomină trabeculizația aspectul se apropie mai mult de noțiunea fibroasă, iar când predomină cavitățile chistice caracterul fibros trece pe al doilea plan, fiind reprezentat numai prin trabecule discrete.

În distrofia chistică propriu zisă procesul este mai generalizat, mai difuz decât în chistele osoase; trabeculizația nu este așa discretă dar nici așa de pronunțată ca în tumorile cu mieloplaxă; și aici găsim o demarcare a zonei afectate de țesutul sănătos din jur, regiunea bolnavă apărând ca o zonă clară ce contrastează cu țesutul sănătos. Corticala și aici este păstrată fiind subțiată mai mult sau mai puțin după creșterea procesului. Cavitatarea este mărită și când această mărire este pronunțată realizează aspectul de „os soufflé”; când procesul este difuz și localizat în diafiză întâlnim pe lângă subțierea corticalei și mărirea medulei, geode multiple rotunde ovalare bine delimitate, care ocupă întinderi mari din diafiză, justificând numirea dată de unii autori în astfel de cazuri de osteită fibro-geodică.

În rezumat, toate cele 3 imagini, mai sus descrise prezintă puncte de asemănare care se pot rezuma în: prezența unei zone luminoase bine delimitată, subțierea dar păstrarea corticalei; umflarea osului prin dezvoltarea procesului. La aceste puncte comune se adaugă însă caractere distinctive care dau nota caracteristică fiecăreia: astfel chistele prezintă în plus o formă rotundă ovalară cu situație metafizară departe de cartilajul de conjugare. Osteita fibro-chistică prezintă trabeculi care delimitează cavități chistice secundare dispuse pe o întindere mai mare și care se întâlnesc și în diafiză; înfârșit tumorile cu mieloplaxă care pot lua dimensiuni voluminoase prezintă o trabeculizație extremă și sediul juxta-articular.

Tumorile osoase produc deseori imagini cu aspect chistic; astfel sarcomele centrale apar pe radiografii ca o pată rotundă ovalară transparentă situată la extremitatea diafizei; dar aceste imagini n'au limite periferice atât de precise ca formațiile distrofice, contururile lor sunt flu, ușor neregulate. Acesta este de altfel singurul caracter distinctiv când suprafața imaginii este inomogenă datorită condensărilor osoase parțiale. În aceste cazuri diagnosticul este mai ușurat totuși uneori este destul de dificil. Numai când procesul a ajuns la periferie avem semne de certitudine absolută: la periferia osului apare imaginea reacției periferice sub forma unei umbre discrete paralelă cu osul sau sub formă de mici trayee perpendiculare pe os. În acest stadiu și corticala arată distrucții și procesul invadează țesuturile din jur, încât diagnosticul nu mai este ezitant.



Celelalte tumori primitive dau tablouri cu totul diferite; din această cauză descrierea lor nu o credem necesară.

În tablourile atât de variate ale metastazelor osoase găsim deseori imagini cu aspect chistic. Forma cea mai apropiată de distrofia chistică se prezintă ca o imagine clară transparentă sau sub forma unor imagini multiple lacunare care interesează osul pe o întindere mai mare. În special localizarea unică dă loc mai ales la confuzii. Această imagine atât de asemănătoare cu chistele osoase se prezintă ca o pată rotundă ovalară, clară situată de cele mai multe ori în mijlocul diafizei mai des la nivelul femurului. La nivelul tumorii putem întâlni chiar aspectul de os soufflé, corticala poate fi distrusă sau numai subfiată, aspectul ei e și mai apropiat de chistele osoase prin lipsa reacției periostale. Numai la o examinare atentă putem găsi semne îndoeelnice de diferențiere, caracterizate prin limite mai puțin precise deși procesul în întregime contrastează evident cu țesuturile sănătoase din jur. La nivelul acestor metastaze se pot întâlni fracturi asemănătoare cu cele din osteita chistică. Vârsta bolnavului și localizarea diafizară sunt criteriile principale în orientarea diagnosticului. La oasele late este și mai greu de stabilit diagnosticul pe baza semnelor radiologice lipsindu-ne orice caracter distinctiv; numai o completă examinare a bolnavului ne duce la diagnostic. În această privință este demonstrativă următoarea observație: un bolnav din serviciul nostru în vârstă de 40 de ani prezenta dureri în regiunea sacrată fără a avea vre-o modificare a regiunii. Radiografic se constată în porțiunea superioară a sacului o imagine chistică rotundă ovalară cu margini destul de bine delimitate. Un examen mai amănunțit a bolnavului ne-a arătat la radiosopia pulmonului o a doua tumoră — tumoră primitivă — care era situată în lobul pulmonar drept.

Formele care produc distrucții în corticală nu prezintă nici o dificultate pentru diagnostic. Metastazele localizate la extremitățile diafizelor deși nu au un aspect chistic caracteristic, ele pot prezenta caractere destul de apropiate, numai prin aspectul de detaliu al imaginii și prin tabloul clinic se pot identifica.

Metastazele osteoclastice produc distrucții generalizate în schelet care apar sub forma unor mici zone transparente, mai mici decât în maladia lui Recklinghausen în care găsim în plus osteoporoză și deformații ale scheletului.

Mielomele deasemenea produc imagini transparente, mai rar se întâlnesc sub formă solitară; de obicei găsim focare multiple de 1—2 cm. diametru generalizate în schelet. Ele se găsesc întotdeauna între 40—60 ani și pe lângă mărimea și generalizarea lor caracteristică coincid cu o stare generală alterată.

Dintre tumorile benigne condromele se apropie de imaginea chistică. Aceste tumori au o localizare predilectă de cele mai multe ori găsiindu-se la nivelul degetelor unde

apar sub forme de tumorete rotunde interesând mai ales prima și a doua flangă. Pe radiografie apar sub forma unor pete transparente, împărțite prin septe în alveole; falanga la nivelul lor este umflată. În unele cazuri se produc calcificări în o parte din lojile limitate de septe așa încât ele apar formate din pete opace alături de porțiuni transparente. Acest aspect formează o trecere spre imaginea osteocondromului.

La nivelul maxilarelor se găsesc chistele dentifere, a căror imagine amintește cu totul caracterul chistic. Origina lor e ușor de stabilit prin prezența dintelui inclus.

Adamantinomele se prezintă în unele forme cu un aspect chistic cu caractere însă distinctive. Într'un caz noi am constatat o alveolizare accentuată, formată din septe condensate care delimitau cavități drept unghiulare uniforme. Imaginea nu era așa transparentă și pe lângă localizarea la nivelul unghiului maxilar, prezenta tabloul clinic bine cunoscut.

Chistul hidatic dă imagini cu totul apropiate de formajile chistice distrofice și diagnosticul pe baza semnelor radiologice este extrem de dificil. Afecțiunea este însă rară la nivelul oaselor, localizându-se cu predilecție la basin și oasele lungi. În acest caz se văd cavități transparente multiloculare rotunde, care cresc în mod continuu. Oasele lungi sunt umflăte iar la periferie într'un stadiu mai tardiv apare o reacție periostală urmată de distrucția corticalei; prin acest ultim caracter se apropie de sarcome.

În ceea ce privește sifilisul și mai ales tuberculoza osoasă cu formele ei chistice nu mai revenim deoarece am redat mai sus considerațiile asupra imaginilor lor.

Osteomielița nu se apropie de tabloul radiologic al osteitei chistice. Există însă o formă a ei — abcesul lui Brodie — care se aseamănă cu aceasta. Imaginea apare ca un focar circumscribit cu aspect chistic situat în metafiză și mai rar în epifiză. Se deosebește însă prin prezența unui perete periferic compact, îngroșeri ale osului mai mult sau mai puțin aproape de focar, uneori reacție periostală.

Descriind tabloul radiologic am făcut tot odată și diagnostic diferențial, deoarece elucidarea diagnosticului se face comparând datele clinice cu tabloul radiografic. Va trebui însă să insistăm asupra deosebirii dintre maladia lui Recklinghausen și maladia lui Paget. Deosebirea acestor două afecțiuni este destul de delicată în unele cazuri și acest fapt este ușor de întrevăzut întrucât asemănarea celor două maladii a făcut pe unii autori să le considere ca stadii diferite ale aceleiași boli; pe când alți autori consideră aceste două afecțiuni și leontiaza osoasă ca afecțiuni înrudite prin același substrat anatomic: „ostitis fibrosa”. Maladia lui Paget este o afecțiune a vârstei înaintată, rar o găsim înainte de 40 de ani. Simptomele clinice predominante sunt bine caracterizate de

bolnavii cu bună dispoziție în expresia lor că: „pălăria se micșorează și pantalonii se lungesc“ (*Lassere*).

Se localizează de predilecție la oasele lungi și craniu. Dimensiunile capului se măresc. Creșterea se face mai ales în diametru transversal, încât împreună cu fața capului are o formă triunghiulară. Masivul facial este împins înapoi, prognatismul este frecvent. Corpul deasemeni are o formă deosebită: trunchiul e aplecat înainte, coloana vertebrală este cifotică și din cauza calcificării ligamentelor prezintă tendință la anchiloză. Oasele basinului sunt dezvoltate lateral și împreună cu trunchiul realizează aspectul descris „en corp de violon“. Membrile inferioare sunt îngroșate, incurbate și flectate din articulația genunchilor. Afecțiunea e caracterizată printr'o tendință pronunțată la hiperostoza și apozii subperiostale. Se întâlnește și aici forma fibroasă a măduvei și rezorbțiile osoase, dar aceste procese trec pe al doilea plan predominând aicea procesele de edificare osoasă, spre deosebire de distrofia chistică în care aceste procese sunt minime.

Tabloul radiologic: la craniu avem o îngroșare pronunțată a oaselor în special ale bolții cu dispariția diploiei; la nivelul bazei pe lângă îngroșare se vede o platibazie. Din cauza coexistenței focarelor de osteită condensantă cu osteită rarefiantă, oasele prezintă un aspect pătat: porțiuni clare care alternează cu zone condensate. Se adaugă apoi schimbarea completă a arhitecturii trabeculilor osoase, proces care este îndeosebi evident la nivelul oaselor lungi, unde întâlnim fascicule foarte fine care se întretaie în toate sensurile realizând aspectul clasic „ouaté“. Limitele periferice ale oaselor din cauza decalcificării și apoziiilor sunt mai șterse și sinuoase; volumul oaselor e mărit forma și axa modificată.

Afară de aceste forme generalizate s'au descris localizări mai puțin extinse sau chiar localizări numai la un singur os. Aceste forme solitare se pot confunda îndeosebi cu formele hiperostotice ale distrofiei fibro-chistice.

În mod cu totul rar cele două afecțiuni sunt asociate, prezentând în acest caz și asocierea caracterelor lor. Din acest punct de vedere este tipică observația cazului nostru mai sus descrisă. Prezența chistelor și tumorilor osoase cu celule gigante este excepțională în maladia lui *Paget*; în cazurile când se întâlnesc, chistele au dimensiuni mici împrăștiate în os și nu depășesc mărimea unui bob de mazăre.

Cercetările biochimice din ultimul timp au adus criterii prețioase în stabilirea diagnosticului diferențial, încât mulți autori folosesc pentru identificarea acestor două maladii datele de laborator. În maladia lui *Recklinghausen* metabolismul calciului și al fosforului este profund modificat, spre deosebire de maladia lui *Paget* în care nu întâlnim aceste modificări.

*Tratamentul* formei localizate a distrofiei chistice

înglobând sub acest nume și afecțiunile înrudite, mai sus descrise (tumorile cu mieloplaxă și chistele osoase) este urmat de rezultate bune ducând deseori la o completă restituție funcțională. În timpul din urmă intervențiile asupra acestei afecțiuni au evoluat spre o tendință cât mai conservativă; amputațiile practicate odinioară determinate de altfel de multe ori de diagnostice neprecise au fost aproape complet înlocuite și numai excepțional se mai citează cazuri de amputații, în formațiile voluminoase și cu o evoluție mai rapidă.

Sediul și mărimea procesului sunt criterii după care ne conducem în instituirea tratamentului. Chistele osoase de dimensiuni moderate se pot uneori vindeca spontan prin organizarea în țesut conjunctiv al conținutului lor. Un astfel de caz am observat noi la un băiat în vârstă de 5 ani, care avea un chist de mărimea unei piese de doi lei la extremitatea superioară a femurului. După un repaos de 8 săptămâni la pat radiografia arăta o condensare a suprafeței chistului, care coincidea cu dispariția simptomelor clinice.

Fracturile la nivelul distrofiei fibro-chistice duc prin evacuarea conținutului la vindecarea leziunilor. Nu suntem partizanii intervențiilor în aceste cazuri. Credem că tratamentul trebuie să se reducă numai la tratarea fracturii: imobilizarea în gips atunci când fragmentele nu sunt deplasate; iar când sunt deplasate, aplicare de extensie până la reducerea fragmentelor și apoi imobilizare în gips.

În observațiile noastre avem 4 cazuri de distrofie fibro-chistică cu fractură în focar; în toate am obținut vindecări durabile tratând numai fractura după indicațiile mai sus expuse. Consolidarea fracturilor în astfel de cazuri, se face mai târziu decât în fracturile obișnuite. Avem totuși impresia că procesul de consolidare începe mai repede ca în fracturile pur traumatice și numai consolidarea definitivă este întârziată. Odată cu acest proces de consolidare din cauza condensării osoase reparatorii zona fibro-chistică începe să se micșoreze în mod treptat dela periferie spre centru.

Trebuie să semnalăm păreri emise de unii autori că în aceste cazuri n'ar fi vorba de vindecări definitive deoarece s'ar produce recidive și fracturi tardive în aceiași regiune. Totuși în literatură se cunosc numeroase cazuri în care tratamentul făcut mai sus a dat vindecări durabile și observațiile noastre confirmă întru totul acest fel de a vedea. Se poate spune deci că sunt cazuri cari pot beneficia cu succes de un tratament nesângărând cu condiția ca imobilizarea să fie prelungită cu cel puțin două săptămâni mai mult decât în fracturile obișnuite.

În formele pseudo-tumorale mărimea și evoluția procesului impun intervenția operatorie. În această privință chirurgia osoasă bazată pe cunoștințe recente de

# ADALIN

(Bromdiethylacetilcarbamid)

## HIPNOTIC

**cu acțiune sigură în turburările nervoase  
de etiologie variată**

Ambalaj original: tub cu 10 și 20 tablete à 0,50 ctg.

# SAJODIN

renumitul  
BCU Cluj / Central University Library Cluj

## PREPARAT DE IOD

inodor și insipid

perfect tolerat; deci indicat în special  
pentru tratamente mai îndelungate în

**Arterioscleroză, Astm bronhic,  
Sifilis secundar și terțiar etc.**

Dosaj: 1—2 tablete 2—4 ori pe zi (se ia  
la una oră după masă)

Ambalaj original: tub cu 20 tablete à 0,50 ctgr.



Specimene și literatură gratuit prin reprezentanții generali pentru România:  
„PHARMA“-STUDERUS & Co. București II, Strada Spiru Haret, 5

# AGOCHOLINE

## DR. ZIZINE



GRANULAT SOLUBIL

(cu sau fără mentă)

Peptonă uscată purificată + Sulfatți de magnezie anhidră

## Colecistitele cronice

## Congestia ficatului

Litiază biliară, Icter și Colemie

Dispepsii reflexe, Constipație } de origină  
Migrene, Ameteli, Eczeme, Măncărimi } hepato-biliară

POSOLOGIE : 1-3 lingurițe de cafea dimineata pe nemăncate,  
intr'o jumătate de pahar cu apă caldă.

EȘANTIOANE ȘI LITERATURA:

**Drogueria "STANDARD", 2, Strada Zorilor, București**

**Laboratoarele Dr. ZIZINE, 24, Rue de Fécamp, Paris (XII<sup>e</sup>)**

**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 17e. 16 Rue Pereire. ♦ Reprezentant și depozitar pentru România  
**PAUL ILUTZA** BUCUREȘTI 4. STRADA OLARI 23. — TELEFON 239/46  
 Literatură și eşantioane la cerere

biologie osoasă a obținut reale succese prin întrebuințarea grefelor osoase.

Tratamentul cel mai obișnuit în aceste forme constă în evidarea și raclarea cavității. Această conduită deși contestată de unii autori dă în majoritatea cazurilor vindecări durabile. În trei cazuri noi am practicat chiuretajul: într'un caz de distrofie chistică a extremității superioare a tibiei de dimensiuni moderate după raclaj s'a închis complet plaga, iar vindecarea s'a efectuat în condiții normale. La un al doilea caz cu aceeași localizare, însă de mărime voluminoasă s'a practicat tot raclajul fără ca să se dreneze sau să se tamponeze cavitatea; vindecarea plăgii s'a făcut tot per primam, iar procesul de reparație osoasă a evoluat în condiții bune. În ultimul caz s'a raclat și s'a extirpat tumora care ocupa în întregime calcanul ne lăsându-i nealterată decât corticala. Cavitatea s'a tamponat cu tifon iodoformat și s'a închis parțial. Vindecarea s'a produs mai lent, plaga s'a vindecat în timp de 7 săptămâni.

Cavitățile rămase după chiuretare, când sunt voluminoase, amenință soliditatea membrului și predispun la noi hemoragii care ar da întru totul simptomele dinainte de operație. În aceste cazuri plombarea cavităților apare ca o necesitate. Pentru umplerea acestor cavități s'a întrebuințat material foarte diferit. În timpul din urmă se întrebuințează în acest scop autotransplantări osoase ca materialul cel mai apropiat de a realiza condițiile fiziologice normale. În special *Mouchet* și după el cei mai mulți chirurși au căutat să impună acest tratament, întru-

cât a observat că de când completează chiuretajul cu umplerea cavităților cu transplantate osoase nu mai au recidive. În adevăr una din criticile care s'au făcut chiuretajului este, că acest tratament nu ne pune la adăpost de recidive și în acest sens se citează statisticile autorilor americani, cari au cazuri mai numeroase. Astfel: *Bloodgood* din 42 de cazuri relatate a avut 16 recidive; *Stewart* din 7 cazuri are trei recidive. Noi pe trei cazuri n'am avut nici o recidivă.

*Mouchet* și *Dujarier* au recomandat ca material: grefe mici osteoperiostice *Delagenière* pentru umplerea cavităților. Ele favorizează procesul de consolidare și reparație osoasă care se face mult mai repede. În cavitățile mari aceste grefe nu dau rezultate tot atât de bune; în aceste cazuri *Tavernier* indică transplantate osoase masive în genul transplantului tibial tip *Albée*.

Combinarea transplantelor rigide cu grefele osteoperiostice s'a practicat în unele cazuri în mod concomitent prezentând avantajul că pe lângă soliditatea dată de transplantele rigide se produce o accelerare a consolidării osoase grație grefelor mici osteoperiostice.

În tumorile voluminoase ale articulației genunchiului osteoplastia preconizată de prof. *Juvara* oferă reale avantaje, deoarece asigură membrului o bună soliditate și împiedică recidivele. Rezultatul tardiv al acestei operații este asemănător cu rezecția de genunchi.

Rezecțiile osoase sunt practicate în unele cazuri, indicația fiind dată de întinderea și localizarea procesului. Astfel într'unul din cazurile noastre de tumoră chistică a

peroneului s'a obținut o vindecare durabilă prin rezecția parțială a peroneului.

Tendința actuală este, de a completa rezecțiile în cazurile când ele sunt întinse și interesează oase a căror lipsă de integritate ar da tulburări funcționale, prin transplantări osoase; în modul acesta s'a obținut cele mai bune rezultate funcționale.

În tratamentul acestor procese s'a întrebuințat radium-terapia și în special roentgen-terapia. S'a căutat să se găsească indicații acestui tratament îndeosebi localizărilor voluminoase juxta-articulare și recidivelor postoperatorii. Partizanii acestui tratament susțin că tumorile cu mieloplaxă pot fi supuse la iradiații repetate cu rezultate bune, spre deosebire de tumorile maligne a căror radiosensibilitate scade pe măsură ce se mărește numărul iradiațiilor. Rezultatele sunt însă inconstante și deși unii autori incriminează că în cazurile când rezultatele nu sunt satisfăcătoare acestea se explică printr'o tehnică greșită, totuși aceste fapte fac ca roentgen-terapia să fie considerată ca o metodă secundară în tratamentul acestor formațiuni.

În rezumat tratamentul chirurgical al acestor formațiuni distrofice este astăzi cât se poate de conservativ și reparator.

Tratamentul formei generalizate a dat până acum câțiva ani rezultate puțin satisfăcătoare. Este cunoscut că în această formă prognosticul este mult mai serios, gravitatea afecțiunii este în directă legătură cu întinderea leziunilor. În formele mai puțin generalizate se obținuse în unele cazuri rezultate satisfăcătoare prin tratamente destul de variate. Vindecarea se producea printr'o recalificare a scheletului urmată de consolidarea fracturilor și deci de dispariția durerilor. În multe cazuri afecțiunea rămâne staționară sau evoluiază mai departe generalizându-se din ce în ce mai mult. Formele generalizate se termină de obicei în mod fatal dacă nu se intervine. Moartea poate fi datorită afecțiunilor secundare, care se dezvoltă foarte ușor pe un teren debilitat sau poate fi cauzată prin tulburări respiratorii și circulatorii. *Ortscheit* și *Hoche* au observat două cazuri generalizate la care cu tot tratamentul

făcut după un timp de 5 ani, bolnavii au murit prin asfixie lentă produsă de calcificarea intensă a toracelui.

Tratamentul aplicat în forma generalizată a fost cât se poate de variat. S'a făcut destul de des tratament antisifilitic și chiar s'a abuzat cu acest tratament care nu a dat rezultat decât în puține cazuri, în care probabil era vorba de un sifilis osos.

Roentgen-terapia este greu de aplicat în forma extinsă din cauza multiplicității focarelor.

În anii din urmă terapeutică acestei forme generalizate a luat o altă direcție odată cu demonstrarea rolului paratiroidelor în metabolismul calciului. După cum aminteam mai sus *Mandl* în 1925, după ce administrase într'un caz de distrofie fibro-chistică generalizată extract paratiroidian fără rezultat, obține o ameliorare pronunțată extirpând una din paratiroide, care era mărită. Aceste rezultate au fost confirmate de *Oppel*, *Barr*, *Boyd*, *Bulger*, *Hunter*, *Leriche*, *Lery* etc. Până în prezent s'a făcut peste 10 paratiroidectomii obținându-se vindecări sau ameliorări însemnate. Imediat după operație se constată o ameliorare a stării generale, durerile dispar, iar la nivelul oaselor se observă o recalificare continuă. Calciul în scurt timp dela operație ajunge în sânge și urină la valori normale. Aceste observații au fost făcute de majoritatea autorilor care au extirpat adenome paratiroidiene în formele generalizate ale distrofiei chistice.

De unde la început paratiroidele erau intangibile, astăzi a luat naștere o chirurgie paratiroidiană și indicațiile acestei operații s'au extins în diferite afecțiuni și în special în afecțiunile osoase întovărășite de hipercalcemie. În serviciul nostru a fost practică (Prof. *Iacobovici*) într'un caz de poliartrită anchilozantă\* cu rezultate care ne-au determinat să adoptăm această operație nu numai în cazurile analoage, dar și în alte afecțiuni care până în prezent n'au beneficiat de o terapeutică efectivă. Astfel în ultimul timp s'a practicat în serviciul nostru (Prof. *Iacobovici*) această operație într'un caz de artrită cronică anchilozantă coxo-femorală. Rezultatele au fost cu totul surprinzătoare. Avem impresia că ele împiedecă progresiunea leziunilor și dacă nu duc la dispariția anchilozelor deja stabilite, ele duc însă la dispariția sau atenuarea fenomenelor subiective pentru care ne consultă bolnavii, așa că rezultatele sunt cu totul surprinzătoare.

Paratiroidectomia care are astăzi indicații din ce în ce mai numeroase, a stabilit în mod indiscutabil că distrofia chistică generalizată este o consecință a hiperparatiroidismului spre deosebire de formațiile chistice solitare esențiale care sunt formații benigne de natură traumatică.

\* Prof. *Iacobovici*: „Paratiroidectomia pentru poliartrita anchilozantă cu hipercalcemie“. Rev. de Chirurgie No. 1—2. 1932.



**CLIȘEURILE** cele mai bune

furnizează

**ZINCOGRAFIA**  
**Tizián**

CLUJ. P. MIHAI VITEAZUL No. 37.



Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj  
Director: Prof. Dr. GRIGORIU CRISTEA

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI FIBROMULUI UTERIN

de

Prof. Dr. GRIGORIU CRISTEA și Docent Dr. POPOVICIU TRAIAN

În legătură cu materialul studiat asupra fibromului uterin survenit în cursul alor zece ani în serviciul clinice și în urma experiențelor culese în acest domeniu, aducem prin lucrarea de față contribuția noastră în ce privește conduita tratamentului fibromului uterin.

Dacă aruncăm o privire retrospectivă asupra chirurgiei fibroamelor uterine din ultimele 3—4 decenii, ne găsim azi foarte departe de aceia epocă a terapiei fibromului, când era considerată ca o afecțiune care trebuia respectată. Cauza acestei rezerve sau respectări, manifestată prin evitarea tratamentului chirurgical — o explică mortalitatea exagerată a cazurilor operate pe acele timpuri — față de cazurile lăsate pe loc.

Fibromul simplu este compatibil cu viața normală, pe când complicațiile sale foarte variate și multiple sînt susceptibile, de a cauza moartea.

Împrejurările seriilor de consecințe grave și uneori fatale ce le poate provoca această afecțiune a făcut pe specialiști să-și amplifice cunoștințele lor asupra patologiei fibroamelor uterine și ca urmare în curând au modificat concepția de a mai respecta fibromul uterin, cucerind un teren tot mai vast tratamentul operator, care datorită asepției și antisepsiei moderne — a luat un avânt remarcabil și justificat prin reducerea enormă a mortalității celor operate — față de mortalitatea timpurilor precedente.

Alături de aceasta evoluție a tratamentului chirurgical, descoperirile terapiei cu Röntgen și Radium prin entuziasmul cu care este primit atât de către medici și mai ales de către bolnave face ca tratamentul operator să bată în retragere în așa măsură, încât într'un timp se credea că fibromul uterin va ieși din domeniul terapiei chirurgicale.

Știm cu toții că metodele noi de tratamente cuceresc uneori terene prea vaste, devenind chiar exagerate. Tot astfel s'a întâmplat și cu aplicarea razelor Röntgen și Radium în fibroamele uterine. Mulți radiologi au susținut și unii mai susțin și azi că tratamentul unic și cel mai eficace este iradiațiunea fibroamelor. Ori în urma experiențelor clinice obiective ale specialiștilor de profunzimea făcute în ultimul deceniu tratamentul fibromului uterin începe a se cristaliza și actualmente se împarte în două categorii și anume: tratamentul chirurgical și tratamentul prin iradiațiune cu Röntgen sau Radium.

Trebuie să remarcăm că majoritatea specialiștilor în ce privește indicațiile acestor două metode le precizează din ce în ce în sensul, că tratamentul chirurgical constituie tratamentul de fond al fibromului, iar tratamentul fizic se indică în anumite forme mai limitate și în cazurile când bolnava prezintă o contraindicație operatorie.

Dacă vom lua în considerare complicațiile ce pot surveni în cazurile de fibrom uterin vom justifica tot mai mult indicația superioară a tratamentului operator. Aceasta o determină condițiile de evoluție ale fibromului uterin, datorită volumului, sediului, deranjului ce-l poate provoca asupra organelor învecinate accidente ce pot surveni prin degenerarea malignă, obstacole în procreație, complicații în caz de sarcină, în cursul facerii, torsionile, necrozele, supurațiile, sfacelări și hemoragiile mari sunt toate momente cari indică terapia operatorie.

Vom face acum un scurt expozeu al cazurilor noastre. În serviciul clinice în ultimii zece ani au fost tratate peste 327 cazuri de utere fibromatoase. Din acest număr 208 au fost tratate chirurgical, iar restul de 119 cazuri tratate cu Röntgen și o parte mai mică pur medical.

Privind acest material din punct de vedere a vârstei, cele mai multe cazuri — le-am întâlnit între ani 35 și 48 — un caz la vârsta de 21 ani și unul la vârsta de 60 ani.

Am constatat la peste 30% coexistența și a altor afecțiuni, alături de fibrom. Mai frecvent anexite, apoi tumori ovariene benigne, cu predilecție tumori chistice. În șase cazuri fibrome degenerate, în 5 cazuri coexistența sarcinei, în 2 cazuri diabet grav, în 8 cazuri lues. Coexistența fibromului cu neoplasm al porțiunii, în 7 cazuri. Cașexie fibromatoasă în 6 cazuri. În 3 cazuri fibrome sfacelate, gangrenescute, acușate în vagin și exteriorizate. În ce privește forma, sediul, volumul și complicațiile fibromului uterin am întâlnit aproape toate varietățile cunoscute în acest domeniu.

Din 208 cazuri tratate prin intervenția chirurgicală la 15 cazuri s'a executat histerectomia totală *Wertheim*, impusă de leziunile maligne primordiale și coexistente cu fibromul uterin. La 121 cazuri s'a făcut histerectomia totală, iar la 67 cazuri histerectomia subtotală și în 5 cazuri miomectomia.

Din totalul de 327 cazuri în timpul observat de noi am avut zece cazuri mortale, repartizate 8 cazuri la cele operate și 2 la cele tratate prin procedeul fizic. Cauza morții la cele operate a fost, embolie în 3 cazuri, miocardită în 2 cazuri, stenoză mitrală într'un caz, peritonită 1 caz și un caz de meningită hemoragică. La cele neoperate un caz mortal prin afecțiune cardiacă, al 2-lea din cauza cașexiei excesive.

Rezumând rezultatele obținute prin tratamentul chi-

rurgical, avem o mortalitate de 4 la sută, iar la cazurile tratate prin Röntgen și pur medical  $1\frac{1}{2}$  la sută.

Din cele 8 cazuri mortale tratate chirurgical la 6 s'a executat Wertheim și histerectomie totală clasică la una histerectomie subtotală iar într'un caz morselarea fibromului necrozat acuat în vagin și exteriorizat, prezentând o stare de septicemie supra-acută.

Deci rezultatele operațiilor noastre ar fi: 6 cazuri mortale la 136 histerectomii totale adică  $5\cdot15 : 100$ ; un caz la 67 histerectomii subtotale adică  $1\frac{1}{2}$  la sută — nici un caz la cele miomectomizate și un caz la 3 fibroame gangrenescute deci 33% la sută.

\* \* \*

Se pune acum problema subiectului nostru, adică, care este tratamentul de predilecție al fibromului uterin?

În urma experiențelor culese din cazurile noastre cât și în urma studiilor comparative făcute în domeniul acestei chestiuni, credem de nimerit să amintim și să trecem în revistă unele momente și constatări utile în ce privește conduita noastră în aplicarea tratamentului pentru viitor.

Pentru a ne decide la un tratament oarecare, avem neapărată nevoie de a pune un diagnostic bun și pe cât posibil de precis. De altă dată diagnosticul de fibrom uterin era mai puțin important ca azi, deoarece mai de mult, când se constata o tumoră abdominală fie că era fibrom, chist ovarian, fie altă tumoră, se punea indicația operatorie. Deci diagnosticul precis pe acele timpuri n'avea importanța capitală ce i se atribuie acum.

Importanța diagnosticului o determină faptul, că azi dispunem pe lângă operație și de alte metode terapeutice care în anumite forme ale fibromului ne pot oferi rezultate satisfăcătoare, dacă nu chiar definitive.

Iată motivul pentru care noi nu dorim să fim exclusiviști ci să sortăm cazurile convenite terapiei fizice, dar în același timp să accentuăm indicațiile ce impune cura radicală.

*Pe cum reese atât din cazurile noastre cât și a celor mai multe statistici ale altor servicii de specialitate putem afirma că  $\frac{2}{3}$  a cazurilor de fibroame uterine sunt consacrate azi tratamentului chirurgical iar  $\frac{1}{3}$  razelor Röntgen și Radiului.*

Acest fapt ne determină să facem selecțiunea cazurilor cari necesită neapărat cura radicală chirurgicală și să știm să alegem cazurile unde ni se oferă rezultate bune și în urma tratamentului cu Röntgen sau Radium.

Se pune deci întrebarea, care este acel tip de fibrom uterin la care se indică tratamentul prin iradiațiune și la care se impune intervenția operatorie.

Fibromul potrivit tratamentului cu Röntgen este cel

cu forma rotundă, de volum mijlociu, mobil, de consistență moale și hemoragic.

Fibromul moale, deci cel congestionat, edematos este cel mai sensibil la iradiațiune, condiționat să nu fie prea mare de volum, deoarece tratamentul prin iradiațiune nu poate să producă dispariția fibromului, poate să-l diminueze aproape cu  $\frac{1}{3}$ , uneori prin Curieterapie el poate diminua la  $\frac{2}{3}$ . Dacă vom trata însă un fibrom de volumul unui cap de adult sau chiar de copil cu Röntgen sau cu Radium, el tot va rămânea destul de voluminos pentru a produce seriile de turburări cu consecințele cunoscută. Rezultă deci, că pe lângă momentele descrise volumul mijlociu este foarte important în punerea indicației tratamentului fizic.

În ce privește rezultatele tratamentului cu Röntgen în urma observărilor făcute de noi, putem afirma că unele cazuri bine alese, ne-a dat rezultate foarte bune, altele satisfăcătoare și o parte rezultate pasagere.

În materie de Curieterapie noi neavând experiență nu ne putem pronunța.

Determinând forma fibromului pentru tratamentul iradiațiunii, rămâne să descriem tipul fibromului care reclamă tratamentul operator.

Aceasta se caracterizează prin volumul său mărit, cu o consistență dură, neregulată, mai mult sau mai puțin ramificată cu tendința de a comprima organele vecine, expus unei torsiuni sfacelari, necroze sau degenerare.

Tratamentul chirurgical o să varieze, după forma și patologia fibromului. Deosebim o serie de împrejurări cari determină indicațiile intervențiilor operatorii. Astfel avem „indicația operației de urgență“ în cazuri de complicații acute, deosebind două tipuri și anume „tipul abdominal“ și un „tip vaginal“. Primul poate fi determinat de turburări mecanice prin torsiunea fibromului sau prin compresiunea lui, asupra intestinului producând ocluzie intestinală, prin fenomene peritoneale datorite stărilor septice ale fibromului, cu supurația, gangrena sau necroza tumorii, hemoragii interne prin ruperea unui vas.

Indicația operației de urgență a tipului vaginal este acușarea polipului fibromatos torsionat sau comprimat trecut în necroză și gangrenă producând uneori fenomene grave supra-acute. În aceste cazuri intervenind pe cale vaginală ne vom limita în majoritatea cazurilor la îndepărtarea simplă a tumorii alterate și numai după liniștirea completă a procesului infecțios vom recurge la histerectomia abdominală complementară. În două cazuri similare urmând aceasta conduită am obținut vindecări complete.

În ce privește terapia chirurgicală a fibromului uterin, care nu reclamă urgență, diferă de la caz la caz.

Pe lângă aplicarea tuturor metodelor cunoscute azi în punerea diagnosticului clinic al fibroamelor uterine —





# 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, ginergeul 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 ergotinice 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

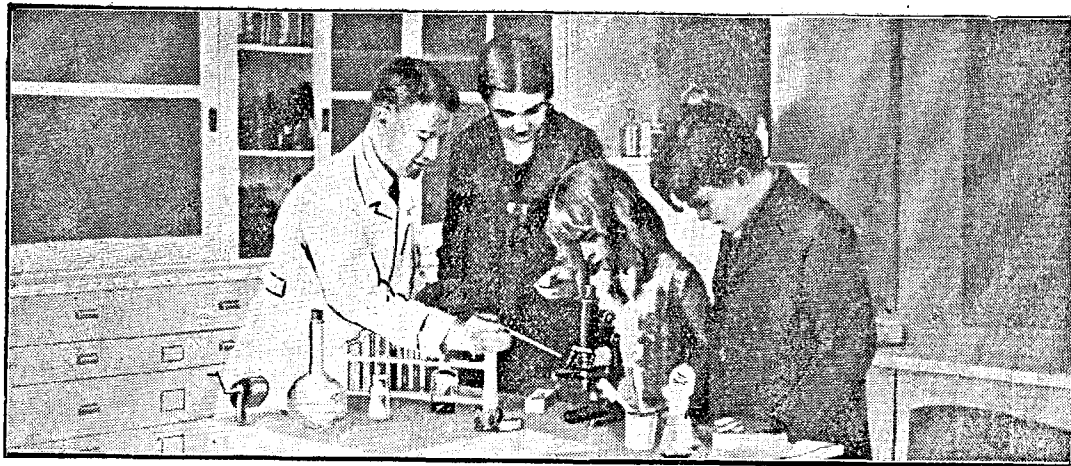
0,50-1 cc, pe zi

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)



## Poate contribui o pastă la reducerea florei bucale?

„DECE SUNT DINȚII NEPĂTAȚI DACĂ SUPRIMAȚI FLORA BUCALĂ“

„Poți fi frumos și atractiv, nu vei fi niciodată pe deplin fericit în viață, dacă deschizându-ți gura, vor eși la iveală dinți urâți și pătați. Este o stare produsă de ceea ce specialiștii o numesc „flora bacteriană bucală“, pe care nici o pastă dentară obișnuită n-o poate combate. Numai Kolynos suprimă repede germenii ce-o cauzează. Folosește această pastă de dinți dimineața și seara“.

„Poți să simți și să vezi cum lucrează Kolynosul. Introdus în gură devine o spumă antiseptică penetrantă ce intră în toate găurile, fisuri și crepături. Această spumă omorâă rapid germenii și curăță gura. Dulce și fără nici-o acțiune nocivă curăță dinții până la email-ul alb“.

CÈ SPUNÈ  
KOLYNOS  
PUBLICULUI

**N**u se poate accentua îndeajuns importanța necesității de a menține flora bucală în tot timpul la minimum, un fapt stabilit de Miller și confirmat prin cercetările recente ale lui Bauring, Parmerlee și mulți alții.

Intrebunțarea Kolynosului, datorit proprietăților lui antiseptice, a fost recomandată de dentiștii 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 probe cuprinzând o perioadă de 15 ani, în care timp formula s'a perfecționat, au stabilit valoarea antiseptică a Kolynosului. 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 frân 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.

diagnosticul de tot precis o să-l constatăm numai după laparatomie, deoarece cu drept cuvânt putem afirma că cavitatea peritoneală este uneori cutia surprizelor. În consecință după laparatomie vom avea prilejul să precizăm în mod definitiv diagnosticul fibromului și vom decide tehnica și metoda operației mai avantajoasă pentru bolnavă. Este bine că în alegerea procedurii operator să fim seama de unele considerente, cari azi constituiesc chiar regulile bine stabilite de către specialiști.

Astfel suntem de părerea că la operația unui fibrom uterin să luăm în considerare „vârsta bolnavei“. De exemplu la o femeie în vârsta menopauzei sau în vârsta de peste 50—55 de ani, vom recurge la un procedeu operator radical știut fiind dispoziția tumorei spre degenerare la aceasta vârstă. Asemenea vom proceda chiar și la vârsta tină a bolnavei, dacă constatăm un fibrom voluminos cu evoluția foarte rapidă — prezentând semnele degenerării sarcomatoase.

Din contră în caz de fibrom pediculat, subseros, bine delimitat întâlnit la femei tinere fără alte leziuni ale organelor accesorii ne vom putea opri la operația conservatoare ca „miomectomia“ în vederea menținerii funcțiunii genitale și mai ales în vederea posibilității de procreație. În consecință la femeia tină chirurgia conservatoare prin miomectomie prezintă un mare avantaj în toate cazurile unde fibromul este enucleabil, nesuspectat de degenerescență și fără leziuni asociate.

La femei în menopauză sau mai în vârstă, constatând indicația operatorie este mai consult să ne folosim de cura radicală fiind cea mai eficace.

Între indicațiile tratamentului uterului fibromatos joacă un rol important și „starea generală a bolnavei.“ Este cunoscut că fibromul are uneori o influență remarcabilă

asupra stării generale a organismului. Foarte des constatăm la femeile suferinde de fibrom afecțiuni cardiace, mai ales miocardită, cordul fibromatos prin intoxicație fibromatoasă, unele stări cu azotemie și acidoză latentă dar mai ales ne frepează anemiile secundare foarte grave, cari modifică profund metabolismul și rezistența organică. Starea generală ale acestor bolnave se va agrava numai prin persistența focarului care este fibromul. În consecință să nu considerăm alterațiunea stării generale ca o contraindicație al tratamentului chirurgical — ba din contră în multe cazuri aceasta stare comandă și impune operația, condiționată însă de un examen medical prealabil urmat de un repaos complet timp de mai multe zile și o terapeutică preoperatorie potrivită.

Altă indicație operatorie constituie coexistența altor afecțiuni concomitent cu fibromul uterin. Astfel coexistența anexitelor, a tumorilor, degenerarea fibromului, cancer al colului și altele. Această frecvență este deficil a o fixa prin cifre, ea variază după autori între 10 și până la 50—60 la sută. Acest fapt determină un câmp foarte vast, pentru indicația operatorie al tratamentului fibromului în dauna radioterapiei care nu este indicată a se aplica în cazurile de fibrome coexistente cu leziuni anexiale sau de altă origine.

S'a constatat că în caz de uter fibromatos anexele sunt alterate pe o scară foarte întinsă, aproape 60 la sută. Iar cercetările recente dovedesc că și în cazurile ovarelor sănătoase la aparență să află o cantitate de țesut luteinic mult mai mare ca în stare normală, care pare să joace un rol important în patogenia fibromului uterin.

Din acestea tragem concluzia că alături de fibrom să extirpăm și anexele — bineînțeles în afară de cazurile fibromului pur, izolat, care se poate extirpa radical printr'o



# CAPHOSEIN

77-18% albumine, cu un conținut foarte bogat de calciu și fosfor

**Medicamentul suveran al enteritelor diareelor 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.**

simplă miomectomie. În serviciul clinice am constatat în nenumărate rânduri formarea tumorilor chistice voluminoase ale ovarelor lăsate pe loc cu ocazia operațiilor pentru fibrome făcute în alte servicii. Am constatat și operat multe cazuri unde s'a lăsat pe loc un singur ovar, sau s'a transplatat fragmente de ovare.

Bazați pe experiențele noastre în parte amintite aci suntem partizanii procedului operator radical, tocmai în vederea de a nu mai expune bolnava la complicații ulterioare și la intervenții noi prin lăsarea ovarelor pe loc în caz de fibrome care reclamă intervenția chirurgicală.

### Fibrom și sarcină.

Coexistența fibromului cu sarcina constituie un pericol pentru bolnavă, pericol care este în funcție cu volumul, sediul și forma fibromului. În ce privește conduita operatorului în cazurile similare sunt păreri diferite. Astfel *Faure* și partizanii lui considerând sarcina ca o complicație foarte gravă a fibromului sunt intervenționiști din momentul punerii diagnosticului pentru a preveni unor complicații fatale ce pot să amenințe mai târziu chiar pe lângă intervenția ce i s'ar aplica, deci acest grup sunt pentru intervenție fără amănare.

Alții și poate cei mai mulți azi susțin ca o regulă generală că trebuie să „temporizăm” și să nu se intervină numai când accidente serioase amenință viața bolnavei cu scopul de a salva un făt viabil. Operații de urgență vor constitui însă turburările mecanice serioase, degenerescențele, necrozele etc. Suntem de părerea că în ce privește procedeu operator în fibrom și sarcină, recurgem la miomectomie, care în primele luni ale sarcinii este operația de ales. Ea extirpă tumoarea, conservă organul și respectă în multe cazuri și sarcina. Deci miomectomia când e posibilă prezintă în caz de fibrom și sarcină o superioritate incontestabilă asupra histerec-tomiei.

Circumstanțele ideale pentru a realiza o miomec-tomie cu succes în caz de sarcină și fibrom sunt mai rare. De obicei configurația anatomică a tumorei, precum și condițiile etiologice și a prognosticului tardiv ne obligă în majoritatea cazurilor să recurgem la histerec-tomie în bloc, numită de unii autori (*Daniel*) — histerec-tomie profilactică.

### Fibrom și diabet grav.

Având ocaziunea să operăm două cazuri de fibrome concomitente cu diabet grav, credem de bine să amintim câteva noțiuni în legătură cu observările noastre.

Operatorul în fața unui caz de diabet grav concomitent cu indicația vitală a unei intervenții chirurgicale

se află într'o situație foarte dificilă și cu mare răspundere.

Grație insulinei și asepsiei moderne în fața cazurilor similare putem spera într'o reușită deplină a operației — dacă în prealabil vom prepara bolnava cu un tratament insulino-dietetic individualizat fiecărui caz în parte, iar acest tratament după operație trebuie controlat cu atenție și mai încordată pentru a evita instalarea acidozei și a comei.

Ținând seamă de condițiile amintite suntem azi în situația să operăm radical uterul fibromatos ce reclamă acest tratament și la diabetici, menajând bolnava atât în ce privește suportarea operației, cât și a mersului postoperator. Urmărind această conduită am obținut în două cazuri operate de fibrom uterin și suferinde de diabet grav, succes deplin.

\* \* \*

Terminând cu indicațiile tratamentului operator urmează să amintim în mod general, cari sunt procedeele mai avantajoase în operațiile mai radicale ale fibromului uterin?

Azi stau față în față două procedee bucurându-se ambele de un număr mare de partizani. Aceste două procedee sunt „histerectomia totală și cea subtotală”.

Aderenții histerec-tomiei subtotale se bazează pe următoarele considerente:

1. Mortalitatea histerec-tomiilor subtotale este pe jumătate față de a histerec-tomiilor totale, fiind o operație mai ușoară și mai benignă. Mortalitatea dublă a histerec-tomiilor totale față de cele subtotale să datorește operației mai grave, riscului de infecție prin deschiderea largă a vaginului, hemoragiilor prin bontul vaginal și modificărilor desavantajoase, a stăteci pelviene.

2. În ce privește neoplasmale survenite pe porțiunea vaginală după histerec-tomia subtotală le consideră ca excepționale și susțin posibilitatea grefării cancerului pe bontul vaginal și în cazurile de histerec-tomii totale.

3. Sunt de părerea a recurge la histerec-tomia totală numai în cazurile de leziuni suspecte ale porțiunii vaginale.

Față de această tabără există cea a aderenților pentru „histerec-tomia totală” în aproape toate cazurile unde leziunile reclamă histerec-tomia. O motivează prin faptul că porțiunea vaginală lăsată pe loc și care la aparență pare să fie sănătoasă, prin inflamațiunile ei frecvente și prin cicatricile consecutive rupturilor obstetricale, constituiesc un teren foarte prielnic pentru grefarea cancerului.

Faptul că din zi în zi se sporește numărul cancerelor formate pe porțiunea vaginală după histerec-tomia subtotală determină pe cei mai mulți chirurghi a se decide în favoarea histerec-tomiei totale,

Noi fiind în situația să constatăm în anii din urmă 3 cazuri de cancere grefate pe porțiunea vaginală la bolnave operate prin procedeul subtotal suntem de părerea să executăm histerectomia totală la aproape toate cazurile unde este indicația subtotală, evitând astfel consecințele atât de dezastruoase ce ne pot amenința, mai ales că azi diferența mortalității operatorii între cele două procedee se reduce tot mai mult în favoarea histerectomiei totale.

În ce privește tehnica histerectomiilor noi ne folosim de procedeele clasice, în cazuri excepționale recurgem la procedeul american sau procedeele Faure. Suntem partizanii operațiilor radicale, limitându-ne în cazuri excepționale la operații conservatoare. Suntem partizanii convinși ai operațiilor pe cale abdominală pentru orientarea mai precisă și ne folosim exclusiv de Rachianestezia prin stovaină-strichnină procedeul Toma Ionescu, considerându-o superioară în chirurgia gynecologică față de toate celelalte procedee de anestezie. Drenajul îl aplicăm în toate cazurile infecțioase sau unde bănuim vre-un focar de infecție.

#### Concluzii:

În terapeutică fibromului uterin, tratamentul chirurgical constituie metoda de elecție, iar tratamentul fizic se indică în anumite forme mai limitate și în cazurile contra-indicate operației.

Tratamentul se repartizează în  $\frac{2}{3}$  pentru cel chirurgical și  $\frac{1}{3}$  pentru Röntgen și Curieterapie.

Suntem de părerea, că prin ajutorul diagnosticului să selecționăm cazurile cari necesită cura radicală operatorie și cele potrivite iradiațiilor.

În ce privește indicațiile operatorii să fim seamă de vârsta bolnavei, de starea generală, de forma evoluției fibromului și de coexistența altor afecțiuni.

În caz de fibrom și sarcină pe lângă condițiile date să ne limităm la miomectomie respectând sarcina. Să temporizăm în vederea salvării unui făt viu, iar în cazurile complicate și mai ales în primele luni ale sarcinii suntem pentru histerectomia în bloc.

Tratamentul operator indicat în caz de diabet ne va asigura rezultate bune dacă în prealabil preparăm bolnava cu un tratament insulino-dietetic, continuându-l și după operație.

Dintre procedeele mai radicale suntem partizanii histerectomiei totale în majoritatea cazurilor unde avem indicația histerectomiei.

Operăm pe calea abdominală și ne folosim de rachianestezie, procedeul T. Ionescu.

Clinica Oftalmologică din Cluj  
Director: Prof. Dr. D. MICHAİL

## EPITELIOMUL HIALOGEN AL PLEOAPELOR (Cilindromul pleoapelor)

de  
Docent Dr. P. VANCEA  
Șef de lucrări al Clinicei

Cilindromul pleoapelor este o afecțiune extrem de rară. În adevăr în întreaga literatură oftalmologică nu am găsit descris decât două cazuri, unul de *Druault* și *Milian* (1898) și cel de al 2-lea de *Calderaro* (1908).

Este adevărat că în cadrul oftalmologiei s'au descris un număr ceva mai mare de cilindrome: (*Busch* (1854), *Graefe*, *Recklinghausen* (1864), *Becker*, *Saller* (1867), *Dianoux* (1884), *Fauillon* (1890), *Rogmann*, *Coppez* (1900); *De Lapersonne*, *Valude*, *Demario* (1906), *Moissonier* (1903), *Sypkens* (1922), însă mai toate s'au dezvoltat la nivelul orbitei având ca punct de plecare glanda lacrimală. Cele mai multe dintre aceste cazuri au prezentat următoarele caractere clinice generale: evoluție lentă, dezvoltarea în cavitatea orbitară și tendința la recidivă rapidă în cazurile de extirpare incompletă.

În afară de orbită și pleoape s'au mai descris cilindrome cu punct de plecare din cavitatea nazală, vâul palatin, peritoneu, oase, piele, glandele salivare (parotida, gl. submaxilare) precum și tecile cerebrale (arahnoida, pia și duramater). Nu toate aceste tumori au prezentat însă aspectul clasic al cilindromului orbital descris de *Bilroth* și din această cauză pentru a le deosebi între ele unii autori au propus să fie denumite cu adjectivul „cilindromatos“, care să se adauge denumirii tumorii primitive. Tot pentru același motiv mulți autori au înglobat cilindromul în grupa disembrioplaziilor, căutând să explice prin aceasta bizareria structurii lor.

Cercetările istologice au arătat într'adevăr că cilindromul se dezvoltă nu numai din epiderm ci și din anumite tumori cari sufăr o evoluție cilindromatoasă, cum ar fi de ex. epitelioamele bazocelulare ale epidermului (*Masson*), epiteliomul adenoid-cistic (*Pinkas-Watanabe*), epitelioamele plecate din glandele ectodermice, neoplasmele mucoaselor și a ectodermului respirator și chiar anumite neoplasme intestinale. Aceste cilindrome se caracterizează printr'un inveliș mucos cilindroid care înconjoară cordoanele epiteliale și prin numeroase formațiuni mucoase hialine, situate fie în interiorul, fie înafara celulei. Origina acestor formațiuni este încă discutată. În timp ce *Bilroth* le consideră ca fiind datorite activității secretorii a celulelor tumorale, sau consecința degenerării hialine și mucoase a țesutului conjunctival al vaselor, *Gans* le atribuie numai o origină epitelială, iar *Frieboes* una exclusiv conjunctivă.

Numărul cazurilor de cilindrome palpebrale fiind extrem de redus, am crezut că nu este lipsit de interes să fac cunoscut studiul anatomo-clinic a două cazuri personale, cari prin particularitățile lor aduc câteva noi contribuțiuni la cunoașterea acestei afecțiuni. Iată în rezumat observațiile cazurilor mele:

**Observația I.** — C. I. 50 ani, muncitor. Se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj la 9 Februarie 1931 pentru o afecțiune ulcerativă a pleoapei sup. drepte.

**Istoricul boalei.** Boala a început cu un an înainte sub forma unei tumorete de mărimea unei gămălii de ac în treimea internă a pleoapei superioare drepte care mai apoi s'a ulcerat. Ulterior afecțiunea a făcut progrese lente ajungând în ultimul timp la mărimea unei alune.

**Starea prezentă.** Ochiul drept prezintă la nivelul marginii ciliare a pleoapei sale superioare, în treimea internă o tumoretă roșietică ulcerată, de mărimea unei alune, de consistență semidură, indoloră și neaderentă de planul subjacent. Această tumoretă a distrus margina ciliară a tarsului și conjunctiva tarsală apropiată și este în întregime acoperită de o crustă aderentă. Tarsul prezintă la nivelul tumoretei o îngroșare neobicinuită. Ganglionii regionali nu sunt palpabili.

La 18 Februarie Prof. Michail rezeacă neoplazia, excizând un fragment cutanat palpebral, dreptunghiular și unul tarso-cojunctival corespunzător zonei ulcerate. În aceeaș sedință operatorie acoperă lipsa de substanță printr'o grefă liberă de piele luată dela frunte. Cicatrizarea s'a produs per primam, bolnavul părăsind la 27 Februarie clinica complet vindecat.

**Examenul anatomo-patologic** al piesei extirpate mi-a arătat o tumoară cutanată fără structură uniformă înconjurată de o capsulă conjunctivă subțire. Epiteliul malpighian era acoperit de un strat cornos uniform format din fine lamele de cheratină exfoliate în câteva puncte.

În stroma subjacentă se găsea o neoformațiune care prezenta aspecte diferite în partea centrală față de părțile periferice. În partea centrală masele neoplazice se prezentau cu o structură alveolară. La acest nivel stroma tumorală prezenta un început de degenerescență hialină. În general ea forma septuri largi cari alcătuiau cavități uneori de formă rotundă, poligonală, alteori longitudinală, pline cu celule epiteliale neoplazice. În părțile periferice ale tumorei și cu deosebire către polul său anterior, aspectul istologic era acela al epiteliumului bazo-celular. La acest nivel se puteau distinge alături de elementele tumorale în stare de proliferare activă numeroase celule epiteliale pe cale de degenerare hialină. Procesul acesta de degenerare celulară se caracterizază prin apariția unor sferule hialine intercelulare de formă rotundă, prin prezența unor sfere mari nucleate, precum și prin ivirea unor mici grupuri hialine în chiar interiorul celulei, fără nici o legătură cu nucleul. Alături de aceste formațiuni mai mult sau mai puțin rotunde, există altele în formă de baghetă sau cordaje, cari disociază elementele celulare neoplazice. La polul posterior al tumorei în capsula conjunctivă care o înconjoară se observă numeroase vase întovărășite de cordoane neoplazice epiteliale. Nu există nicăieri focare inflamatorii.

Din studiul clinic și anatomo-patologic al acestui caz reiese că am avut de a face cu un bolnav de 50 ani care prezenta la nivelul marginii ciliare a pleoapei sale superioare drepte o tumoretă ulcerată de culoare roșietică, indoloră, de consistență semidură și neaderentă de planurile subjacente.

Neoplazia distrusese margina ciliară a tarsului și conjunctiva tarsală apropiată și nu se însoțea de adenopatie

regională. Ca tratament s'a rezeacă tumoreta și locul său a fost acoperit cu o grefă liberă luată dela frunte. Examenul istologic a evidențiat existența unui epiteliom malpighian bazo-celular pe cale de degenerare hialină.

**Observația II.** — I. S. 48 ani, cantonier. Se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj la 4 Februarie 1931 pentru o afecțiune ulcerativă a extremității nazale a pleoapei superioare drepte.

**Istoricul boalei.** Înainte cu doi ani, în partea internă a pleoapei superioare drepte i-a apărut bolnavului o tumoretă cât un bob de porumb. Afecțiunea a rămas staționară până în Octomvrie 1930 când în urma unui traumatism a început să progreseze ajungând în câteva luni de mărimea unei piese de 50 bani. Această creștere rapidă a de terminat pe bolnav să se prezinte la clinică.

**Starea prezentă.** Bolnavul bine dezvoltat, prezintă reacția Wassermann în sânge negativă.

**Examenul ocular.** Ochiul drept prezintă în treimea internă a pleoapei sale superioare o tumoretă de mărimea unei piese de 50 bani, dură, indoloră și acoperită cu o crustă aderentă. Tumoreta era mobilă pe planurile subjacente și nu se însoțea de adenopatie regională.

Conjunctiva palpebrală și tarsul nu prezintă ulcerări nici alte formațiuni anormale. Ochiul stâng era normal.

La 9 Februarie Prof. Michail practică o biopsie și apoi o diatermo-coagulare a neoplaziei palpebrale. Cicatrizarea s'a produs în condițiuni normale și la 6 Martie bolnavul părăsește clinica complet vindecat.

**Examenul anatomo-patologic** al biopsiei secționată la gheață carboinică mi-a arătat următoarele caractere: neoformațiunea era constituită din lobuli regulați de formă poligonală sau longitudinală, de dimensiuni variabile cei mai voluminoși fiind situați în profunzime. Ei erau separați unii de alții printr'o stromă conjunctivă și ocupau spațiul dintre epiderm și țesutul adipos subcutanat. Un examen detaliat al lobulilor mi-a arătat că erau constituiți:

1. din celule epiteliale și formațiuni hialine
2. din fibre conjunctive cari pătrundeau din stromă în interiorul lor.

Celulele epiteliale formau grămezi neregulate înconjurată de o stromă conjunctivă și de o bandă de substanță hialină. La periferia lobului ele aveau o formă cilindrică în timp ce către centru deveneau poliedrice prin presiune reciprocă. Toate aceste celule aveau un nucleu voluminos care se colora intens.

Formațiunile hialine ocupau de predilecție centrul tumorei și se prezentau fie sub aspectul unor bule sau cordoane hialine, fie sub acela al unor lame cari înconjurau lobul la periferia sa. Cordoanele hialine se anastomazau între ele și în grosimea unora se puteau observa câțiva nuclei ovalari, alungiți, f. intens colorați și distanțați unii de alții.

Stroma era constituită din celule conjunctive prevăzute cu un nucleu foarte alungit. În imediata vecinătate a lobulilor unele din aceste celule erau pe cale de transformare hialină; ele apăreau mai umflate, mai nucleate și prezentau modificări în structura lor. Vasele ocupau de predilecție periferia tumorei și nu prezentau nici o alterație în structura lor.

Din studiul cazului expus mai sus reiese că am avut de a face cu un bolnav în vârstă de 48 ani, care cu 2 ani mai înainte a observat apariția la nivelul pleoapei superioare drepte a unei tumorete de mărimea unui bob de porumb. Cu 5 luni înainte de intrarea în clinică, bolnavul suferă un traumatism la nivelul acestei tumorete, în urma căruia aceasta se ulcerează și începe să crească în mod rapid.

Examenul clinic ne-a arătat că este vorba de un epiteliom ulcerat al pleoapei superioare, iar examenul

# LUMINAL

Antispasmodic, sedativ și hipnotic.  
INDICAȚIUNI:

Epilepsie, stări grave de excitații,  
insomnie gravă.

Tuburi cu câte 10 tablete à 0,1 și 0,3.  
Dosaj: 1/2—1 tabletă zilnic, eventual de mai multe ori.  
Nou! Soluțiuni de luminal în ampule oricând gata pentru  
întrebuințare.

O. P. Cufie cu 10 ampule à 1 ccm.

## PHANODORM

**hipnotic** nou, inofensiv și cu acțiune sigură pentru  
practica generală.  
Tuburi cu 10 bucăți à 0·2 g.

## LUMINALETTE

pentru întrebuințarea de durată a luminalului în doze mici.  
Se poate aplica la **spasmele** musculaturii netede a vaselor.  
Sticle cu 30 bucăți à 0·015 g.



# E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant științific pentru România: Dr. STERN, Cluj, Str. Elisabeta 16.

## TRATAMENTUL CEL MAI COMPLET 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 COLAGOGE 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  
ÎN SPĂLĂTURI și SUPOSITORI

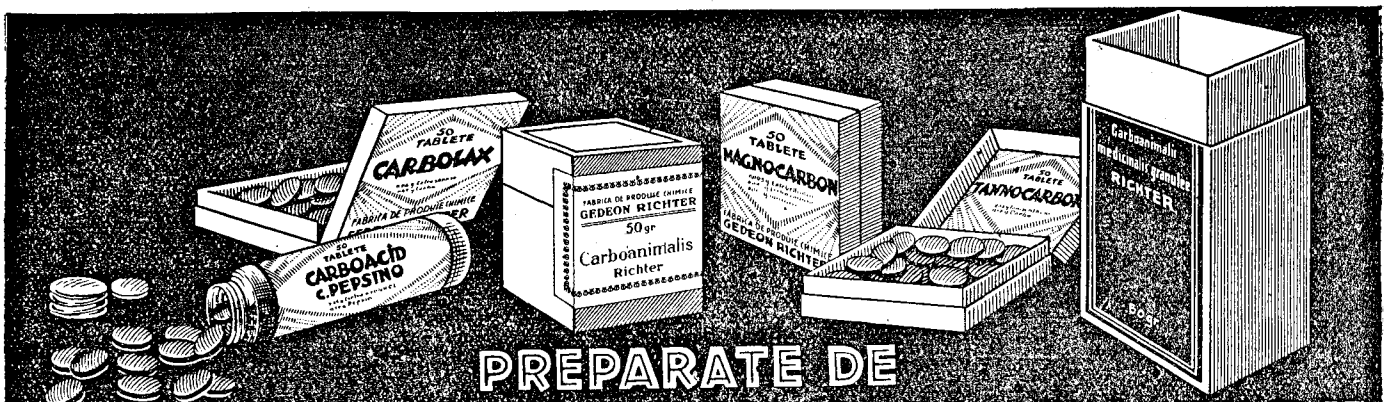


1 Supozitor la zi, ori 1—3  
lingurițe de cafea (de obicei 2) la 160 grame apă  
fiartă caldă pentru spălături.

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

Reprezentanța și deposit general pentru România:

**J. E. BUCUR, Strada Mecet 8 — BUCUREȘTI**



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, coică mucoasă.

**MAGNOCARBON RICHTER**  
 0,25 gr. Magnozón (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**

Terapia turburărilor digestiunei!

Tabl. **PANKRIN Richter**

**PANKREAS LIQUOID RICHTER**

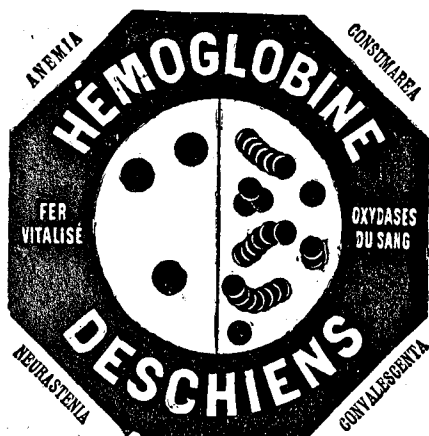
Conține toți fermenții pancreasului

Tabl. **DIPANKRIN Richter**

Pancreas și duoden

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, București IV  
 Șos. Pantelimon 4





# OPOTERAPIE HEMATICĂ

## SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobina

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Doză: 1 lingură de supă înaltă fiecarei mese.

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

istologic al biopsiei practicate ne-a confirmat acest diagnostic, arătându-ne în plus existența unei degenerescențe hialine a elementelor constitutive a tumorii.

\* \* \*

Analiza anatomo-clinică a acestor două cazuri ne arată dezvoltarea progresivă la nivelul unghiului intern al pleoapelor superioare drepte a unor epiteliome bazocelulare cu o evoluție lentă, cari la examenul istologic au prezentat degenerări hialine. Astfel de degenerări sunt extrem de rare pentru că în literatura epiteliomelor palpebrale, cunoscută până azi, nu am găsit nici un caz asemănător cazurilor descrise de mine.

Un punct ce merită o deosebită atențiune în studiul evoluției clinice a cazurilor mele este lentă lor dezvoltare și extensiunea lor relativ limitată. Prin aceste caractere ele vin în contradicție cu faptele stabilite de Billroth, care a arătat că cilindromele sunt în general formațiuni maligne, cu o mare tendință la distrugere locală. Cazurile mele fac deci tranziția între cilindromele adevărate tip Billroth și carcinomele bazilare propriu zise.

Un alt fapt clinic ce merită să fie reținut este lipsa recidivelor. Deși timpul scurs dela operație este relativ scurt (1 an de zile), totuși ținând seamă de faptul că cele mai multe dintre cilindromele dezvoltate la nivelul sferei oculare au recidivat după un interval mai mic de 1 an putem spune că și din acest punct de vedere cazurile mele se apropie mai mult de cancerule bazo-celulare decât de cilindrome.

Însfârșit, din istoricul clinic al cazului al 2-le, merită să fie reținut încă faptul că tumora a luat o evoluție rapidă în legătură cu un traumatism suferit de bolnav cu 5 luni înainte, fapt care confirmă observațiunile făcute și de alți autori asupra legăturii dintre traumatisme și tumorile oculare.

O particularitate puțin obișnuită a cazurilor mele o constituie însă structura lor istologică, care precum reiesă

din studiul observațiunilor bolnavilor, este aceea a unor epiteliome bazocelulare tipice cu degenerare hialină parțială aminfind până la un oarecare punct tumorile cunoscute sub numele de cilindrom.

O primă chestiune pe care trebuie să o lămurim în legătură cu aceste cazuri este aceea a originii formațiunilor hialine. Dacă acest lucru în prima observație este ușor de făcut deoarece examenul istologic a arătat în acest caz că formațiunile hialine sunt datorite degenerării celulelor tumorale însăși, în cea de a doua observație origina acestor formațiuni este mai greu de precizat. În adevăr aici, din cauza evoluției înaintate a neoplaziei este greu de fixat raportul cronologic între cele două feluri de formațiuni epiteliale și hialine care constituiesc tumora. Dacă ținem seamă însă de faptul că examenul periferiei tumorii a arătat existența unor formațiuni epiteliale de dată recentă în jurul cărora se poate vedea o scoarță de țesut conjunctiv pe cale de hialinizare, iar pe unele secțiuni se observă cum aceste formațiuni pătrund chiar în interiorul celulelor epiteliale, atunci putem spune că atât celulele epiteliale cât și formațiunile hialine, sunt contemporane. Spre deosebire de primul caz însă, degenerarea hialină interesează aici nu numai elementele celulare neoplazice ci și stroma tumorală. Prin acest caracter cazul se apropie mai mult de cilindromele primitive cunoscute fără ca totuși să reproducă tabloul istologic al acestor tumori.

Cât privește denumirea ce trebuie acordată neoformațiunilor cazurilor mele, aceea de cilindrom mi se pare improprie deoarece în ambele, este vorba de epiteliome bazocelulare cu degenerare parțială hialină. Mai potrivit cred că ar fi termenul de epiteliom hialogen care în afară de faptul că indică tumora originală arată și transformarea sa hialină. O astfel de numire a propus de altfel și Van Duyse în endoteliomele orbitare cu degenerare hialină, precum și Lubarsch, care observând că transformarea hialină este un proces ce se întâlnește aproape regulat în angio-sarcome și endoteliome le-a denumit cu adjectivul

hialogen. Cât privește semnificația evoluției cilindromatoase în astfel de cazuri, întocmai ca și *Masson* noi o considerăm ca un epifenomen „qui répond à une adaptation particulière et commune à maintes lignées épithéliales“.

#### Bibliografie.

- Busch*: Klin. Beobachtungen, Berlin 1859.  
*Cirincione*: Giorn. dell'Assoc. de Natur. e. Medic di Napoli 1890.  
*Coppez*: Soc. d'Anat. Patol. de Bruxelles 1900.  
*Calderaro*: La Clin. Oculistica 19.  
*Chaiborn and Datmann*: Amer. opht. Soc. 1910.  
*Dianoux*: Annales d'oculist. 1894 p. 81.  
*Demaria*: Arch. d'opht. 1906 p. 665.  
*Favaloro*: Annali di Ottalmologia e Clinica oculistica LIV, 1926, p. 515.  
*v. Graefe*: Arch. f. Opht. 1864, p. 184.  
*Lubarsch*: Virch. Arch. T. CXXXV f. 2, p. 188. 1894.  
*De Lapersonne și Mettey*: Archives d'opht. 1906. p. 193.  
*Mazzo*: Rev. gener. d'opht. p. 481, 1888.  
*Moissonier*: Arch. d'opht. 1903, p. 562.  
*Rogmann*: Annales d'oculist, 1908, p. 562.  
*Sattler*: citat după Favaloro.  
*Sydkens*: Klin. Mn. f. Augenhk. LXVIII f. 1—2.  
*Van Duyse*: Arch. d'opht. T. XV. p. 613 și 664, 1895.  
*Valude*: Soc. d'opht. de Paris 1906.

Spitalul de Femei — Cluj  
 Director: Dr. DOMINIC STANCA medic-primar

## CHINUITRINA CA EUTOCIC

de  
 Docent Dr. CONSTANTIN STANCA  
 medic primar

Tratamentul paliativ al insuficienței durerilor respectiv al contracțiunilor uterine în perioada a II-a a facerii, are azi la dispoziție un arsenal întreg din cele mai bune și eficiente ajutoare medicamentoase. Datorită acestora forcepsul a ajuns să fie, față de trecut, cu mult mai rar aplicat nu numai în clinici și spitale, dar chiar și în practica externă, unde medicii recurgeau chiar până mai anii trecuți, cu predilecție la ajutorul lui, care deși perhorescat la început de întreg anturajul femeiei, este blagoslovit la urmă când suferințele se curmă într-o clipă, iar țipătul celui ce s'a născut înseninează și umple de bucurie toată casa; natural că medicul va câștiga o aureolă, care va străluci în ochii familiei în primele zile după intervenție, dar această aureolă va plăti cu zi ce trece, după cum lăuza va face cea mai mică complicație, ba de multe ori chiar și fără aceasta.

E bine deci să ne ferim de glorie pasagere, căci publicul nostru nu știe să aprecieze nici să recunoască, cu

atât mai mult, cu cât curajul prea mare în obstetrică, ca și nerăbdarea aduc mult mai multe inconveniente, decât o conduită conservativă care are la bază esceptativa maximum posibilă.

Cunoscând deci desavantajele ce isvorăsc din aplicarea forcepsului vom fi satisfăcuți, când îl vom putea evita. Astfel ne vom limita la aplicarea de ajutoare mult mai inofensive, cari vor avea caracterul mai mult paliativ. Aceste sunt extractele hipofizare, ergotina și chinina.

În timpul din urmă am făcut o serie de experiențe cu preparatul *Chinuitrina*, o combinație de chinină cu extract din lobul posterior al hipofizei.

Se pare că această combinație ar fi una dintre cele mai norocoase, căci m'am putut convinge, că reprezintă un ajutor real, ferit de efecte neplăcute.

Avantajul acestui preparat este că: a) activează lent contracțiunile uterine, deci nu surprinde parturienta dintr'o dată cu contracțiuni cu efecte prea exagerate, cum ar fi bunăoară uneori în aplicarea extractelor de hipofiză; b) acțiunea chinuitrinei nu se manifestă niciodată cu contracțiuni tetanice, deci nu poate periclita viața fetei; c) efectul este mai durabil, căci chinina fiind și ea organotropă, fixându-se activează timp mai îndelungat, pe când în injecțiuni cu pituitrină, acțiunea dispare de multe ori după 15—20 minute, pituitrina fiind organolabilă.

*Indicațiile Chinuitrinei*: Dureri slabe în perioada de expulsie și în perioada placentară; face servicii bune în deosebi în atonii și în cazuri de infecții intrapartum în cari am observat, că este mai activă decât pituitrina.

De asemeni în avortul septic prefer *Chinuitrina* celorlalte preparate.

*Contraindicații*: ca și la pituitrină. *Chinuitrina* nu se va administra, sau numai în doze extrem de mici, în eclampsie, nefrită și unele afecțiuni cardiace.

*Chinuitrina* se poate administra intravenos, intramuscular și subcutan.

Cred, că e bine să abandonăm în deosebi în clientela externă calea intravenoasă, căci aduce efecte prea violente; să ne mulțumim cu efectele pe cari le produc injecțiile intramusculare și subcutane, acestea provocând acțiuni mult mai lente și totodată lipsite de inconveniente.

Acestea sunt considerentele pe cari am ținut să le fixez în baza observațiilor făcute cu acest preparat deocamdată pe un număr restrâns de cazuri, cari au dat totuși rezultate destul de mulțumitoare, pentru a putea atrage atențiunea colegilor mei asupra lui, ca aplicându-l în cazurile în cari se prezintă indicația potrivită, să se poată evidenția și mai bine valoarea adevărată.

Clinica ginecologică și obstetricală din Cluj  
Director: Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI INSUFICIENȚEI OVARIENE

de  
Docent Dr. TRAIAN POPOVICIU

Ovarele sunt unele din principalele glande ale organismului femeiesc, având funcțiune dublă și anume: prin producerea secreției externe menține perpetuitatea speciei umane, iar prin secreția internă vărsată în sânge produce o acțiune tonifiantă stimulând activitatea celulară.

Cunoaștem azi importanța capitală a funcțiunii endocrine a glandelor ovariene. Știm că insuficiența și disfuncțiunea ovarelor produc o turburare în ce privește ritmul și cantitatea menstruației — pe de altă parte deranjul în funcțiunea ovarelor să manifestă prin turburări în echilibrul vago-simpatico-tonic și în nutriție.

În urma cercetărilor moderne în fața acestor simptome de insuficiență ovariană, avem modalitatea să acționăm în mod eficace prin „Hormonoterapia” sexuală.

Zondek, Meyer și alții în ultimii ani au demonstrat, că hormonul sexual nu poate să se găsească într'un preparat ovarian, decât atunci, când se urmează un procedeu special de fabricațiune, care evită procese chimice violente și care pentru eliminarea materiilor străine recurge în general la procese fizice.

Atât în serviciul Clinicii ginecologice și obstetricale, cât și în clientela particulară am avut ocazie ca în ultimii ani să mă folosesc de un preparat, care întrunește condițiile susamintite și care preparat este cunoscut sub numirea de „Hogival” Chinoin.

Hogivalul conține hormon sexual standardizat după Allen-Doisy în M. E. (unități de șoarec) și este liber de materii toxice, este un produs solubil în apă, care nu posedă proprietățile unui lipoid și este liber de albumine proteinice.

Indicațiile aplicării hormonului ovarian Hogival sunt foarte vaste. Astfel se poate aplica în cazurile de amenoree, hipomenoree, oligomenoree, infantilism, hipermenoree, polimenoree, metroragii, sterilitate ovariană — datorită insuficienței glandelor ovariene. Se aplică cu succes după castrațiune fie prin Röntgen fie chirurgical, în faza de hipofoliculinemie a menopauzei, și în caz de libido slăbit.

Personal am folosit Hogivalul mai ales în cazuri de insuficiență ovariană manifestată prin oligo- și hipomenoree, amenoreea fetelor tinere, în cazuri de simptome grave a sistemului nervos și în câteva cazuri de reumatism ovaripriv și frigiditate.

În urma rezultatelor obținute trebuie se remarcă că

deși nu putem vorbi în toate cazurile de rezultate ideale, totuși acțiunea Hogivalului în cazurile unde se aplică mai ales ca terapie substitutivă prin hormonul biologic activ ce-l conține, ne asigură uneori rezultate admirabile și altele satisfăcătoare.

Nu este locul aci se intru în detaliile științifice ale terapiei hormonale prin extracte de ovare, — doresc însă a demonstra prin câteva cazuri cu rezultate foarte bune că Hogivalul aplicat în cazurile potrivite ne asigură efecte demne de a le aminti.

Voi descrie câteva cazuri în mod cu totul sumar, dintre cele tratate ca o reprivire asupra rezultatelor obținute.

**Cazul I.** — Femeie în vârstă de 32 ani, nulipară, prezentând oligo- și hipomenoree de ani de arândul. Starea generală debilă, astenică, suferă de insomnie, iritabilitate exagerată, turburări de nutriție, dar mai ales o chinuoasă cefalee care apar în formă de accese cu durată lungă 8—24 ore și prezentându-se mai intensiv în preajma și în cursul menstruației. Cefaleele sunt de așa intensitate că de 2 ani era necesită să recurgă la injecții cu morfina și derivatele ei. A fost tratată ani de arândul de neurologi și medici interniști, fără nici o ameliorare. Am administrat în această situație o serie de 12 injecții de Hogival à 100 M. E. intramuscular, zilnic câte o injecție. Efectul acestui tratament a fost surprinzător. Toate fenomenele — dar mai ales cefaleele care duseseră pe bolnavă la exasperare au diminuat într'o măsură neașteptată. Foarte mulțumit de acest rezultat am continuat în fiecare lună cu câte o serie de 12 injecții cu Hogival, astfel că după aplicarea alor șapte serii, bolnava și-a revenit aproape complet — și a devenit și gravidă — fiind scutită de seria imensă a simptomelor amintite.

**Cazul II.** — Fată de 19 ani — care la 16 ani a avut prima menstruație, prezentând timp de 2 ani o stare de oligo- și hipomenoree, iar de 4 luni amenoree. A fost tratată pentru chloroză de mai mulți medici. I-am administrat 12 injecții de Hogival à 100 M. E. în același timp zilnic câte 2 tablete Hogival à 300 M. E. După 16 zile dela debutul tratamentului apare menstruația nu însă în cantitatea suficientă. Am continuat după o pauză de 10 zile cu a doua serie după care apare menstruația regulată — urmând a continua cu ritmul și cantitatea obișnuită.

**Cazul III.** — Femeie în vârstă de 36 ani cu oligo- și oligomenoree asociate cu simptome generale similare cazului I, dar ceva mai atenuate. După 3 serii de câte 7—10 injecții de Hogival asociate cu tablete am obținut o revenire la normal a ciclului menstrual și dispariția fenomenelor vaso-motorii.

**Cazul IV.** — Fată de 22 de ani prezintă o amenoree de 8 luni și cu neurastenii foarte accentuată. Prima menstruație la vârstă de 15 ani — continuă aproape normal timp de 2 ani ca apoi să treacă într-o stare de hipomenoree și oligomenoree, iar de 8 luni amenoree. Din cauza lipsei de mijloace neputându-se face „titrarea hormonilor“ recurg la o cură de Hogival administrând totodată și Prolan. După un tratament energetic de 3 săptămâni apare menstruația, iar a doua lună după aceasta deveni gravidă.

**Cazul V.** — Femeie în vârstă de 35 ani, care înainte și în cursul menstruației acuză dureri violente în membre mai ales la cele inferioare. A făcut în mai multe rânduri cură balneară și diferite terapii antireumatice fără efectul dorit. Gândindu-mă la posibilitatea unui reumatism ovaripar — i-am administrat înaintea menstruației cu 8 zile 6 injecții de Hogival continuând acest tratament în 3 serii. Rezultatul a fost foarte bun — durerile reumatice dispărând aproape complet.

Am amintit acestea câteva cazuri de insuficiență ovariană, manifestate prin diferite forme, din multele cazuri tratate cu Hogival pentru a demonstra eficacitatea acestui hormon ovarian. Natural cazurile trebuiesc individualizate și aplicarea lui este eficace mai ales în cazurile unde avem de a face cu o insuficiență ovariană netă.

Hogivalul l'am aplicat mai ales în formă de injecții intramusculare mai des fiole de 100 M. E. și mai puțin cele de 25 M. E. Am injectat fie zilnic fie tot a 2-a zi câte o fiolă — asociind acest tratament și cu administrarea tabletelor Hogivale de câte 100 și 300 M. E. Am aplicat serii câte 6—12 injecții pe lună, repetându-le în 6—8 luni consecutiv.

Rezumând observările mele — constat că „Hogivalul“ aplicat în cazuri de insuficiență ovariană constituie un preparat excelent și foarte activ.

Prefer tratamentul în formă de injecții intramusculare în serii de câte 6—12 injecții; zilnic sau tot a 2-a zi o injecție. Repetând această serie de 6—8 ori după caz. Deci Hogivalul trebuie administrat timp mai îndelungat pentru a obține maximul de rezultat.

Cele mai bune rezultate le-am obținut în cazurile de oligomenoree și hipomenoree asociate cu turburări grave vasomotorii.

Administrat în formele și dozele descrise n'am observat nici un semn de intoleranță — fiind întotdeauna foarte bine tolerat de bolnave.

Iată motivele ce m-au determinat să comunic cele mai sus în legătură cu aplicarea hormonului ovarian Hogival în cazurile de insuficiență ovariană.

## TRATAMENTUL PUSTULEI MALIGNE CU NEOSALVARSAN

de  
Dr. L. SCHREIBER  
Noua-Suliță (Basarabia)

Tratamentul pustulei maligne cu Neosalvarsan l'am început încă în anul 1922, fiind medic-intern la spitalul chirurgical „Regina Maria“ din Chișinău (medic șef Dr. I. Papinian). Această metodă a fost obiectul unei comunicări făcute de mine în societatea științifică a medicilor din Chișinău. Câteva observațiuni au fost publicate în „Buletinul Asociației Profesionale a medicilor din Chișinău“, Decembrie 1924. De atunci până astăzi am tratat atâtea cazuri de pustulă malignă cu Neosalvarsan încât am pierdut numărul lor. Aci public pe scurt foile de observație ale acestor bolnavi cari, m'au convins definitiv de eficacitatea metodei.

1. Bolnavul T. P., de 58 ani, se prezintă la spital cu o pustulă malignă tipică pe brațul și antebrațul drept. În frotiul din lichidul pustulei numeroși bacili de Davaine. Sângele steril. Neosalvarsan doza V<sub>a</sub>. A doua zi edemul a scăzut pe jumătate. Examenul lichidului făcut peste 24 ore după injecția de Neosalvarsan a dat rezultat negativ. Peste câteva zile bolnavul iese din spital, vindecat.

2. Bolnavul V. G., de 65 ani, se prezintă în spital cu o pustulă malignă pe obraz. Toată fața până la claviculă extrem de tumefiată, pleoapele nu se deschid. Starea generală foarte gravă. Pulsul neregulat, somnolență, dispnee pronunțată. Examenul bacteriologic pozitiv. Imediat se face o injecție intravenoasă cu Neosalvarsan doza IV<sub>a</sub>, a doua zi starea generală și mai gravă; senzoriul prins, indiferență; se pare că edemul ajunge la laringe. Neosalvarsan doză V<sub>a</sub> plus 5 gr. oleu camphorat. După 24 ore starea generală evident ameliorată; pulsul regulat, plin, bine bătut. Peste câteva zile vindecare completă.

3. Bolnavul, medic veterinar, lucrând în laborator i-a sărit din pipetă pe fructe puțin lichid conținând spori din pielea care a fost examinată pentru antrax. Peste câteva zile o pustulă tipică. Imediat se face o injecție cu ser anticarbonos: 20 cmc. intravenos + 20 cmc. subcutan. În aceeași seară încă 40 cmc. de ser. A doua zi ser anticarbonos subcutan, intravenos și în jurul pustulei în total 140 cmc. Starea generală din ce în ce mai proastă, temperatura 38<sup>o</sup>6, pulsul 114, edemul crește. Injecția intravenoasă cu Neosalvarsan doza IV<sub>a</sub>. După injecție frison, care durează o oră, însoțit de transpirație profuză. A doua zi încă o injecție cu Neosalvarsan doza V<sub>a</sub>; după injecție transpirație profuză, fără frison, temperatura scade. Peste două zile bolnavul poate fi considerat vindecat.

Dacă cazul 1 se poate considera ușor, cazul 2 este mai complicat. Fenomenele clinice: dispneea gravă, aritmia

# Medicație anti-bacilară

# AZOTYL

HYPERACTIVAT PRIN IRADIATA  
LA RAZELE U. V.  
ACTINOTHERAPIE INDIRECTA



**- ÎN FIOLE -**

pentru injecțiuni sub-cutanate sau intramusculare

**ȘI ÎN PILULE GLUTINIZATE**

pe bază de

LIPOIZI BILIARI ȘI SPLENICI, CHOLESTERINĂ PURĂ  
GOMENOL, EUCALIPTOL, EUGENOL, CAMFOR

LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, 46, Av. des Ternes, PARIS (17<sup>e</sup>)

Literatură și mostre: J. DILLAN, 4, Str. Pitar Moșu, BUCUREȘTI (3)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## CONSTIPATIE

# LACTOBYL

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

IN COMPRIMATE de la 1 la 6 pe zi înaintea meselor.

**Extract biliar depigmentat** Regulează biligenia, stimulează secreția hepatică (Dastre, Doyon, Dufour, etc.) și dizolvă muceina, suprimând astfel formarea falșelor membrane.

**Extract total de glândele 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** Absoarbe 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)

RECALCIFIAREA  
ORGANISMULUI

# TRICALCINE

TUBERCULOZĂ  
FRACTURI. ANEMIE  
SCROFULOZĂ

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA  
21. Rue Chaptal - Paris. IX<sup>e</sup>

ALĂPTARE  
CREȘTERE  
SARCINĂ

Cel mai puternic stimulent al deprestunii organice

1° IN FIOLE sterilizate

2° IN PICĂTURI

(căile gastrice)

# SÉRUM NÉVROSTHÉNIQUE FRAISSE

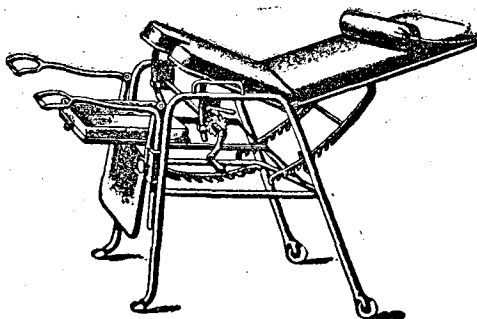
FURNISOR  
AL ASISTENȚEI PUBLICE

Fiecare fiolă conține :

1/2 mlgr. Cacodylat de Strychnină,  
0.10 glicerofosfat de sodium.

LABORATOIRES FRAISSE, 8 Rue Jasmin, PARIS (XVI-eme) *Mostre și literatură.*

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



INTREPRINDERE DE INSTRUMENTE MEDICALE

# „AESCULAP”

MIHAI MATE, CLUJ, STR. NICOLAE IORGA 2.



INSTALAȚIUNI COMPLETE MEDI-  
CALE DE LABORATOR ȘI SPITALE

extrem de pronunțată (folie cardiaque), starea comatoasă — toate acestea denotă că avem de a face cu o septice-mie carbonoasă, cu o miocardită acută toxiinfecțioasă. După injecție de Neosalvarsan criză evidentă, pulsul devine plin și regulat, nici o urmă de aritmie ș. a. m. d. Acest caz îl putem socoti ca unul cu prognostic absolut nefavorabil și se pare că vindecarea se datorește exclusiv injecțiilor de Neosalvarsan, mai cu seamă că nu s'a aplicat nici un alt tratament afară de pansamente sterile.

Cazul 3 (cazului șefului meu de atunci, dr. I. Pa-pinian este și mai grav, infecția fiind extrem de violentă: edemul creștea văzând cu ochii și ajungând la dimensiuni enorme. Deși a fost aplicat tratamentul mixt (ser anti-carbonos + Neosalvarsan), cred că vindecarea se datorește în mare parte Neosalvarsanului: în general serul anticar-bonos dă rezultate satisfăcătoare, însă acest ser nu este unul din cele mai puternice neconținând deloc sau foarte puțin antitoxine. Unii autori arată că serul anticarbonos împiedică formarea unei capsule în jurul corpului bacte-riilor. In cazul nostru microscopul a arătat precis forme cu capsule. Se pare că serul a fost injectat atunci când capsulele au fost deja formate și n'a lucrat decât asupra bacililor acapsulogeni. In definitiv, ameliorarea bruscă după injecția cu Neosalvarsan, frison, transpirație profuză, scă-derea temperaturii denotă că Neosalvarsanul a produs vindecarea, având în vedere mai ales că este vorba de o infecție extrem de virulentă de infecția de laborator.

In anii din urmă am întrebuițat această metodă la toți bolnavii cu pustulă malignă. Nu am avut nici un eșec. Intotdeauna am injectat doze masive, Neo a IV=a sau a V=a, în cazuri mai grave am făcut injecțiuni chiar trei zile consecutive: doza IV=a, V=a, V=a; niciodată n'am avut nevoie de mai mult de trei injecții; niciodată n'am văzut complicațiuni cu acest procedeu de injecțiuni

masive. Din partea mai multor colegi cari au cefit artico-lul meu în „Buletinul medicilor din Chișinău“ și au a-plicat pe urmă această metodă, am primit informațiuni în scris și verbal că aplicarea Neosalvarsanului în antrax le-a dat și lor rezultate favorabile.

Clinica Dermato-venerică Cluj  
Director: Prof. Dr. C. TĂTARU

## DESPRE NEO-PYOCYANASE, UN DESINFEC-TANT BIOLOGIC

de  
Dr. NICOLAE LENGYEL  
asistent

Este aproape de prisos de a insista asupra impor-tanței și rolului desinfecțantelor atât în practica dermatolo-gică, cât și în cea venerică. Pielea poate doar fi sediul unei serii întregi de leziuni ab ovo piogene, sau aceste in-fecțiuni se pot adauga în mod secundar la diferitele leziuni cutanate. Desinfecțantele își află astfel o vastă aplicație în acest domeniu al medicinei. Până în ultimul timp ne fo-loseam în toate cazurile aproape în mod exclusiv de de-sinfecțantele chimice, în special de iodoform, de diferi-tele derivate sau substitute ale acestuia. Inconvenientele acestei medicațiuni sunt îndeajuns cunoscute: mirosul pe-netrant, ba chiar nesuportat de unii, intoleranțele față de iod, dermatite, etc. Iar în foarte multe cazuri diferite mo-mente clinice vor contraindica chiar aplicarea acestor me-dicamente sub forma lor obișnuită de pudre sau alifii, recerându-se mai mult administrarea compreselor.

Intre astfel de împrejurări am primit cu bucurie eșan-

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. 50.  
Uoi de lemn sterilizat: 3 ca.

N. B. — Tratamentele obișnuite 15 fiole, din care una la trei zile.

LABORATOIRES FRAISSE, 8 Rue Jasmin, PARIS (XVI<sup>ème</sup>) Mostre și literaturd.

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

fiioanele *Neo-Pyocyanase*, cari ni sau pus la dispoziție din partea firmei prea bine cunoscute „Sächsische Serumwerke“, îndeoseb având în vedere frumoasele rezultate publicate de clinicieni distinși din diferitele ramuri ale medicinii.

Nu este scopul nostru de a insista aici mai pe larg asupra diferitelor proprietăți a *Neo-Pyocyanasei*. Menționăm doar atât, că este o soluție cafenie=deschisă cu un ușor miros caracteristic, dar nici decât neplăcut și care la aplicare nu se simte deloc, preparat prin procedee speciale din culturile bacilului piocianeu. Este astfel un *desinfec-tant biologic*, conținând ca principiu activ, conform constatărilor lui Emerich și Löw, enzimile eliberate din celulele bacililor. Avantagiile multiple ale preparatului derivă chiar din acest fapt. Anume aceste enzime, pe lângă marea lor putere bactericidă nu irită și nu atacă deloc țesuturile sănătoase. Rezistența vitală a celulelor este păstrată, înlesnindu-se astfel foarte mult reparația țesuturilor distruse. Pe de altă parte ele nu dezvoltă nici o acțiune precipitantă asupra diferitelor secrețiuni, ci în contra: le lichiază, fapt, care contribuie foarte mult la o vindecare rapidă și netă.

Pe baza acestor constatări — confirmate de o sumedenie de autori, am încercat și noi „*Neo-Pyocyanase*“, ba o serie de cazuri, pentru a ne convinge dacă aceste proprietăți sunt adevărate fapte și în practică, sau numai considerente teoretice. Cazurile au fost recrutate din materialul vast al clinicii și ele îmbrățișau cele mai variate afecțiuni piogene, sau leziuni infectate în mod secundar. Ele constituiesc dovezile cele mai eclatante despre eficacitatea *Neo-Pyocyanasei*, deci în cele ce urmează vom reda câteva dintre aceste cazuri.

I. P. M. muncitor întră în serviciul clinicii cu diagnoza de *sicoză strepto-stafilogenă cu impetiginare*. Se aplică un pansament cu vaselină salicilată pentru detașarea formațiunilor crustoase. După 24 ore, se prezintă o suprafață erosivă, sângeroasă, acoperită cu puroi, cu un număr mare de mici leziuni pustuloase, perifoliculare. Se administrează *Neo-Pyocyanase* sub forma de badijonări și comprese, repetate tot la 2 ore. A doua zi leziunile devin curate și prezintă o tendință vădită de epitelizare, atât dela periferie, cât și din interiorul plăcilor. Pustulele aproape complet dispărute. După alte 24 ore complet vindecat.

II. T. R. servitoare, se primește în serviciul clinicii cu o *combustie I—II—III*, localizată pe dosul piciorului stg. Se institue tratamentul obișnuit: băi cu ipermanganat și pansament cu vas. boricată. După câteva zile se prezintă o înrăutățire, în sensul, că plaga supurează foarte abundent, iar jurul este inflammat, prezentând o serie de leziuni pustuloase. Acuză dureri vii. Se aplică comprese

cu tanină  $1/2$  0/0, cari provoacă însă dureri și senzații de usturime. Trecem la *Neo-Pyocyanase*, sub forma de badijonări și comprese. (Ca comprese se aplică o meșă de tifon steril, imbibată cu *Neopyocyanase*, care la 2—3 ore se udă din nou, fără a fi îndepărtată de pe plagă. În modul acesta se consumă cantități mici de medicament și o sticlă de 25 gr. ajunge pentru 2—3 zile). Deja după 24 ore starea mult ameliorată, deși mai există secreție purulentă, aceasta este mult diminuată, iar falsele membrane și țesutul necrotic, cari acopereau plaga, se pot îndepărta cu ușurință. După 3 zile de aplicare plaga complet curată, fondul granulează iar la periferie se observă tendința de epitelizare. Se aplică din nou vaselină boricată, bolnava însă nu suportă această medicație. Revenim iarăși la *Neo-Pyocyanase*, sub care plaga în câteva zile se epitelizează.

III. B. M. casnică de 68 ani. Diagn. *Ulcer crural gangrenos* al gambei stg. Este o pacientă, care în ultimii ani a fost de mai multe ori tratată în serviciul clinicii cu această afecțiune. Se institue un tratament cu *Neo-Pyocyanase* sub forma de comprese. Resultatul a fost urmărit cu oareșcare curiozitate, fiind vorba de un caz, care înainte nu cedase la nici un tratament. *Neo-Pyocyanase* s'a dovedit în acest caz de o eficacitate neașteptată. În câteva zile ulcerarea gangrenoasă, fetidă, devenisă complet curată, cu un fond granulos și cu margini vii, cu o tendință de epitelizare. Sub compresele de *Neo-Pyocyanase* plaga, care avuse mărimea unei palme de adult se reduce aproape la jumătate. Bolnava în aceasta stare părăsește clinica.

IV. G. D. student, întră în clinică cu o *adenită inghinală dr. supurată*. În modul obișnuit se face incizia bubonului. La primul pansament se observă o plagă șancroasă cu o secreție purulentă foarte abundantă, care la presiune laterală iese din mai multe focare. Se introduce o meșă imbibată cu *Neo-Pyocyanase*. După 24 ore, plaga este mult mai curată. Se continuă cu acest tratament, schimbând meșele tot la 24 ore. Pacientul acuză la introducerea meșelor o ușoară usturime, care dispare repede. După 4 zile plaga este complet curată și se epitelizează net.

V. F. I. student. Dg.: *Adenită ingh. stg. incizată, șancrizată*. Pe baza cazului anterior, se institue tratamentul cu *Neopyocyanase*. Resultatul identic.

VI. Sz. G. chelner, întră în serviciul clinicii suferind de *șancrui moi fagadenici*, cu o tendință de invadare între foițele prepujiale, pornind din șanțul balano-prepujial. Pacientul a fost tratat înainte de un medic particular, care i-a indicat o incizie. La examen local se constată



prezența unei cavități de o adâncime de 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. din care se elimină o secreție foarte abundentă, purulentă. **Tratament:** badijonări cu Neo-Pyocyanase. Intre foițele prepuțiale se introduce tifon imbibat cu acest medicament. Plaga este foarte sensibilă. După 4 zile de aplicare următorul status: o mare parte din șancii epitelizați, restul curat, nedureros. Cavitatea s'a redus aproape la jumătate. Se continuă acest tratament, alternat cu aplicare de iodoform. După 10 zile aproape complet epitelizat, pansament cu pellidol.

Din cercetările noastre — deși numărul cazurilor este redus — ne-am putut convinge despre eficacitatea acestui nou desinfecțant biologic, cu atât mai mult, că am ales pentru control cazuri cari prezentau o gravitate mai mare față de cele obișnuite. Și dacă Neo-Pyocyanase s'a dovedit de un medicament într'adevăr bun chiar și în cazurile aceste, eficacitatea ei poate fi cu atât mai puțin contestată în cazurile ce survin în practica zilnică.

## CAPHOSSEINA KROMPECHER

de  
Dr. ZOLTÂN DIÉNES  
și  
Dr. TIBERIU AMBRUS

În tratamentul dispepsiei or „albuminoterapia“ s'a aplicat deja înainte cu mai mulți ani. Principiul pe baza căruia ea s'a aplicat a fost următorul: a aduce pe primul plan în locul proceselor patologice de fermentație, procesele de putrefacție. Se știe că, procesele de fermentație se produc din hidrat de carbon din alimente cari fermentându-se dau naștere la acizi grași inferiori, iritanți pentru mucoasa intestinală.

În fața acestei fermentații acide stau albuminele cu producții lor de putrefacție. Aceștia alcalinizează conținutul intestinal, diminuează peristaltismul și face posibilă saponificarea grăsimilor. În dispepsii toleranța pentru hidrați de carbon e scăzută, toleranța pentru albumină rămânând nealterată. Principiul tratamentului va fi deci, ca printr'o excludere trecătoare a hidraților de carbon și printr'o alimentație bogată în albumine să modificăm mediul intestinal în sensul de a crea condițiuni favorabile pentru înmulțirea și funcționarea bacteriilor de putrefacție. Tratamentele aplicate mai de mult au cauzat recidive frecvente. Fiindcă cu toată reducerea alimentației, bacteriile de fermentație au rămas pe mai departe în intestinalele copiilor și astfel deși fenomenele inflamatorii dela nivelul mucoasei intestinale au regresat, organismul slăbit prin subalimentație a reacționat din nou cu diaree la începerea alimentației.

Principiile albuminoterapiei de astăzi sunt datorite lui *Finkelstein și Meyer*. În locul laptelui albumos, greu de preparat recomandat de ei, avem o mulțime de preparate de cazeină. Noi am încercat „Caphosseina“ fabricii Krompecher fiind relativ eficientă, pe de altă parte, putându-se prescrie la foarte multe instituții, am putut-o aplica la un număr mare de bolnavi. Azi suntem în stare nu numai să aprobăm acțiunea bună observată până acuma, ci ne putem extinde la discutarea unor chestiuni ivite în urma aplicării Caphoseinei pe un câmp mai larg.

Aceste chestiuni sunt: 1. ca să preparăm caphoseina rece sau caldă, 2. ca s'o administrăm rece ori caldă, 3. care să-i fie concentrația.

Înainte de a răspunde la aceste întrebări este necesar să clarificăm dacă efectul caphoseinei este datorit unei acțiuni pur chimice ori iau parte și anumiți factori fizici. Există o diferență apreciabilă între starea coloidală a caphoseinei preparată pe cale rece sau caldă, totuși micellele soluției reci sunt mai mici, căci în căldură particulele de caphoseină se umflă, astfel totalul suprafețelor moleculelor mai mici este mai mic și astfel e mai mică și tensiunea superficială a soluției decât a unei soluțiuni calde conținând molecule umflate de o suprafață mai mare. În toate cazurile unde acțiunea coloidală este pe primul plan, trebuie să se pună întrebarea dacă între efectul terapeutic și starea coloidală există vreo legătură și dacă există, de ce natură este. Dar trebuie să ne mai gândim că modificările produse în concentrația soluției coloidale pot influența oare efectul terapeutic și care e legătura între modificările concentrației și între calitatea și intensitatea efectului terapeutic.

E de remarcat modificarea concentrației soluției de caphoseină în ioni de hydrogen cu schimbările concentrației.

6 gr. de caphoseină disolvată în 80 gr. de apă, ph. 7; 6 gr. caphoseină în 120 gr. de apă ph. 7.9; 6 gr. caphoseină disolvată în 180 gr. de apă ph. 8.

Cercetările noastre arată că acțiunea caphoseinei este cea mai intensă la copii nutriți cu lapte de mână. În această concentrație ea mărește și pofta de mâncare. Administrația într'o concentrație mai mare cauzează grețuri și anorexie; din contră dacă o administrăm în concentrație nu mai mare posibilă și anume înainte de mâncare scade mult greața. Aplicarea soluțiilor mai diluate e recomandabilă mai ales în cazurile de hypoaciditate prin faptul că ele măresc secreția gastrică. În jumătatea a doua a regimului de ceai, administrând cele 5—15 gr. de caphoseină, scotite pe o zi într'o soluție de 2—3%; reparația va fi mult mai rapidă iar scăderea în greutate mult mai mică și astfel vom putea evita pericolul inanției în cazurile cari progresaază spre atrofie.

În ceiace privește mecanismul de acțiune a caphoseinei se presupune că ea acționează pe calea chimică, cu toate aceste e verosimilă părerea că ea are și o acțiune

fizică. După concepțiile în general adoptate caphoseina — fiind o albumină — modifică procesele chimice din intestin precum și flora intestinală. Aceste fapte sunt com-  
plect dovedite, dar ele nu explică în întregime toate efec-  
tele observate după administrarea acestui preparat.

Din 1928 am aplicat caphoseina în toate cazurile de dispepsie. (Se înțelege dela sine că, cazurile grave au fost tratate anterior cu oleu de ricină și regim lactat). Am ob-  
servat în foarte multe cazuri că, deja după 1—2 zile de caphoseină, numărul scaunelor scade dela 8—10 la 2—4, iar scaunele până atunci tipice dispeptice prezintă o ame-  
liorare remarcabilă. O transformare atât de rapidă a florei bacteriene numai pe calea chimică e neverosimilă, chiar și în cazurile cele mai norocoase trebuie să treacă mai multe zile până când această modificare se produce. Luând însă în considerare că, pe lângă caphoseină copilul pri-  
mește totdeauna și o cantitate, mai mult sau mai puțin însemnată de hidrați de carbon, timpul necesar pentru transformarea florei intestinale trebuie să fie și mai mare. În afară de cel chimic trebuie să existe deci și alți factori în mecanismul de acțiune a caphoseinei și anume factori fizici. Dacă ținem cont încă și de faptul că, cu toată ame-  
liorarea vădită a scaunelor ele păstrează încă timp de mai multe zile un miros de fermentație, această ameliorare nu o putem atribui, decât unor fenomene fizice de adsorbție.

Cu toate că vorbim despre fenomene de adsorbție, ele nu sunt nici decum identice cu cele observate la bo-  
lus sau la cărbunele animal. Aceștia din urmă nu se des-  
compun în intestin și își pot exercita acțiunea de adsorbție pe tot lungul tubului digestiv. Acțiunea de adsorbție a caphoseinei trebuie să fie cu totul alta, căci ea se descom-  
pune în timpul digestiei, activitatea ei fiind astfel limitată pe părțile inițiale ale aparatului digestiv și de o durată re-  
lativ scurtă. Dat fiind faptul că ea nu se descompune 100%, iar pe de altă parte în cazurile de dispepsie bac-  
teriile de fermentație pătrund și în părțile superioare ale tubului digestiv, această acțiune de adsorbție trebuie să fie destul de însemnată. Acum dacă mai luăm în considerare și faptul că acțiunea de adsorbție este în raport direct cu suprafața, trebuie să ne pronunțăm pentru soluțiile prepa-  
rate la cald care precum știm au o suprafață mai mare.

O altă chestiune importantă e aplicarea profilactică a caphoseinei. Având în vedere mecanismul ei de acțiune, (fizic și chimic) am putea presupune că aplicarea ei pro-  
filactică ar putea împiedeca eventual dezvoltarea dispepsiilor. Această metodă profilactică ar avea o importanță capitală în tratamentul copiilor neuropazi și exudativi.

Cercetările noastre au dovedit, că în timpul unui tra-  
tament cu caphoseină, administrat în scop tonic, robo-  
rant, dispepsii enterale nu se prezintă, iar dispepsiile paren-  
terale eventual observate sunt foarte benigne și de o durată scurtă. În afară de acestea am mai remarcat, că în caz

de dispepsie caphoseină este în stare să împiedece până la un punct oarecare scăderea alcalinității organismului. Ea influențiază în mod favorabil dezvoltarea sistemului osos și grăbește foarte mult regresiunea leziunilor cutanate exudative.

De o aplicare profilactică în înțelesul strict al cuvân-  
tului nu putem deci vorbi în ceiace privește împiedecarea dezvoltării dispepsiilor. Vom putea întrebuința caphoseina în mod profilactic mai ales la copiii exsudativi și neuropazi, putându-se evita astfel nu numai dispepsiile, cari se ivesc din când în când la acești bolnavi fără nici o cauză apa-  
rentă, ci vom fi în stare să le asigurăm o dezvoltare re-  
gulară, normală.

---

### COMPTES-RENDUS DES ARTICLES ORIGI- NAUX DU No. 8. 1932

Prof. Dr. I. IACOBOVICI et Dr. ST. JIANU :  
Consideration sur la dystrophie kystique en relation avec 16 observations.

Les auteurs communiquent, en se basant sur 16 cas personnels, une étude détaillé sur la dystrophie fibro-cystique des os. Ils arrivent à la conclusion, que la forme solitaire a son origine dans des hémorragies, du fissu oseux, à la différence de la forme généralisée, laquelle apparait à la suite du hyperparathyreoidisme. Après avoir établi le cadre de ces formations, les auteurs décrivent la symptomatologie des différentes formes et s'occupent largement d'un cas de dystrophie kystique de l'extrémité inférieure accompagné d'une oteite déformante Paget, en accentuant l'intérêt du tableau radiologique de ce cas et le diagnostique différentiel.

En ce qui concerne le traitement ils ont obtenu de bons résultats par le traitement chirurgical, qui doit être autant que possible conservative. Dans les formes géne-  
ralisées ils s'attachent aux auteurs qui préconisent la pa-  
rathyreoidectomie, qui a été employé à la clinique chirurgicale de Cluj avec des bons résultats.

Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU et Doc. Dr. TR. POPOVICIU: Considérations sur le traitement du fibrome utérin.

Dans la thérapeutique du fibrome utérin, le traite-  
ment chirurgical constitue la méthode de préférence, le traitement phisique étant indiqué dans des formes plus limitées et dans les cas impossible d'opérer.

Le traitement est repartisé en  $\frac{2}{3}$  pour celui chirur-  
gical et  $\frac{1}{3}$ , pour Röntgen et curiethérapie. Nous sommes d'avis qu'en métant le diagnostique il faut sélectionner les malades qui necessitent un traitement radical opératoire e de celles convenables a l'irradiation,

SFĂRĂMAȚI  
CERCUL  
VICIOS



Insuficiența mineralelor esențiale — sodiu, potasiu, calciu, fer și mangan — conduc în mod inevitabil la sindroamele vigoarei scăzute.

În cazuri de neurastenii, debilitate, anemie, cașecșie, slăbirea forțelor și alte condițiuni de degenerare, Siropul Fellows procură aceste indispensabile minerale în o formă asimilabilă în tovarășie cu fosforul, chinină și strychnină.

Doza: una linguriță pe zi.

Prețul redus Lei 175 flaconul.

Drogueria "Standard",

București

**Siropul  
Fellows**

cu Hypofosfiți

Eșantioane  
la  
cerere

Procură  
mineralele  
esențiale

IN TUSE

**Tussamag**

Fluidificare rapidă a secrețiilor vâscoase; ușurarea expectorației; desinfecția organelor respiratorii; nu strică apetitul; gust plăcut; — nu conține opiacee; — suportat chiar de sugaci. —

Flacon orig. 220 gr. Lei 130.—

Literatură și probe la cerere.

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

Opoterapia Diabetului prin

# Pancrepatine

◆ „Laleuf”

capsule glutinizate cu bază de  
extract special biglandular din  
PANCREAS și din FICAT

6-12 capsule în 24 ore în  
timpul meselor

Literatură și  
eșantilioane

◆  
**Laboratoires Laleuf Paris**

la reprezentant și depozitar Paul Ilutza

București IV, str. Olari 23

A l'opération tenons compte de l'âge de la malade de son état général, de la forme d'évolution du fibrome et de l'existence d'autres affections. Dans les cas de fibrome et de grossesse il faut se limiter à la miomectomie pour respecter la grossesse. Le traitement sera remis pour quelque temps afin de sauver l'enfant. Dans les cas compliqués et surtout dans les premiers mois de la grossesse nous sommes pour l'hystérectomie en bloc. Le traitement opératoire indiqué chez les diabétiques aura des bons résultats et l'on prépare la malade préalablement par une cure d'insuline-dietétique en la continuant aussi après l'opération. Entre toutes les procédés, radicaux nous préférons l'hystérectomie totale dans la majorité des cas ou elle est indiqué. Nous opérons par voie abdominale en faisant d'avance rachianesthésie, procédé T. Ionescu.

**Doc. Dr. PETRU VANCEA : L'épithéliome hyalogène de la paupière.**

Le cylindrome des paupières est une affection extrêmement rare. L'auteur communique du cas d'épithéliome baso-cellulaire lesquels à l'examen isthologique ont présentés des dégénération hyaline intense. A cause de leur évolutions très lentes, l'extension relativement limité et sans récurrence ces deux cas se groupent parmi les carcinomes basillaires proprement dites et les vraies cylindromes type Billroth. Pour ca l'auteur propose la denomination de ces cas par le terme d'épithéliome hyalogène lequel a l'avantage originale et sa transformation hyaline.

**Doc. Dr. C. STANCA : De la Chinuitrine.**

La fabrique Gedeon Richter produit un préparat : Chinuitrine, qui réuni l'action remarquable du lobe postérieur de l'hypophyse, à celle de la chinuitrine, sur les contractions de l'utérus.

L'auteur a appliqué le préparat sous forme d'injections intramusculaires et sous-cutanées dans des cas nombreux en obtenant aussi dans la période d'expulsion de très bons effets. Il le préfère aux autres moyens séptiques. L'auteur a vu se produire des contractions de l'utérus lentes, durables et rythmiques ce qui exclu l'application du forceps et autres complications secondaires. Il recommande le préparat chaleureusement au praticien.

**Doc. Dr. POPOVICIU : Contributions au traitement des insuffisances ovariennes.**

L'auteur se déclare content du préparat Hogival. Il communique 5 cas. Il a appliqué la préparat surtout dans l'amenorrhée sous forme d'injections intramusculaires qui ont été bien supportées. Il a administré dans la majorité des cas des fioles à 100 M. E. Pour arriver au maximum d'effet il recommande une application prolongée de l'Hogival.

**Dr. L. SCHREIBER : Traitement du charbon avec Neosalvarsan.**

S'étant occupé de ce problème depuis 1922 l'auteur a communiqué ses observations déjà en 1924. Depuis ce temps il a traité encore plusieurs cas avec Neosalvarsan ayant un succès accompli. Il communique 3 cas.

**Dr. N. LENGYEL : Neo-Pyocyanase un désinfectant biologique.**

L'auteur réfère des bons résultats qu'il a obtenus avec ce préparat au sycosis de la barbe, dans les brûlures jusqu'au III-ème degré, dans les ulcères de la jambe gangreneux, chancre mou et adenits inghinal.

Ayant choisi pour ses expériences les cas les plus graves, il s'est convaincu de l'efficacité de ce préparat mis en commerce par la fabrique : „Sächsische Serumwerke“ et le recommande chaleureusement au praticien.

**Dr. ZOLTÁN DIENES et Dr. AMBRUS : Caphoseine-Krompecher.**

Le préparat Caphoseine mis en commerce par la fabrique Krompecher a été administré avec succès à la dyspepsie du nourrisson. Les auteurs recommandent le préparat non seulement pour l'usage thérapeutique mais aussi comme prophylactique chez les enfants souffrant de la diathèse exsudative.

**GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN**

Nr. 8, 1932

**Prof. Dr. I. IACOBVICI und Dr. ST. JIANU : Beiträge über Dystrophie im Zusammenhange mit 16 Beobachtungen.**

Die Autoren veröffentlichen, gestützt auf 16 persönliche Fälle, eine eingehende Abhandlung über fibrocystische Dystrophie der Knochen. Sie gelangen zum Schlusse, dass die solitäre Form die Folge von Blutungen sei, die in das Knochengewebe stattfindet, zum Unterschiede von der generalisierten Form, welche in Folge von Hyperparathyreoidismus auftritt.

Nachdem die Autoren die Zugehörigkeit dieser Formen erörtern, beschreiben sie die Symptomatologie der verschiedenen Formen und beschäftigen sich eingehend mit einem Falle von cystischer Dystrophie der unteren Extremität, welcher von Osteitis deformans Paget begleitet war, betonen die Interessantheit des Röntgenbildes dieses Falles und erörtern die Differentialdiagnose. Bezüglich der Therapie erzielten sie gute Resultate mit chirurgischer Behandlung und empfehlen, dass diese möglichst konservativ sei.

Bei den generalisierten Formen schliessen sie sich der Meinung der Autoren an, welche die Parathyreoidectomie bevorzugen und berichten, dass diese Operation auch auf der chirurgischen Universitätsklinik Cluj bei verschiedenen Osteopathien mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

**Prof. Dr. CHRISTEA GRIGORIU und Doc. Dr. TRAIAN POPOVICIU: Beiträge zur Behandlung des Uterus fibromes.**

Bei der Behandlung des Fibromes ist die chirurgische Behandlung die Methode der Wahl, während physikalische Methoden weniger angewendet werden und eher dort in Betracht kommen, wo eine Operation kontraindiziert ist. So werden  $\frac{2}{3}$  der Fälle chirurgisch und nur  $\frac{1}{3}$  mit Röntgen- und Radiumstrahlen behandelt.

Die Autoren sind der Meinung, durch eine präzise Diagnose die Fälle auszuwählen, welche für chirurgische bzw. Strahlenbehandlung geeignet sind. Bei der Indikation zur Operation muss das Alter der Kranken, der Allgemeinzustand, das Evolutionsstadium des Fibromes und das Vorhandensein anderer Affektionen in Betracht gezogen werden. Bei Schwangerschaft wird nur eine Myomektomie vorgenommen. So wird das Leben des Kindes geschont: in komplizierten Fällen sind die Autoren, besonders in den ersten Schwangerschaftsmonaten, für eine Hysterektomie en Bloc.

Der operatorische Eingriff, der bei Diabet indiziert ist, wird gutes Resultat versprechen, wenn wir die Kranken vorher einer diätetischen Behandlung und einer Insulinkur unterziehen, welche auch nach der Operation fortgesetzt werden.

Unter den Radikalprozessen sind die Autoren Anhänger der totalen Hysterektomie.

Sie operieren auf abdominalem Wege und verwenden Lumbalanaesthesie nach der Methode T. Ionescu.

**Doc. Dr. P. VANCEA: Das hyalogene Epitheliom (Cylindrom) der Augenlider.**

Das Cylindrom der Augenlider ist eine äusserst seltene Affektion. Der Autor veröffentlicht 2 Fälle basozellulären Epithelioms, in welchen die histologische Untersuchung ausgedehnte hyaline Bildungen zeigte. Durch sehr langsame Entwicklung, relativ geringe Ausbreitung und Mangel von Recidiven nehmen diese beiden Fälle eine Mittelstellung zwischen echten Carcinomen und Cylindromen vom Typus Billroth ein. Daher proponiert der Autor für sie den Namen: „Hyalogenes Epitheliom“, welcher den Vorzug hat, zu gleicher Zeit die Natur und die hyaline Veränderung der Neubildung zu bezeichnen.

**Doc. Dr. C. STANCA: Über Chinuitrin.**

Von der Fabrik Gedeon Richter wird ein Präparat „Chinuitrin“ erzeugt, welches die vorzüglichen Wirkungen

des Hinterlappens der Hypophyse auf die Kontraktionen der Gebärmutter mit der des Chinuitrins vereinigt.

Der Autor verwendete das Präparat in Form intramuskulärer und subkutaner Injektion in zahlreichen Fällen und erzielte damit in der Austreibung und Nachgeburtsperiode sehr günstige Resultate. Ebenso zieht er es bei septischen Abarten anderen Mitteln vor. Er beschreibt lange dauernde, langsame und rythmische Kontraktionen der Gebärmutter und macht so die Anwendung der Zange unnötig, ohne Zeitigung selbst der geringsten üblen Wirkungen. Er empfiehlt das Mittel den Fachkollegen wärmstens.

**Doc. Dr. TR. POPOVICIU: Beiträge zur Behandlung der Insuffizienz der Ovarien.**

Der Autor ist mit dem Präparate Hogival sehr zufrieden. Er beschreibt 5 persönliche Fälle. Er verwendete das Präparat besonders bei Amenorrhoe und Oligomenorrhoeen in Form intramuskulärer Injektionen, die gut vertragen wurden und gab meistens Fiolen mit 100 M. E. Er empfiehlt zwecks Erreichung des Wirkungsmaximums längere Anwendung des Hogivals.

**Dr. L. SCHREIBER: Behandlung des Milzbrandcarbunkels mit Neosalvarsan.**

Der Autor gibt an, daß er sich schon seit 1922 mit diesem Probleme beschäftige und einige Beobachtungen bereits im Jahre 1924 veröffentlichte. Seither hat er noch mehrere Milzbrandfälle mit Neosalvarsan behandelt und ist von dem Heilwerte vollständig überzeugt. Er veröffentlicht 3 einschlägige Fälle. Er begann die Injektion mit der Dose IV—V.

**Dr. N. LENGYEL: Über Neo-Pyocyanase, ein biologisches Desinficiens.**

Der Autor berichtet über recht gute Resultate, welche er mit obigem Präparate bei Sycosis barbae, Verbrennungsarten bis III-ten Grades, gangrenösem Ulcus cruris, Ulcus molle und Bubo inghinalis erhalten. Da er zu seinen Versuchen gerade die schwersten Fälle erwählt, ist er von der Vorzüglichkeit dieses, von den Sächsischen Serumwerken in Handel gebrachten Präparates umso eher überzeugt und empfiehlt es den praktischen Ärzten wärmstens.

**Dr. ZOLTAN DIENES und Dr. AMBRUS: Über Kaphosein-Krompacher.**

Bei Dyspepsien von Kleinkindern wurde dieses von der Budapester Fabrik Krompacher in den Handel gebrachte Präparat von den Autoren erprobt und berichten selbe recht günstige Resultate. Sie empfehlen das Nahrungsmittel nicht nur zu therapeutischen Zwecken, sondern auch prophylaktisch bei Kindern mit exsudativer Diathese.

## SOCIETĂȚI MEDICALE.

## SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ.

Sedința din 14. V. 1932

Prezidează Dl Prof. TITU VASILIU

*Prof. Iacobovici:* Tumoare a spinei iliace antero-superioare a osului coxal drept.

În ziua de 28 Martie 1932 a fost primită în Clinica Chirurgicală femeia Maria M. de 23 ani, profesiune casnică.

Bolnava declară, că în luna Iunie 1931 a căutat să miște un buțoi și s'a lovit la nivelul spinei iliace a. s. N'a dat nici o importanță acestei lovituri, care nu i-a produs de cât o jenă f. ușoară. La o lună după aceasta a observat la acest nivel o tumoare de mărimea unei nucii. Tumoarea crește încet la început, dar devenind gravidă creșterea s'a accentuat. Acum trei luni naște și după aceasta creșterea se accelerează și devine dureroasă.

La examenul medical se constată o tumoare de mărimea unui cap de copil situată în lăuntrul sp. il. a. s. drepte. Tumoara este rotundă, regulată și ocupă și deformează fosa iliacă dreaptă. Tumoarea este ușor mobilizabilă și nu aderă de părțile din jur. Tegumentele sunt libere și normale. Se constată că tumoarea prezintă o aderență de sp. il. a. s.

Examenul radiologic nu arată nimic la nivelul osului coxal.

La 4 Aprilie se intervine sub rachianestezie și se constată o tumoare cu caracterele descrise dezvoltate între oblicul mare și cel mic.

Tumoarea este delimitată de o capsulă și aderă prin partea sa mijlocie și externă de spină. Desfacerea și aci se face cu ușurință și după extirpare se constată lipsa periostului pe spină și vecinătatea crestei.

Examenul istologic al piesei arată că este vorba de o tumoare conjunctivă de bună natură formată de fibre conjunctive și celule cu una sau mai multe prelungiri din cari unele cu formă stelată.

Bolnava se vindecă normal și la 24 Aprilie părăsește clinica.

Cazurile acestea de tumori fibroase plecate din creasta iliacă sunt rare. Un caz a fost publicat de Riedinger în 1879.

Cazul nostru face parte din grupul puțin cunoscut a fibroamelor periostice superioare dezvoltate cu deosebire din creasta iliacă după cum arată Proust. În afară de acestea există fibroame pelviene inferioare implantate pe ischion, coccis și ramura ischio-pubiană cari se confundă deseori cu sarcoamele după autorul citat mai sus.

*Prof. Goia, Dr. Gavrilă, Dr. Spârchez:* Tratamentul tetanosului, prin cloroformizare și ser antitetanic.

Rezultatele favorabile obținute de numeroși autori, în ce privește tratamentul tetanosului prin cloroformizare și ser intrarachidian, ne-au determinat de a aplica metoda și în clinica noastră.

Obs. I. — M. Gh. de 21 ani intră în Clinica Medicală în 15 IV. 1932. Înainte cu 2 săptămâni suferă un traumatism la extremitatea inf. și sup. dreaptă. După 7 zile apar simptomele clasice de tetanos: trismus, dureri în extremități și contractura musculară. Prezintă ascensiuni febrile până la 38°. Tensiunea arterială prezintă o formulă sfigmo-manometrică divergentă, care dispăre cu ameliorarea simptomelor. T. 11—0 (v. 1.) Se aplică 2 zile consecutiv metoda Dufour: ser antitetanic intravenos 40 cm<sup>3</sup>, cloroformizare timp de 40' în care timp se injectează 40 cm<sup>3</sup> intrarachidian prin puncție suboccipitală, după aceia injecții cu ser intramuscular 50 cm<sup>3</sup>.

Zilnic administrăm 4 gr. cloral hidrat și calmante, injecții cu morfină.

În 17 IV. trismus a cedat, bolnavul își deschide gura mult mai bine. Temperatura cu tendință de coborâre.

Zilele următoare se continuă tratamentul cu injecții de ser intravenos, intramuscular și subcutanat.

În 22 IV. starea generală bună. Suprimăm tratamentul.

Tensiunea arterială 11—0 (v—1).

30 V. bolnavul se alimentează bine.

Obs. II. — K. M. 39 ani intră în clinică în 12 III. 1931. Înainte cu 12 zile își produce o leziune la degetul mic dela mâna dr. La trei zile în urmă simte greutate în mișcările gâtului, corpului, apare trismus și contractura musculară. Temperatura prezintă oscilațiuni între 37°—38.6°. Se aplică metoda prin cloroformizare și injecții intrarachidiene, cu 20 cm<sup>3</sup> de ser. A doua zi bolnavul se simte mai ușor, contracțiunile spasmodice nu-l mai supără.

În 15 VI.—17 VI. se repetă tratamentul. Temperatura oscilează între 37°—37.7°.

18 VI. bolnavul neliniștit.

19 VI. cloroformizare și ser intrarachidian.

21 VI. afebril, starea generală bună.

Obs. III. — L. L. 14 ani primită în clinică în 30 VI. 1931. Înainte cu o săptămână și-a produs la degetul al doilea dela piciorul sig. o leziune. După 3 zile de incubajie apar fenomenele de tetanos. Temperatura cu oscilațiuni până la 39.6 starea generală proastă.

1 VII. Narcoză cu cloroform, ser intrarachidian 4.000 unit, Primește ser intravenos, intramuscular, și subcutanat 120 cm<sup>3</sup>.

2 VII. Bolnavul agitat, la cel mai mic șgomot contracțiuni musculare. Ser antitetanic 180 cm<sup>3</sup>. intravenos și intramuscular.

3 VII. Narcoză cu cloroform, ser intrarachidian.

5 VII. Bolnavul nu-și poate deschide gura. Ser antitetanic 120 cc.

# 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

- 6 VII. Narcoză cu cloroform, injecție intrarachidiană 20 cm<sup>3</sup>.  
 9 VII. Idem.  
 10 VII. Starea generală foarte puțin ameliorată.  
 11 VII. Cloroformizare, ser intrarachidian.  
 15 VII. Idem.  
 18 VII. Bolnavul ameliorat

Obs. IV. — L. I. 7 ani intră în clinică în 24 VIII. 1931, înainte cu 2 săpt. se lovește la picioare în ambele regiuni plantare. După o incubajie de 7 zile apar simptomele de tetanos. Temperatură până la 39,6, tachicardie 140. După 2 zile, aplicând zilni: narcoză cu cloroform și ser intrarachidian, bolnavul se ameliorează.

Obs. V. — N. I. 55 ani intră în clinică în 22 IV. 1932. Înainte cu 8 zile s'a lovit la antebrațul stg. După o perioadă de incubajie de 2 zile semnalează dureri de gât, disfagie, nu poate înghiți nici lichide. Trismus, transpirațiuni profunde și ușoară agitație. Nu a prezentat contracțiuni musculare înafară de trismus. Se constată glicozurie, glicemie 140 mgr.; temperatură maximă 38,2. Primește ser intramuscular, intravenos, subcutanat, narcoză cu cloroform și inj. intrarachidiene cu 40 cm<sup>3</sup>, extragându-se întâi lichid cefalorachidian 40 cm<sup>3</sup> din cauza hipertensiunii.

- 23 IV. Bolnavul pare mai liniștit.  
 24 IV. Se aplică metoda Dufour.  
 25 IV. Idem.

26 IV. Starea generală proastă, tulburările de deglutiție foarte exprimate, bolnavul are senzație de sufocare. Sucombă. Diagnostic tetanos hidrofobic. Glicemie probabil datorite toxinei tetanice care irită sistemul nervos central.

În rezumat e vorba de 4 cazuri de tetanos, cari au avut timpul de incubajie dela 3—7 zile iar manifestațiuni clinice destul de serioase și care în urma tratamentului prin cloroformizare și ser intrarachidian s'au vindecat. Al cincilea caz care a avut timpul de incubajie foarte scurt și tabloul clinic al tetanosului hidrofobic n'a putut fi salvat. În ce privește valoarea acestei metode, e dificil de a judeca în mod absolut; încontestabil e însă că înregistrează un progres în terapeutică tetanosului.

Cum s'a ajuns la aceasta metodă și care e acțiunea cloroformizării?

Cercetări experimentale au demonstrat că în vitro se pot elibera doze mari de toxină tetanică fixată pe creier, utilizând substanțele anestetice.

Marie și Tiffeneau, iar în timpul din urmă profesorul Clerc din Paris fac experiențe pe creier de cobai și om, demonstrând eliberarea toxinei tetanice. Cloroformul disolvă lipoizii, deplasează toxina tetanică de centrul nervos, ajunge în circulație pentru a fi atacată de antitoxina introdusă prin ser.

Dufour dă o explicație care i se pare mai plauzibilă și cadrează cu achizițiile recente ale biochimiei. Prin cloroformizare s'ar produce o schimbare a metabolismului celular, o modificare profundă, permițând incorporarea mai ușoară a anticorpurilor în celula nervoasă. Se produce o schimbare a permeabilității fiziologice a celulei nervoase. Cloroformul fixându-se de lipoizii celulelor, modifică fiziologia și permite incorporarea mai ușoară a anticorpurilor din ser pe celula nervoasă.

#### Discuție

Prof. Iacobovici amintește mijloacele reduse pentru combaterea tetanosului. Remarcă procentul mare de cazuri vindecate prin tratamentul întrebunțat de autorii de mai sus. Importanța rezultatelor bune obținute este cu atât mai mare, cu cât în jurul Clujului tetanosul este foarte frecvent și deosebit de grav. În clinica de sub conducerea Domniei Sale s'au observat infecții tetanice după congelajii și intervenții pe căile

biliare. Pentru acest motiv se face tratament antitetanic în multe cazuri banale, în care în alte centre spitalicești nu se face. D-se crede că cloroformul ar putea fi înlocuit prin chloral-hidrat, care este un narcotic mai puțin toxic.

Prof. Sturza: Sunt multe substanțe liposolubile, cari administrate sub formă de băi prelungite ar putea avea o acțiune asemănătoare cu cloroformizarea. La fel și substanțele radioactive acționează în sensul de a putea favoriza acțiunea serului antitetanic. Băile cu aceste substanțe ar avea avantajul, că făcându-se timp de 1—2 ore, efectul de neutralizare a toxinelor de către serul antitetanic ar fi mai accentuat.

Prof. Hațieganu: Este sceptic în ceea ce privește efectul tratamentului preconizat de Dufour. Ca să se poată trage o concluzie serioasă, este nevoie să se facă încercări în cazuri mai numeroase. Efectul oricărui tratament variază dela bolnav la bolnav în raport cu un factor individual. Diferențierea eficacității tratamentului se face la cazurile grave. Or în cazul de față la bolnavul No. 5, acela care prezenta un tetanos grav, tratamentul a fost ineficace.

Statisticile publicate de diferiți autori dau date foarte variate asupra eficacității tratamentului Dufour. Adevărat că după unii autori mortalitatea scade la 20%, prin această metodă. Dar chiar administrarea serului antitetanic a scăzut simțitor numărul cazurilor mortale de tetanos.

Tratamentul Dufour s'a născut din necesitatea de a narcotiza bolnavi pentru ai liniși și a preveni contracțiunea diafragmului, care adevărat este fatală. Meritul lui Dufour este de a fi sistematizat și de a fi transformat în metodă o practică ce se întrebunța din când în când, cu un scop secundar. D. Prof. Hațieganu încă nu se poate pronunța asupra metodei din punct de vedere științific, ca să se poate pronunța e nevoie să se selecționeze cazurile cu incubajie scurtă — cazurile grave — și dacă vor obține rezultate bune și în aceste cazuri va trebui să se recunoască superioritatea acestui tratament, statistica generală a cazurilor vindecate de tetanos.

Prof. Nișescu: Există numeroase substanțe cristaline, numite fi-lactice, care evita moartea animalelor intoxicate. Aceste substanțe nu trebuie să fie solubile în lipoizi. Ele opun o barieră pătrunderii toxinelor în celula nervoasă. Compușii barbiturici împiedică moartea animalelor intoxicate cu strichnină. Cităm experiențele D-Sale în cursu cărora salvează animalul intoxicat cu de 3 ori doza mortală de strichnină, administrând o injecție de paraaldehidă îndată după apariția crizei. Se întrebă dacă aceste substanțe n'ar putea fi întrebunțate în terapeutică antitetanică.

Prof. Goia: N'are pretenția de a fi dat o statistică cu valoare. Crede în eficacitatea tratamentului preconizat de Dufour. I se pare că cloroformul eliberează din celula nervoasă toxina tetanică, pe care o fixează apoi serul antitetanic. Amintește că în cazul mortal infecția tetanică a avut un caracter excepțional de grav.

Dr. I. Gavrilă și Dr. Mihăilescu: Asupra unui caz de acromegalie și diabet zaharat.

Autorii descriu o bolnavă de 35 ani, care deja de 12 ani și-a pierdut menstruația și dela această dată observă că i-se schimbă caracterele fizice, mâinile și picioarele cresc, iau dimensiuni mult mai mari cum erau până atunci, fața îi devine mai mare, oasele feței și maxilarele cresc, buzele se îngroașă în același timp, caracterul vocii se schimbă înspre masculin, mișcările devin mai greoaie. De trei luni are polidipsie.

La intrare în Clinica Medicală în 11 III. 1932 prezintă din punct de vedere clinic un sindrom de acromegalie tipic, la radiografie se constată o tumoră ipofizară. Înălțime 1.60, greutate 73 kgr. Concomitent se constată un sindrom de diabet zaharat cu fenomene de acidoză intensă. Se institue un tratament insulino-dietetic și în 3 săptămâni reacțiunile de acidoză urinară (Legal, Gerhardt) și glicozuria dispar oplet. Se suprimă insulina în mod treptat și fenomenele diabetice nu reapar. Pentru tumora ipofizară face 3 ședințe de radioterapie, apoi



tratamentul n'a mai putut fi continuat, bolnava părăsind serviciul contra statului medical. În legătură cu acest caz autorii fac câteva considerațiuni generale asupra asociației între sindromul de acromegalie și sindromul de diabet zaharat.

#### Discuție.

*Prof. Nijescu:* Nu i se pare adevărată ipoteza că extractul de pol posterior ar provoca glicemia. Dinpovrivă, diabetul experimental la animale se produce cu extract de lob anterior. Extirpând lobul anterior al unei broaște, căreia i s'a extirpat și pancreasul, nu apare diabetul. În schimb, la un animal cu pancreas extras, căreia i s'a greșit lob anterior sau i s'au făcut injecții cu extras de lob anterior, se produce glicemia.

Dar se crede că în cazul de față, dacă nu s'ar fi declarat acromegalie, s'ar fi constatat un diabet mai ușor. O confirmare a acestei păreri ar putea exista în cazul când s'ar extirpa ipofiza și consecutiv ar ceda glicemia.

*Dr. Remus Doctor:* Flebită frustă a sinusului lateral drept. Schwannom al casei.

La un bolnav cu otită cronică un polip al casei se relevă ca o tumoră benignă cu caracterele unui Schwannom. Are dureri surde, frison, temperatură care cedează. Se operează 8 zile după frison și se găsește sinusul lateral denudat, îngroșat și decolorat pe distanță de 2 cm. Se vindecă fără deschidere.

*Dr. Remus Doctor:* Tromboflebită supurată a sinusului lateral drept cu abces cerebelos subdural.

Otită de 3 săptămâni cu colecție mastoidiană postero-inferioară de o săptămână. Sinusul lateral supurat și distrus pe o distanță de 3 cm., organizat la capete. Deschidere largă a fosei cerebeloase, drenare 4 zile. Vindecare. Se menține după operația o bradicardie (46—54) timp de 3 săptămâni.

*Dr. Danielo și Dr. Berariu:* Intervenția lui Jacobäus în colapso-terapie. Cu prezentări de cazuri.

Autorii nu prezintă referat asupra comunicării.

*Dr. Diaciov:* Cazuri rare de tuberculoză oculară.

Diferite manifestațiuni ale tuberc. oculare se întâlnesc destul de des prezentând un material aproape obicnuit al fiecărui serviciu oculistic.

Dealtfel dela cercetările clinice, terapeutice și experimentale ale lui Hippel, Stock, Leber și în special ale școlii oftalmologice germane s'a atras cu deosebită tărie atențiunea patologiștilor asupra manifestațiunilor multiple ale tub. oculare, evidențiindu-se rolul dominant pe care ea îl joacă alături de sifilis.

Acestea fapte au făcut ca școala oftalmologică din Cluj să atragă cu o insistență asiduă și continuă atenția lumii medicale românești, fie prin prezentarea cazurilor la ședințele științifice, fie prin publicarea acestor cazuri asupra faptului că tuberculoza tinde să ocupe în patologia oculară un rol demn de considerat și că în țară la noi cel puțin tuberculoza există în etiologia a foarte numeroase afecțiuni oculare uneori singură alteori alături de sifilis.

Se prezintă cazul bolnavului L. în etatea de 22 ani, de profesiune frizer.

*Ant. er. col.* și personale fără importanță. Boala începe cu un an înainte de a veni în serviciul Clinicei debutând cu un punct negru de de mărimea unei seminji de grâu care apare în câmpul vizual o. s.

La vreo 6 luni vederea a început se scădea și la o. d.

*Exam. urinei* negativ. *R. W.* în sânge negativ.

Polul ant. al ochiului normal.

Câmpul vizual la o. d. îngustat din partea nazală cu un scotom paracentral, iar la o. s. redus la un mic câmp periferic temporal.

Examenul oftalmoscopic este clasic de hemoragii recidivante în vitros cu fenomene de periflebită.

Din studiul cazului reese că bolnavul este suferind de alterațiuni ale vaselor retiniene cu hemoragii multiple și recidivante în vitros.

Având în vedere etatea bolnavului, evoluția cronică a afecțiunii, tabloul oftalmoscopic al vaselor retiniene, recidivele hemoragiilor se pune afecțiunea în legătură cu alterațiunea tuberculoasă a venelor retiniene.

Chestiunea tratamentului și în special tratamentul specific ai afecțiunilor tbc. al ochiului este un capitol de o importanță covârșitoare dar și tot odată nu mai puțin vastă așa că nu ar putea fi expuse în cadrele unei prezentări de cazuri.

Totuși voi spune câteva cuvinte asupra tuberculino-terapiei. Această terapie după cum putem vedea din cele 16 cazuri a lui Hippel observate timp de 17 ani precum și cazurile autorilor ruși (*Samoilov, Filotov*) este menită să aducă rezultate terapeutice neașteptate.

Nu mai puțin adevărat că ea are două tăisuri mai ales în afecțiunile membranelor profunde unde poate se dea hemoragii cu rezultate extrem de tragice pentru funcțiunea ochiului. Tocmai acest fapt a făcut pe mulți oftalmologi se renunțe complet la această terapie în cazuri de afecțiuni ale membranelor profunde (*Dolganov*).

#### Discuția:

*Docent Vancea:* Remarcă paradoxul observat la această bolnavă de a fi existat o hipertensiune arterială retiniană alături de o stază papilară, pe când în regulă generală stazei papilare îi corespunde ipotensiunea arterială retiniană. Explică acest paradox prin prezența actonei în sângele bolnavei. Se știe că această substanță are rol important în producerea modificărilor tensionale ale circulației retiniene.

DIATHESA URICĂ



A SE SPECIFICA BINE NUMELE

PIPÉRAZINE MIDY

2 la 6  
lingurițe  
de cafea  
pe zi

adesea  
imitată  
niciodată  
egalată

## REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Sedința II-a din 5 XII. 1931.

Prezidează d-l Profesor TITU VASILIU

Se fac următoarele comunicări:

*Prof. Titu Vasiliu și Dr. Rubin Popa: Un caz de reticulo-histiocitom malign.*

Individualizarea tumorilor cu punct de plecare în țesutul reticulo-endotelial este recentă și nomenclatura nu este încă definitiv stabilită. Fără îndoială că creierea acestei noi grupe de tumori are o bază reală și este bine venită, permițându-ne ca să încadrăm anumite tumori, cari nu corespundea cu morfologia tumorilor descrise mai înainte și erau din acest motiv greu de încadrat în diversele categorii de tumori epiteliale sau conjunctive.

O astfel de tumoră, cu structură specială care credem că corespunde morfologic unei tumori reticulo-endoteliale, vom descrie în cele ce urmează:

Un bărbat, în vârstă de 45 ani, ne-a fost trimis din serviciul Clinicii Medicale, unde a sucombat cu diagnosticul de tumoră pulmonară.

În serviciul clinic este primit pentru dureri articulare în membre și coloana vertebrală.

În antecedente nimic deosebit.

Ar fi bolnav de 2 săptămâni, boala începând cu temperatură și dureri în regiunea lombosacrată. Durerile extind apoi la articulația coxo-femurală, coloana vertebrală și articulațiile scapulo-umerale, imobilizând prin intensitatea lor pe bolnav. Temperatura se menține tot timpul. Tot dela aceiași dată observă apariția unei formațiuni nodulare în regiunea supraclaviculară dreaptă. Reacția W. negativă.

Examenul obiectiv nu arată nimic deosebit. Tens. art. maxima 11,1/2 mn. 6,1/2. În lobul superior al plămânului, o tumoră de mărimea unei mandarine. Este ospitalizat 5 săptămâni, în care timp oscilațiunile febrile până la 38,5°.

La autopsie, calota, pe regiunea parieto-temporală st-gă, prezintă doi noduli turtiți, circulari, de mărimea unei piese de 10 lei, formați dintr'un țesut elastic și de culoare albă. În regiunea supraclaviculară dreaptă, în jurul pachetului vasculo-nervos se găsește un pachet ganglionar de mărimea unei mandarine, la secțiune de culoare albă, cu porțiuni cenușii negre. Părțile centrale sunt ramolite. Pulmonii liberi în cavitatea toracică, în afară de lobul superior drept, care este intim lipit de grilajul costal. Suprafața ambilor plămâni e presărată cu o serie de noduli ajungând până la mărimea unei nuci, de consistență dură, culoarea albă și proeminenți sub pleură. La secțiune lobul superior drept este transformat într'o masă cu aspect tumoral, de culoare albă cenușie-roșietică în unele părți friabilă și aderentă de cutia toracică. În rest pe suprafața pulmonului există diseminați o serie de noduli cu contur neregulat și ajungând până la mărimea unei alune. Ganglionii hilari și tracheo-bronchici sunt transformați în pachete confluente, ajungând până la mărimea unui pumn; la secțiune porțiuni cenușii alterând cu altele albe sau antracice. Trachea e comprimată de aceste pachete ganglionare, iar masa în locul corespunzător prezintă o ramoliție și un depozit fibrino-purulent important. Deasemeni la deschidere, ramura superioară a bronchiei dr. prezintă o mucoasă neregulată rugoasă, lumenul strâmtat. Sub pleura parietală, se găsesc în diverse regiuni, noduli tumorali cu aspectul celor descriși la calotă.

Ficatul: mult mărit de volum (1800 gr.) pe suprafață o serie de noduli bine circunscși și proeminenți, ajungând până la mărimea unei nuci mari. La secțiune sunt numeroși, mai ales la partea inferioară a ficatului. În interstițiu, parenchimul degenerat, gras și de stază. Căile biliare libere. În celelalte organe nu se găsesc nici formațiuni tumorale și nici leziuni mai importante.

În general, tumora, exceptând lobul superior pulmonar dr., se prezintă sub un aspect nodular, variind ca mărime și ajungând în ficat până la mărimea unei mandarine. Macroscopic se prezintă cu o culoare albă-cenușie, formată dintr'un țesut compact aproape omogen și depe suprafața căreia se rade un suc, lăptos, întocmai ca și în tumorile epiteliale și prinde cu preferință ganglionii ca și aceste tumori.

Studiul microscopic prezintă un interes deosebit:

Tumora este formată dintr'o stromă conjunctivă, nu prea abundentă, iar parenchimul este format dintr'o serie de celule cu morfologie variată.

Se găsesc celule alungite cu nucleul palid și protoplasma bogată, asemănătoare cu celulele reticulo-endoteliale.

Din loc în loc celule gigante, cu aceeași morfologie, dar plurinucleate și cu protoplasma clară, asemănătoare până la un punct cu celulele Sternberg din limfogranulomatoză. Cea mai mare parte din țesutul tumoral, este format însă din celule mici ovalare sau rotunde, primele semănând cu celule conjunctive iar unele din cele din urmă având o asemănare cu celulele eritrocitare. Aceste diverse celule sunt izolate între ele și numai în rare locuri se surprinde o oarecare tendință de a se lipi unele de altele. În general, câmpul microscopic este caracterizat prin polimorfism și atipie. Circulațiunea sanghină se face în capilare de tip embrionar sau se găsesc chiar lacune sanghine, a căror captușeală este asemănătoare cu celulele de tip endotelial, descrise în masa tumorii.

În rezumat structura microscopică, credem că cadrează foarte bine cu cea descrisă pentru tumorile reticulo-endoteliale, și cazul ce-l prezentăm este dovada a existenței și a necesității de a grupa aparte acest fel de tumori.

## Discuție.

*Prof. Titu Vasiliu:* Diagnosticul de hemangiblastom s'a pus deja din biopsie. Amintește de nomenclatura dată de francezi acestor tumori reticulo-endoteliale sau de angioreticulom. D=sa este de părere a le numi reticulohistiocitom, căci celula endotelială este deja o celulă adultă. Legătura între aceste tumori și leucemii este foarte mare. Aici nu ar fi vorba de proliferația elementelor sanghine ci a elementelor stromatice histiocitare.

*Dr. C. Coluțiu:* a) Asfixie mecanică spontană, prin papilomatoza laringelui.

Se referă la o fetiță de 4 ani, care pe când era transportată de tatăl său spre clinica din Cluj, sucombă în drum. După afirmațiile părintelui fetița a fost sănătoasă, până acum 4 luni, când începe să devină puțin afonă, acuzând totodată și respirație grea și accese de sufocație. Cu aceste acuze o aduce în trei rânduri la clinica O. R. Laringologică unde se pune diagnosticul de papilomatoză a laringelui, intervenindu-se chirurgical pentru extirparea polipilor. După fiecare intervenție, la circa 2 luni s'a declarat recidivă. La a treia însă fetița în drum este cuprinsă de un acces de sufocație și sucombă. La autopsie, constatăm cadavrul relativ bine dezvoltat în raport cu vârsta, iar la examenul intern edem al epiglotei, iar lumenul laringelui sub glotă aproape complet obstruat de către o tumoră dură, pediculată, de culoare galbenă. Examenul microscopic făcut din această tumoră, evidențiază un papilom tipic. Importanța cazului constă în faptul că deși lumenul laringelui era aproape complet obstruat, totuși moartea nu a survenit decât după ce s'a declarat edemul epiglotei, produs în urma compresiunii tumorale.

În literatură medico-legală, cazuri de asfixii mecanice prin obstrucția lumenului laringelui sunt semnalate, nu am găsit însă asemănătoare cu al nostru, ceea ce ne-a determinat să-l prezentăm.

## b) Asfixie mecanică spontană prin edem al epiglotei.

Un bărbat, în etate de 42 ani, care în seara zilei de 21, XI. 1931, împreună cu 3 prieteni, consumă 4 litri de alcool și 300 grame țuică. Este dus acasă de prieteni, iar dimineața îl găsec mort lângă sobă. La autopsie constatăm cadavrul unui bărbat, în vârstă de 40-50 ani, cu țesuturile moi bine păstrate, cu câteva semne de violență pe cap și corp. La examenul intern constatăm iperemie pulmonară și mici puncte hemoragice în splină. Leziunea principală este la laringe, observându-se un edem foarte pronunțat al epiglotei. Aceste edeme au cauze toxice, infecțioase, chimice și fizice. În cazul de față se elimină două, rămânând momentul chimic: alcoolul și cel fizic: frigul. Pentru susținerea diagnosticului de asfixie prin edem al epiglotei, semnalăm congestia și hiperemia organelor amintite. Deși cazuri asemănătoare se cunosc, credem interesantă prezentarea prin faptul că asocierea alcoolului cu frigul în producerea edemului epiglotei este foarte rară.

## Discuții:

Dr. Radu discută etiologia cazului a) care prezenta condilome acuminat laringiene. Amintește părerea prof. Jackson Chevalier care le atribuie o origine congenitală. Insistă asupra caracterului recidivant al acestor papilomatoze laringiene și crede că moartea s'ar datori obstrucției glotei.

Prof. Ureche întreabă dacă nu s'a găsit la cazul b) pe lângă edem cerebral și alte semne pentru un edem Quinque.

Dr. Cotuțiu răspunde că la necropsie nu s'a găsit nici o altă leziune, iar din antecedente nu s'a putut lua informații precise.

Prof. Vasiliu: Semnele anatomo-patologice de asfixii (peteșile) încă arată că edemul este un fenomen ultim care grăbește asfixia. Frigul ar juca un rol mai important decât alcoolul în producerea edemului.

## Dr. G. I. Russu: Un caz de anomalie a arterei faciale.

E vorba de o anomalie a arterei faciale, care nu se prezintă de ambele părți, asimetric și e însoțită de anomalia unei venei faciale.

În partea dreaptă: Artera facială naște din temporală superficială, traversează glanda parotidă, în grosimea căreia se află împreună cu nervul facial, încrucșează foarte oblic în jos canalul lui Stenon, se recurbează în sus formând o curbă cu concavitatea în sus și înapoi fiind așezată pe mușchii ridicători, până la unghiul intern al ochiului, unde se anastomozează prin unghiulara cu aretra nasală.

La nivelul încrucșării cu canalul lui Stenon, dă o ramură ce se îndreaptă către comisura buzelor. Ajunsă la acest nivel se împarte în 2 ramuri, cari sunt cele 2 coronare ale buzelor. Căutată la originea e obișnuită se vede că din carotida externă naște o arteră subțire, ce împărtășește traiectul și raporturile normale ale facialei, dar se termină bifurcându-se în loja glandei submaxilare într'un vas mai gros, ce se pierde în glanda submaxilară (artera gl. submaxilare) și altul mai subțire reprezentând artera submentală. La nivelul scobiturii premaseterine lipsește orice urmă de vas arterial sau vânos.

În partea stângă. Artera facială prezintă în traiectul ei cervical dispozițiunea normală. Ajunsă la nivelul scobiturii premaseterine, artera e foarte redusă de volum, dă o ramură pentru maseter, una buccinatorului și urmând un traiect foarte sinuos, se pierde în buza inferioară a cărei coronară o formează

Artera transversă a feței, de un calibru ceva mai mare ca normal, se răspândește în regiunea malarului.

Artera suborbitară, foarte groasă, părăsește gaura suborbitară, se întreapă în jos și înainte pe proeminența nasală. Se împarte apoi în 2 ramuri, dintre care una mai mică, merge pe aripa nasului (artera aripii nasului); a 2-a ramură, mai voluminoasă, urmează un traiect oblic în jos, ajunge în buza superioară și se pierde în profunzime, părăsind a înlocui artera coronară superioară, care n'a putut fi alfel pusă în evidență.

La nivelul unghiului intern al ochiului, se găsește terminarea arterei nasale, sub forma unei mici ramuri, ce se îndreaptă în jos pe mușchiul ridicător comun.

De ambele părți, vâna facială își ia originea din unghiul intern al ochiului, urmează un traiect normal în regiunea facială superioară; ajunsă la nivelul mușchiului zigomatic mare, se recurbează înapoi, întră în glanda parotidă, pe traiectul nervului facial și ia parte la formarea unei venei jugulare externe.

În rezumat de partea dreaptă, porțiunea facială a arterei este înlocuită prin artera transversă a feței, iar în stânga mai multe teritorii vasculare concură la înlocuirea ei.

Anomalia de mai sus, deși a fost descrisă de mai mulți autori (Poirier, Testut) prezintă interes prin complexitatea ei așa de mare în cazul de față cât și prin raritatea anomaliilor arterei faciale, căci în interval de 6 ani de disecție, nu s'a semnalat în Institutul de Anatomie descriptivă nici un caz de anomalie a arterei faciale. Anomalia prezintă încă și un interes chirurgical, datorită traiectului ei într'o regiune cu vase de calibru redus și pe care se intervine destul de des.

Explicația anomaliilor vasculare ne-o dă însăși dezvoltarea embriologică a vaselor. Pornite la început dintr'o rețea indiferentă (de Vries-Müller), urmează traiectul nervilor, în cazul nostru facial, buchetul suborbitar și hipoglos pentru porțiunea cervicală a facialei, ca apoi rețeaua să dispară lăsând numai traiectul principal. Perzistența altor porțiuni din rețeaua incipientă va da naștere la anomalii vasculare, arteriale sau vânoase.

## Discuții:

Prof. Papilian: Rețeaua vasculară este condiționată de 2 factori: importanța funcțională și apariția nervilor. În cazul de față lipsește artera facială, dar nu poate lipsi funcțiunea glandei parotide și irigația mușchilor buzei.

## Doc. Dr. Liviu Câmpeanu: Plagă penetrantă toracică cu perforarea auriculului drept; operată.

Pacientul F. A. de 18 ani, este înjunghiat cu un cuțit de forma cuțitelor de bucătărie, cu lama de 12 cm. lungime, în hemitoracele drept, la orele 9<sup>1/2</sup> seara a zilei de 30 Oct. 1931.

În stare extrem de agitată (il țineau 6 oameni) este adus la spital.

Diagnosticul: plagă penetrantă toracică prin armă albă, sângerândă. Puls 120: cianoză, palcare, dispnee. Delir.

În linia mamelonară dr. la nivelul spațiului 3 intercostal, o plagă pușin oblică, de jos în sus intern, de 4 cm. lungime, la 6 cm. de marginea sternului. Sânge roșu, arterial.

Operația: resecția coastelor 3 și 4 cu lambou musculo-cutanat convex în afară, cuprinzând în el și plaga. Ligatura arterei intercostale dinspre bontul mamar. Prin plaga pleurală se constată o rană pulmonară în formă de butonieră, aproape de marginea antero-inferioară a lobului superior pulmonar. În fundul acestei rani o gaură rotundă duce în pericard, în care se zărește cordul bătând. Lărgim plaga pulmonară, secționând marginea pulmonului, apoi lărgim plaga pericardului.

Explorăm pericardul, exteriorizând parțial cordul. În momentul acesta sare un chiag proaspăt, de mărimea unui pumn de copil, din partea superioară a sacului pericardic, se mărește o plagă deschisă pe auriculul drept, apoi un val de sânge abundent se revărsă în plagă și astupă totul. Strângem cu mâna stângă vasele mari, cu dreapta strângem ventriculii, ca să opresc inima în loc. Scopul: evitarea hemoragiei și emboliei gazoase. Șterg plaga, repede pensez cu 3 pense plaga cordului (de 3 cm. lungime paralelă cu urechiușă, de care este la câțiva milimetri distanță). În timpul acesta (35-50 secunde) colaps, midriază, suspendarea respirației și pulsului. Numai ventriculii mai pulsau rar și slab. Injecție cu 2 cmc. adrenalina 1/1000, în ventriculul drept. Immediat pulsații mari ample, din ce în ce mai ritmice și viguroase. Șocul injectiei dispare complet după extragerea acului din peretele cordului.

Suturez plaga cu fire întrerupte de catgut și mătase.

Peretele foarte puțin rezistent, firele taie ușor miocardul subțire. Lipsă de pulsațiuni, fibrilațiuni auriculare. Sutura paricardului. Sutura parțială a plăgei. Tamponare, drenaj cu mikulies.

În cursul operației 50 cmc. intravenos de ser. Bolnavul după cō laps agitat. Temperatura variază între 38—39,5° C, până la moartea din 4. XI. 931. Puls la 1/2 oră după operație 96.

31. X. Tensiunea arterială Vaquez 11,5/6,5.

2. XI. " " " 13,5/4.

3. XI. " " " 14,5/7.

Tot timpul bolnavul a fost agitat. Moare de septicemie. Cordul bun până la sfârșit. A 2-a zi după operație se percepe numai un sgot mot (sistolice șters); a 3-a zi sgototele cordului normale.

La autopsie: se constată simfiza pulmonului drept (și cu ocazia operației a existat). Lichid purulent pleural și peritoneal. Flegmon gazos retroperitoneal. False membrane în pericard — pe partea opusă leziunii. Plaga cordului fără reacție.

### Concluzii:

1. Pentru evitarea hemoragiei și emboliei gazoase (aspirație de aer) se poate opri cordul, care apoi este reanimat cu injecție intracardiacă de adrenalină.

2. Locul acului nu se mai cunoaște pe peretele cordului.

3. Shocul traumatic febril este de natură infecțioasă.

Notă. — Piesa a fost prezentată de către d-l profesor Titu Vasiliu. Domnișia crede că peritonita și septicemia ar fi fost datorite instrumentului cu care s'a făcut înepătura.

Anatomo-patologic, suturile inimii se mențin în bune condițiuni, iar din partea inimii suprafețuirea era posibilă dacă nu se suprapunea infecția.

### Prof. Titu Vasiliu: Tumoră embrionară a ficatului.

Este vorba de o femeie în vârstă de 41 de ani, căsătorită. Întră în serviciul Clinicii Medicale la 8, XI, 1931.

În antecedente a avut 7 nașteri dintre care una prematură. Doi copii frăces sănătoși, ceilalți morți la diferite vârste, nu poate preciza cauza. Menstruată la 13 ani, epocele catameniale s'au succedat regulat cu durată de 2—3 zile. Este la menopauză de un an. Neagă boli infecto-contagioase.

Bolala actuală datează dela începutul luni August 1931 (3 luni) când observă apariția unei tumori la nivelul hipochondrului drept, de mărimea unei nuci, dură, nedureroasă și neaderentă de piele. După 1 lună ajunge de mărimea unui ou. În luna Septembrie apar dureri la nivelul tumorii, în legătură cu eforturile. Mai târziu bolnava prezintă vărsături post alimentare. Durerile devin tot mai mari, vărsăturile devin foarte frecvente, slăbește foarte mult. În această stare întră în serviciul Clinicii Chirurgicale. La examenul local se constată în hipochondrul drept o tumoră mare ce proimnă sub marginea coastelor, tumora este de formă alungită, dură, neaderentă de piele aderă însă de organele profunde. În hipochondrul și flancul stâng se palpează o tumoră de mărimea unui cap de copil, dură, aderentă de planurile profunde și neaderentă de piele.

Reacția Wassermann intens pozitivă. La examenul radiologic al tubului digestiv nu se constată nimic deosebit. Examenul A. P. Z. negativ. La examenul genital nu se constată nimic deosebit. În 14, XI, 1931, se face laparotomie exploatare, se constată o tumoră a ficatului și tumoră retroperitoneală inoperabilă. Starea se agravează din ce în ce și sucombă la 26, XI 1931, ora 22.

La autopsie în cavitatea peritoneală se găsește cca 200 cmc lichid sero-sanghinolent. În lobul stâng al ficatului se găsește o tumoră de mărimea unui cap de copil ce proimnă înainte în etajul abdominal su-

perior. Massa tumorală este înconjurată la periferie de un înveliș dur scleros de 1/2—1 cm. grosime. Pe secțiune, masa tumorală prezintă un aspect de masse albicioase cenușii ce alternează cu zone în cari se gă-sesc coaguli sanghini și mici chiste pline cu o substanță vâscoasă găl-buie. Țesutul tumoral este foarte friabil. În jurul acestei tumori se gă-sesc tumorele de mărimi variabile, ajungând chiar mărimea unor nuci cari pe secțiune prezintă o culoare albicioasă. Nu se rade suc lăptos; de pe fața postero-inferioară a acestei tumori pleacă o altă formațiune tumorală, de mărimea unui pumn de adult. Pe secțiune, această tumoră prezintă aspectul următor: La periferie este înconjurată de o capsulă conjunctivă de 3 mm. grosime, albicioasă dură. Massa tumorală este formată din zone albicioase cenușii ce alternează cu coaguli sanghini. Tot din tumora primitivă hepatică, pleacă o altă tumoră în stânga, ce se prelungește înapoia peritoneului, pancreasului, până în apropiere de splină. Această tumoră are mărimea unui cap de adult, aspectul macroscopic este același, al tumorii descrise mai sus, cu deosebirea că pe lângă sânge coagulat, pe secțiune lasă să se scurgă o mare cantitate de sânge necoagulat ce reduce simțitor mărimea tumorii. Această tumoră hepatică contractă aderențe puternice cu organele din etajul abdominal superior.

Structura microscopică a acestei tumori este deosebit de interesantă, ea variază în diferitele porțiuni ale tumorii. Părțile corespunzătoare zonelor, roșetice macroscopic, — microscopic prezintă structura unor coaguli sanghini mai vechi sau mai proaspeți, organizați sau nu. În părțile solide tisulare de o culoare albicioasă-cenușie, microscopic prezintă insule formate din țes. conjunctiv obișnuit, poate ceva mai bogat în celule, dintre cari unele afectează o formă stelată. Centrul acestor insule delimitatează un spațiu gol care uneori face impresia unor vase neoformate, cu structura capilarelor de dimensiuni mult mai mari, caverniforme în unele părți.

Se găsesc și cordoane celulare cu aspect și dispoziție epitelială, formate din epitelii turțit cubic. În unele părți aceste cordoane iau aspect glandular. Deci microscopic, prezintă structura unei tumori formată dintr'un țesut embrionar, mezenchimat. Această tumoră rară, am putea-o plasa la limita de trecere dintre procesele disontologice și tumori.

## REVISTA CĂRȚILOR.

Prof. P. Lereboullet, avec la collaboration des docteurs: F. Saint Girone et A. Zuber: Manuel de Puériculture. Masson, Paris 1932.

Este una din lucrările cele mai recente cari au văzut lumina tiparului, de o considerabilă valoare practică bazată pe cele mai moderne cunoștințe științifice. Este dedicată măestrului pediatriei franceze profesorului Marfan, membru al Academiei de medicină, precum și elevelor cursului de puericultură, cari au audiat aceste cursuri în intervalul de 1928—32.

Cuprinde XIII capitole, tratând despre: introducerea la studiul puericulturii; importanța puericulturii și igienei primei vârste; copilăria și vârstele ei; mortalitatea copiilor din prima vârstă și cauzele ei; superioritatea alăptării materne; pericolele privațiunii sânelui și separațiunii copilului de mamă-sa; alăptarea maternă; necesitatea alăptării materne; obstacolele ei fiziologice ori medicale, morale, materiale și sociale, dirijarea alăptării la sân; laptele de mamă, caracterele sale generale, co-lostrul; alăptarea în primele săptămâni; prima sugere; regulile ce trebuie observate înainte, în cursul și după aparițiunea laptelui; dificultățile primelor sugeri; hipogalactia primară, malformațiunile și ragadele mamelonare; regulile ce trebuie observate în decursul primelor luni; durata sugerilor, rația alimentară a copilului la sân; tabloul reprezentând cantitățile mijlocii de lapte pe care trebuie să-l ingereze un copil sănă-

tos, la o alăptare și zilnic; cum să ne folosim de datele din acest tablou; igiena și regimul mamei care alăptează; supraalimentația; sub-alimentația; copilul nu ia cantitățile prescrise, cu toate că mama are lapte suficient; mama nu produce lapte în cantități mulțumitoare; insuficiența secrețiunii lactate (hypogalactie), modificarea calitativă a laptelui, alăptarea mercenară și alăptarea mixtă; alăptarea artificială și dificultățile ei și pericolele; ce lapte vom întrebuița: lapte de măgăriță, lapte de capră, lapte de vacă; producerea laptelui de vacă destinat sugarului (grajdul, hrana, starea de sănătate, mulgerea, analiza laptelui), microbi din lapte; saprofiti și patogeni, acțiunea lor; laptele nefiert (crud); dificultățile și pericolele întrebuițării sale, sterilizarea laptelui; sterilizarea absolută și sterilizarea relativă; alegerea unei metode; tehnica alăptării artificiale; laptele complet sau diluat; inconvenientele laptelui complet în primele luni; diluția și îndulcirea laptelui de vacă; numărul și importanța meselor; tablou pentru dirijarea alăptării artificiale; modul de întrebuițare; biberonul și pregătirea lui; importanța curățeniei; mesele sugarului; modul de a administra biberonul; laptele modificat; laptele humanizat, laptele homogenizat sau fixat; laptele condensat ori concentrat; pudra de lapte (lapte sec sau uscat) babeurre-ul; indicațiunile, avantajile și inconvenientele acestor diferite sorte de lapte; — sucii de fructe crude, ca și adjuvant al alăptării artificiale: incidentele alăptării artificiale; intoleranța față de laptele de vacă; supraalimentația; subalimentația, turburările digestive; supravegherea alăptării artificiale; rezultatele: indicațiunile și modalitățile alăptării mixte; înjărcarea și ablactarea, ce se înțelege sub înjărcare și ablactare; ablactarea: primul aliment; făinoasele; caracterul și variațiile lor: pastele făinoase și preparatiunile lor; făinurile maltozate și făinurile lactate; panadele; ouăle, carnea; regimurile de ablactare, înjărcarea; epoca de predilecție; tehnica; îngrijirea mamei; incidentele înfărcării și ablactării; semnele de eutrofia a copilului mic, creșterea, greutatea și talia; aspectul exterior; panicolul adipos; explorarea fontanei mari; starea de nutriție; prima dentițiune; anomaliiile și accidentele dentițiunii; ridicarea capului; ținuta; mersul; strigătele și vorbirea (ințeligența și progresele sale); termometrul: (igiena generală a sugarului) necesitatea îngrijirii materne și igiena sugarului; baia: toaleta capului și unghiilor; îmbrăcămintea noului născut și sugarului; schimbul pelincelor și cărpelor; modificări ulterioare ale îmbrăcămintei; leagănul; culcarea copilului; camera sa; felul de trai; somnul, eșirea la plimbare; vaccinațiunea antivariolică; vaccinațiunea antidifterică și vaccinațiunea cu B. C. G.; îngrijirea sugarului bolnav, baia simplă, sărată sau sinapizată; împachetările toracice; cataplasmele; clismele și spălăturile intestinale; îngrijirea nasului, urechilor, ochi or și faringelui; prescripțiunile alimentare diverse; injecțiunile hipodermice; protecțiunea copiilor de prima vârstă, protecțiunea copilului înainte de naștere; cauzele mortalității precoce ale nouilor născuți; lupta împotriva cauzelor antenatale; puericultura intra-uterină; supravegherea medicală a gravidelor, consultațiunile prenatale; protecțiunea copilului alăptat natural, măsurile actuale de protecțiunea a alăptării la sân; legile referitoare la repaosul leuzei; prima de alăptare; articolul 8 din legea lui Roussel; mutualități, maternele: distribuirea ajutorului din partea carității private; azile de alăptare; căminurile pentru mame; adăposturile (hotel) pentru mame; restaurante și cantinele maternele; leagănele, azilele și pupomerele cu mame, cari alăptează; consultațiunile pentru sugari; asistența patronală, leagănele din uzine și camerele de alăptare; casele de compensațiune și alocațiuni; exemple referitoare la realizarea asistenței maternale și infantile în mediul industrial; acțiunea infirmierelor vizitatoare și asistentelor sociale; rezultatele actuale; protecțiunea copiilor de prima vârstă, protecțiunea copiilor alăptați artificial; copiii crescuți de propriile lor mame; importanța consultațiunilor pentru sugari și bucătăriile de lapte („gouttes de lait”); bonurile pentru lapte; igiena laptelui; copiii separați; crescătoarele mercenare dela țară; legea Roussel; puponierele lipsite de mame cu lapte; centrele rurale de creștere: diferitele tipuri ale lor; rezultatele pe cari le dau; leagănele (crêches) spitalicești; importanța asistenței sociale; rolul infirmierilor vizitatoare în operă de pro-

tecțiune a copiilor și în cea de educație igienică a mamelor muncitoare; conclusiuni.

Intreaga lucrare este străbătută de un spirit de riguroasă disciplină științifică care caracterizează în genere operele prof. *lui Lereboullet* și școlii sale. Nota personală, și spiritul în care este concepută lucrarea mai tradează o vastă experiență personală, care admite și nota de individualizare la care trebuie să se facă apel și care reclamă nu odată abateri dela normele riguroase, devenite clasice, pe cari le înălțăm indicate încă de altfel destul de deseori în diferitele manuale de specialitate îndeosebi atunci când se pune problema adoptării unei tehnice de alăptare. Față de alte lucrări similare franceze, lucrarea de față reprezintă și un real progres sub multe raporturi, fără ca să-și piardă cătuși de puțin caracterul școlii franceze care o aranjează așa de bine și care ne-o face cu atât mai agreabilă și mai simpatică. Din ea se poate observa și progresele frumoase realizate în serviciul dela „hospice des enfants assistés” unde încă prof. *lui Marfan* i-a reușit să reducă marea mortalitate infantilă inițială, și pe care demnul său succesori, prof. *lui Lereboullet*, asistat de colaboratorii săi, a știut s-o atenueze și mai mult ajungând la o mortalitate de 1% a populațiunii infantile totale, de 8—9% a sugarilor internați și de sub 6% a pensionarilor plasați în provincie. Inafară de competența incontestabilă a proeminentelor personalități pediatrice, în mâinile cărora este depusă soarta copiilor dependenți, bunele rezultate se mai datoresc și celor două mari reforme cari au fost introduse în timpurile mai recente; angajarea doicelor cu copii proprii, cari doice alăptează și pe sugarii lipsiți de mamele proprii, și depistarea, izolarea și desinfectarea purtătorilor de germeni difterici, aceasta din urmă după sistemul preconizat de către prof. *lui Lereboullet* și *Gournay*, unul din asistenții săi, fapte cari au determinat dispariții aproape completă a atrepsiilor spitalicești atât de frecvente odinioară. In afară de vaccinațiunea antivariolică, se mai face o propagandă rațională și în vederea întrebuițării sistematice a vaccinațiunii antidifterice cu anatoxina lui *Ramon*, precum și în favoarea vaccinațiunii anti-tuberculoase cu *B. C. G.*, cele două auziții destul de recente ale științei franceze.

Recomandăm cu toată căldura acest manual de puericultură tuturor colegilor de toate gradele, medici și studenți în medicină, precum și întregului personal auxiliar sanitar și de ocrotire care ar dispune de suficiente cunoștințe de limbă franceză, ca și tuturor societăților particulare și autorităților, dupăcum și tehnicienilor cărora le revine rolul de îndrumători în matene de igienă și ocrotire infantilă, să consulte în toate amănunțele sale aceasta prețioasă lucrare, căci suntem convinși că, însușirea și răspândirea cunoștințelor cuprinse întrânsa, ar contribui în largă măsură la combaterea, cu un mai mare succes, a regretabilei și înfricoșătoare mortalități infantile, cu tendința la permanențizare, din țara noastră. Prezicem cea mai largă răspândire acestei foarte utile lucrări, care pe lângă caracterul atât de impunător al școlii franceze, mai poartă în același timp și marca specială a eruditului pediatru prof. *lui P. Lereboullet*, dela fac. de med. din Paris, directorul Institutului de Puericultură dela „Hospice des Enfants Assistés” și comandor al „Legiunii de onoare”.

Docent Dr. Axente Iancu.

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”

## REVISTE PUBLICATE DE INSTITUȚIILE UNIVERSITARE DIN CLUJ.

## PÉRIODIQUES PUBLIÉS PAR LES INSTITUTIONS UNIVERSITAIRES DE CLUJ.

1. Buletinul Grădinii botanice și al Muzeului botanic dela Universitatea din Cluj. (Bulletin du Jardin et du Musée botanique de l'Université de Cluj).  
Tome I (1921), VII+94+14 p.; Tome II (1922), VIII+124+16 p., 3 pl. 6 fig.; Tome III (1923), VII+118+20 p., 5 pl., 1 fig.; Tome IV (1924), VIII+124+20 p., 3 pl., 7 fig.; Tome V (1925), VIII+134+49 p., 3 pl.; Tome VI (1926), 134+24 p.; 7 pl.; Tome VII (1927) Tome VIII (en cours).
2. Contribuțiuni botanice din Cluj. (Contributions botaniques de Cluj, publiées par l'Institut botanique de Cluj).  
Tome I, Nos 1 à 8, 9 (en cours).
3. Publicațiile laboratorului de Chimie Anorganică și Analitică al Universității din Cluj. (Travaux du laboratoire de Chimie anorganique et analytique de l'Université de Cluj).  
Tome I (1920—23) 176 p.; Tome II (1923—26), 244 p.; Tome III (1926—28) (en cours).
4. Publications de l'institut chimique de l'Université de Cluj.  
Tome I (1925), Série A (Laboratoire de Chimie organique) 64 p.; Série B (Laboratoire de Chimie physique) 75 p.; Tome II (1926), Série A, 153 p.; Tome III (1927), Série A, 118 p.
5. Buletinul extensiunii universitare din Cluj. (Bulletin de l'Extension universitaire de Cluj). 1924—25, 100 p.; 1925—26, 88 p.
6. Lucrările Institutului de Geografie al Universității din Cluj. (Travaux de l'Institut de Géographie de l'Université de Cluj).  
Tome I (1922), XIII+351 p., 54 fig. 31 pl.; Tome II (1925) 325 p., 24 fig., 11 c., 34 pl., Tome III (en cours).
7. Revista Muzeului Geologic-Mineralogic al Universității din Cluj, (Revue du Musée Géologique-Minéralogique de l'Université de Cluj).  
Tome I, Nos 1 et 2, 185 p., 48 fig., 4 pl., 1 c.; Tome II, No. 1, 59 p., 10 pl. (en cours).
8. Anuarul Institutului de Istorie națională. (Annuaire de l'Institut d'Histoire nationale).  
Tome I (1921—1922), XVI+434 p.; Tome II (1923), XV+544 p.; Tome III (1924—1925), X+1045 p.; Tome IV 1926—28), Tome V (en cours).
9. Publications de l'Institut d'Histoire générale.  
I. Mélanges d'Histoire générale, 381 p., fig. et cartes, 1927.
10. Clujul medical, revistă medicală lunară. (Le Cluj médical, revue médicale mensuelle, publiée par les Professeurs de la Faculté de Médecine).  
Tome I (1920); Tome II (1921); Tome III (1922); Tome IV (1923); Tome V (1924); Tome VI (1925); Tome VII (1926); Tome VIII (1927); Tome IX (1928); Tome X (1929); Tome XI (en cours).
11. Biblioteca Medico-Istorică. (Bibliothèque Médico-Historique, publiée par l'Institut d'Histoire de la Médecine et de la Pharmacie). No. 1. J. Gulart. Medicina în timpul Faraonilor (1926), 52 p. et 39 fig.; No. 2. V. Bologa. Contribuțiuni la Istoria Medicinii din Ardeal (1927). 104 p., avec 16 fig. No. 3. V. Bologa. Inceputurile medicinei științifice românești.
12. Buletin eugenic și biopolitic. (Bulletin eugénique et biopolitique, organe mensuel de la section médicale et biopolitique de l'„Astra“ publié par des Professeurs de la Faculté de Médecine).  
Tome I (1927); Tome II (1928); Tome III (1929); Tome IV (1930; en cours).
13. Biblioteca eugenică și biopolitică a „Astrei“. (Bibliothèque eugénique et biopolitique de l'„Astra“). 1. I. Moldovan. Igiena Națiunii (1925), 70 p.; 2. I. Moldovan. Biopolitica (1926), 95 p.; 3. S. Mehedinți. Școala română și capitalul biologic național (1927), 36 p.
14. Biblioteca medicală și igienică a „Astrei“. (Bibliothèque médicale et d'Hygiène de l'„Astra“). — 1. I. Hațieganu. Infecția tuberculoasă și profilaxia ei socială (1926), 57 p., 10 fig.; 2. L. Daniello. Tratatamentul tuberculozei pulmonare (1926), 106 p., 7 fig.; 3. I. Iacobovici. Cancerul (1926), 86 p., 15 fig.; 4. I. Goia. Boalele infecțioase și profilaxia lor (1927), 145 p., 12 fig., 3 pl.; 5. C. Tătar. Boalele venerice (sous presse).
15. Dacoromania. (Bulletin du Musée de la Langue Roumaine).  
Tome I (1920—1921) VI+608 p.; Tome II (1921—1922) VIII+940 p.; Tome III (1922—1923), X+1157 p.; Tome IV (1924—1926), 1re partie, IV+640 p.; 2me partie, XV+1000 p.; Tome V. Tome VI (en cours).
16. Biblioteca Dacoromaniei. (Bibliothèque de la Dacoromania).  
No. 1. G. Bogdan-Duică. Istoria Literaturii române (1923), VIII+917 p.; No. 2. A. Bena. Limba română la Sașii din Ardeal (1925), 44 p.; No. 3. Dr. E. Precup. Păstoritul în Munții Rodnei (1926), 58 p.
17. Publications du laboratoire de Pédologie et de Pédagogie expérimentale de l'Université de Cluj.  
I. P. Icuș. Inteligența copilului, studiu critic și experimental. (Intelligence de l'enfant, étude critique et expérimentale). 206 p., 24 fig.
18. Buletinul Societății de Științe din Cluj (Bulletin de la Société des Sciences de Cluj).  
Tome I (1921—1923), 643 p., 173 fig., 3 pl.; Tome II (1924—1925), XVI+384+235 p., 368 fig., 8 pl.; Tome III, XIII+424+201 p., 106 fig., 8 pl.; Tome IV (en cours).
19. Lucrările Institutului de Speologie din Cluj. (Travaux de l'Institut de Spéologie de Cluj).  
Tome I (Nos 1—25) 1920—1924, 553 p., 229 fig.; Tome II (Nos 26—48) 1924—1926, XII+604 p., 523 fig., 2 pl.; Tome III (en cours).
20. Biospeologica. Etudes sur l'histoire naturelle du domaine souterrain. Edité par l'Institut de Spéologie de Cluj.  
Tome I (Nos I—X) 1907—1909, VIII+710 p., 33 fig., 42 pl.; Tome II (Nos XI—XIX), 1909—1911, VIII+1074 p., 104 fig., 47 pl.; Tome III (Nos XX—XXIX) 1911—1913, VIII+850 p., 46 fig., 56 pl.; Tome IV (Nos XXX—XL) 1913—1919, VIII+812 p., 197 fig., 18 pl.; Tome V (Nos XLI—L) 1919—1924, VIII+1138 p., 1296 fig., 22 pl., Tome VI (en cours).
21. Lucrările Institutului de Patologie generală și experimentală. (23—1927) Vol. I.

# Agomenin



Substanța idrosolubilă a ovarului, emenagogă și stimulantă a funcțiilor genitale.

Se administrează de multă vreme cu succes în:

**Amenoree \* Oligomenoree \* În contra fenomenelor defecare după castrațiuni \* Ioplasie \* Sterilitate \* Iperemeza gravidelor**

Cea mai rațională terapie ovariană.

Fiole

Tablete

**SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE (ELVEȚIA)**  
Reprezentant pentru România: L. Bogoi, Strada Lucaci 74, București.

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.—  
INJEȚIUNI: cutia cu 6 fiole Lei: 115.— TABLETE: flac. cu 20 buc. Lei: 80.—



LITERATURA ȘI MOSTRE LA DISPOZIȚIA DILOR MEDICI PRIN REPREZENTANȚA GENERALĂ  
**FREDERIC SPODHEIM & C<sup>o</sup> BUCUREȘTI 2, BDUL ELISABETA 55**

# ELITYRAN

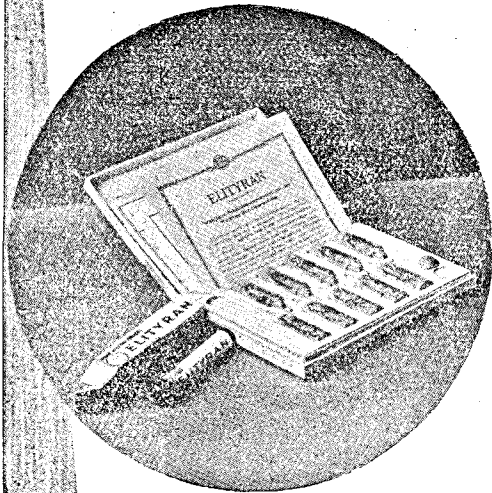
Noul extract de tiroidă cu efectul terapeutic al glandei totale.

Bine suportat și în doze mari  
fără a provoca accidente.  
Mărire considerabilă a metabolismului bazal. Efect prompt.

Indicat în insuficiențele tiroidiene, adipositas, ulcere torpide (mixoedem local), în profilaxia trombozei.

## AMBALAJE ORIGINALE:

Tablete: Tub cu 30 tablete à 0,025 mgr.  
Soluție <1%>: Cutie cu 10 fiole à 2 ccm



# PADUTIN

(KALLIKREIN, Bayer)

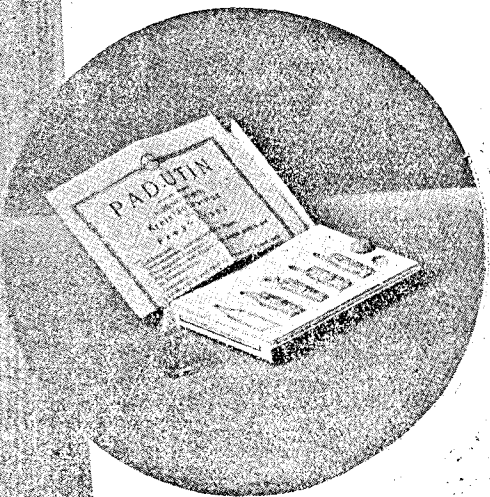
Hormon circulatoriu după  
FREY-KRAUT

administrare per os și în injecții

Contra turburărilor de nutriție a țesuturilor din cauza circulației sanguine insuficiente (spasme vasculare, claudicatio intermittens, gangrenă Raynaud) și în angină pectorală.

## AMBALAJE ORIGINALE:

Cutie cu 5 fiole (1 ccm = 2 unități biologice)  
Flacon cu 10 ccm (1 cm = 3 unități biologice)



Bayer-Meister-Lucius



LEVERKUSEN a. Rh.