

# CLUJUL MEDICAL

## REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Institutul de Anatomie Descriptivă și Topografică  
Director: Prof. VICTOR PAPILIAN

### NOI CERCETĂRI IN STUDIUL SINCOPEI ADRENALINO-CLOROFORMICE

de  
Dr. V. PAPILIAN  
și Dr. C. V. ANTONESCU

În timpul din urmă au apărut o serie de lucrări asupra sincopei adrenalino-cloroformice (*E. Bardier și Stillmunkes, Raymond-Hamet, Douglas B., Tournade A., Malmejac J., Chabrol M., La Bare J., Soula C., Sévenet G., Garrelon L., Thuillant R., Gallet T., Herman H., Jourdan T., Morali A., Portes F., Djournon A., Gaurtelet J., Halpern V., Dantreband L., Sante-noise L., Merklen, Grandpierre R., Vidacouitch M., C. Heymans și Bouckaert*). Totuși mecanismul intim al acestei sincope nu a fost elucidat.

*C. Heymans și J. Bouckaert* din experiențele predecesorilor ajung la concluzia că sincopa adrenalino-cloroformică este produsă de un dezechilibru brusc în tonusul sistemului vegetativ. Experiențele lor au fost făcute în modul următor: enervând sinusurile carotidiene și secționând trunchiurile vago-simpatice pentru a scoate din funcțiune nervii depresori, o injecție de adrenalină nu provoacă sincopa adrenalino-cloroformică.

Concluzia acestor autori este că predominanța simpaticului provocată pe cale nervoasă și humorală s'ar opune dilatațiunii acute a inimii în timpul hipertensiunii adrenalinice și ar împiedeca în felul acesta producerea fibrilațiunii.

Experiențele făcute în laboratorul nostru ne-a arătat că sincopa adrenalino-cloroformică poate fi favorizată în anumite împrejurări prin extirparea splinei (în anestezie eter-cloroform, care nu produce sincopa) și împiedicată prin extirparea pancreasului sau prin o injecție prealabilă de pilocarpină (care mărește tonusul parasimpaticului). Deasemenea am putut dovedi că prin extirparea unei mari porțiuni din simpaticul abdominal, se împiedeca producerea sincopei (*Papilian, Russu, Antonescu*).

În timpul din urmă *Velluda și Russu* au obținut o împiedecare a sincopei prin blocarea sistemului reticulo-endotelial.

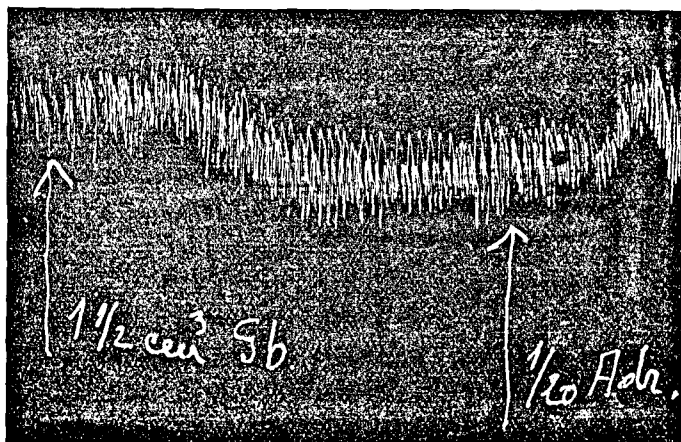
În experiențele de față am căutat să vedem dacă sincopa adrenalino-cloroformică nu poate fi împiedicată prin injectarea altor substanțe care modifică echilibrul simpatico-parasimpatic. În acest scop ne-am adresat produselor de secrețiune internă a glandelor sexuale.

A) La 11 femele de câini cloroformizate, am injectat intravenos foliculină (*Glandubolin Richter*) (Testiculi forte Richter) în cantitate de 20—30 U. I. pe kilogram de animal. După un interval variind între 30—60 secunde se injecta soluție de adrenalină în doza pentru producerea sincopei (0 mgr. 01 pe kgr. de animal).

Din 11 animale în 8 cazuri sincopa a fost împiedecată. Examenul graficei ne arată următoarele:

1. După injecția hormonului, urmează uneori o foarte ușoară scădere a presiunii, alte ori curba rămânea nemodificată.

2. După injecția de adrenalină urmează o ascensiune care însă nu e caracteristică. Ascensiunea nu are nici înălțimea, nici rapiditatea consecutivă injecției de adrenalină.



3. După câteva oscilări mai ridicate, presiunea începe să scadă, ca să revină la normal.

Sincopa este împiedecată. Graficele seamănă cu acele obținute de noi, după injecția prealabilă de pilocarpină.

Am spus că în trei cazuri totuși s'a produs sincopa. Aceste produceri, credem a fi datorite unei insuficiente pregătiri a animalului prin hormonul folicular (prin injectarea unei cantități prea mici).

B) La cinci câini masculi am injectat extract total de testicul în cantitate de egal cu *Glandubolin 0 gr.*

40 pe Kgr. de animal înainte de a da injecția de adrenalină.

Aci experiențele au fost concludente. Nici unul din animale n'a făcut sincopa adrenalino-cloroformică. Caracterele graficelor seamănă cu cele consecutiv injecției de foliculină.

Acțiunea produselor de secreție internă a glandelor sexuale (gonadele), asupra sistemului vegetativ nu este bine cunoscută »deși această acțiune e foarte probabilă« (Guillaumm).

După H. Violet, ovarul ar avea un rol important în menținerea echilibrului vago-simpatic. Ținând seamă de experiențele anterioare, prin cari ajungeam la concluzia că sincopa adrenalino-cloroformică ar fi datorită unui dezechilibru brusc în sistemul vegetativ și că pilocarpina, substanță parasimpaticotropă prin excelență împiedică producerea acestei sincope, am fi îndrăzuți să admitem cel puțin în mod provizoriu, că produsele gonadelor ar avea o acțiune hipertonică asupra sistemului parasimpatic.

#### REZUMAT:

1. Produsele de secreție internă a gonadelor injectate intravenos împiedică producerea sincopei adrenalino-cloroformice.

2. Aceste produse de secreție internă ar avea o acțiune asupra parasimpaticului.

Institutul de Chimie Biologică Cluj.

### METABOLISMUL CALCIULUI ÎN INJEȚIILE CU GLUCONAT DE CALCIU

de:  
I. MANTA  
și  
T. DINCULESCU

Calciul se repartizează în organism, sub două forme principale: calciul insolubil al scheletului și calciul circulant solubil, în cantitate de 1—5% din primul. Calciul solubil, circulant, se găsește în stări diferite: săruri ionizabile, — în parte ionizate — săruri neionizabile și combinații organice. Combinațiile organice ale calciului sunt nedializabile, ceea ce a condus printre altele la metoda ultrafiltrației sub presiune pentru separarea lor. S'a obținut așa din sângele indivizilor sănătoși, o fracțiune ultrafiltrabilă de 55—60% din calciul total. Această fracțiune constituie partea ionizată și ionizabilă a calciului. *Bigwood* a indicat, bazat pe lucrările lui *Rona* și *Takahashi*, *Brink-*

*mann* și *Van Dam*, o metodă pentru determinarea calciului ionizat. În plasmă această formă de calciu, este în medie de 22—28 mgr. la litru. Comparând fracțiunea ionizată împreună cu cea neultrafiltrabilă la calciul total (10.5 mgr. la sută) rezultă o diferență de 30—40%. Din aceasta, o parte de cca. 10 mgr. ar fi constituită dintr'o combinație salină neionizabilă (citrați) restul, după *Bygwood*, s'ar găsi în stare de complexi cu greutate moleculară mare, de o constituție chimică necunoscută.

Proporția de calciu neultrafiltrabilă, variază în primul rând cu pH, dar și sub influența stării patologice a individului, care poate aduce variații asupra protidelor. Mărirea concentrației ionilor de hidrogen mărește proporția de calciu ultrafiltrabil.

Injecțiile cu săruri de calciu, acționează în mod trecător asupra metabolismului calciului. Se constată în urma injecțiilor, o ușoară hipercalcemie, sau chiar hipocalcemie. Excesul de calciu, pus în circulație în masa sângelui se elimină prin fixarea trecătoare în schelet, aceasta având, după cum se știe, rolul de tampon în echilibrul calciului. Eliminarea urinară și cea pe cale intestinală fac ca tot calciul să fie apoi excretat în scurtă vreme după injecție.

Injecțiile cu calciu, ne fac să ne gândim la o modificare a raportului  $\frac{Na+K}{Mg+Ca}$ . În deosebi gluconatul de calciu ar putea avea o influență importantă în această privință, anionul fiind ușor ars în organism. Totuși complexitatea stărilor calciului în organism ne impune, să fim seama nu numai de variațiile cantității globale de calciu (calcemia) dar și de acelea ale calciului ionizabil. Modificările fizico-chimice produse de injecțiile de calciu, încă trebuiesc luate în seamă, acestea având o acțiune complexă, modificând repartiția în țesuturi și excreția.

În lucrarea noastră am urmărit variațiile calcemiei după injecțiile intravenoase și intramusculare, determinând calciul total după metoda *Kramer*, *Tisdall*, calciul ionizabil după metoda *Bigwood*.

#### Partea experimentală

Într'o primă serie de experiențe, am recoltat sângele fără stază venoasă, dela indivizii á jeun și cu aceeași înțepătură am injectat intravenos un gram de gluconat de calciu. Sângele l'am centrifugat în prima jumătate de oră după recoltare, iar calciul l'am precipitat sub formă de oxalat de calciu direct în ser. Am recoltat deasemenea sânge la intervale de 2, 6 și 24 ore. O altă serie de experiențe le-am făcut după injecții intramusculare cu aceeași doză de gluconat. Iată câteva exemple:

## INJEȚII INTRAVENOASE

	Înainte injecție	2 ore după inj.	6 ore	24 ore
I.	9,2	11,1	11,1	8,9
II.	9,5	12,3	11,5	9,0
III.	11,2	15,0	11,6	11,0
IV.	12,2	14,8	13,7	12,0
V.	10,0	12,2	9,8	9,6
VI.	11,2	15,0	11,6	11,0
VII.	12,0	4,8	13,7	12,2

## INJEȚII INTRAMUSCULARE

I.	2,0	13,	4,0	14,0
II.	13,1	4,0	4,5	14,3
III.	9,5	0,5	12,0	11,2

Din exemplele citate se vede — fapt care confirmă și alte cercetări — că variațiunile, indică pentru injecțiile intramusculare o absorbție maximă a calciului la 6 ore după injecție. Pentru injecțiile intravenoase, după cum se poate ușor presupune, eliminarea este mult mai rapidă. Trebuie reținut, că după 24 ore concentrația Ca. total este mai mică decât înainte de injecție.

Acest din urmă rezultat ne-a îndemnat să urmărim variațiile calcemiei timp mai îndelungat. Se face dozajul calcemiei totale după aceeași metodă, înainte de injecție. Se repetă injecția la fiecare 24 ore, dozând Ca. înainte fiecărei injecții noi. Cităm și aici câteva exemple:

	Înainte	după 1 zi	2 z.	3 z.	4 z.	5 z.	6 z.	7 z.	8 z.	9 z.	10 z.
I.	11	10,5	9,9	10,1	9,0	9,2	9,6	9,7	10,2	10,	10,2
II.	11,4	11,3	11,0	10,8	10,7	10,9	10,7	9,9	9,8	10,1	10,5
III.	12,7	11,5	11,2	11,7	11,0	12,0	12,1	12,4	11,7	11,5	11,6

Din acest tablou reiese, că după o serie de injecții avem o ușoară descreștere a calcemiei totale.

Analizând deasemenea fosforul mineral din sânge, după injecții intravenoase de gluconat de calciu, servindu-ne de metoda *Bell, Doisy și Briggs* găsim următoarele rezultate:

	Înainte	după 2 ore	6 ore	24 ore
I.	2,2	2,75	2,0	2,95
II.	2,23	1,92	2,12	2,0

Se vede că după injecțiile de calciu, variază deasemenea și fosforul mineral.

Am mai studiat și variațiunile calciului ionizat după injecții intravenoase. În acest scop am utilizat

metoda lui *Bigwood*, care ne dă valoarea calciului ionizat în funcție de pH sangvin în vivo, în plasma sangvină care nu a venit nici un moment în contact cu atmosfera, și în funcție de CO<sup>2</sup> plasmatic, măsurat deasemenea în așa condițiuni, ca plasma să nu piardă sau să câștige CO<sup>2</sup> prin contactul cu atmosfera laboratorului.

Pentru măsurarea pH sangvin ne-am servit de metoda indicată de *Cullen*, recoltând sângele prin puncție venoasă, fără stază, direct în tubul de centrifugă, sub oleu de parafină. (Nujol). Din aceeași probă, lucrând mereu sub oleu de parafină, am dozat CO<sup>2</sup> cu aparatul lui *Van Slyke*. Prin calculul indicat de *Bigwood*, am aflat valoarea în miligrame a calciului ionizat. Iată câteva din rezultatele obținute:

	pH la 38'	CO <sup>2</sup> total %	Ca ionizat mgr. pe litr.	
I.	Înainte injec.	7,41	60,2	21,58
	1 ora după »	7,42	59,9	20,23
	3 » » »	7,44	58,06	20,82
	7 » » »	7,42	61,66	20,09
II.	Înainte injec.	7,37	58,0	24,4
	1 ora după »	7,42	65,54	18,92
	3 » » »	7,40	65,07	20,64
	5 » » »	7,36	62,61	22,90
III.	Înainte injec.	7,40	49,61	26,20
	1/2 ore după »	7,42	48,70	25,44
	3 » » »	7,44	50,75	23,81
IV.	Înainte injec.	7,36	62,65	22,89
	15 minute după	7,44	54,02	22,37
	1 1/2 ore »	7,40	54,82	23,72
V.	Înainte injec.	7,39	65,64	20,28
	10 minute după	7,42	64,75	19,12
VI.	Înainte injec.	7,35	59,98	25,78
	10 minute după	7,38	60,28	22,65

Acest tablou ne arată că plasma în urma injecțiilor devine ușor mai alcalină, iar în același timp calciul ionizat diminuează. Acest fapt indică — mai ales dacă ținem seama și de faptul că *cantitatea globală de calciu este mărită* — că o parte calciu trece din starea ionizată în stare complexă, care probabil este depusă în schelet.

## Bibliografie

1. M. GH. O. GUILLAUMIN: Calcium et Calcémie chez l'homme. Bull. Soc. chim, Biol. t. 14 pag. 85 (1932).
2. M. E. J. BIGWOOD: La concentration en ions calcium du plasma sanguin. Bull. Soc. Chim. Biol. (1924) pag. 118.
3. MOURI-

QUAND LEULIER, etc.: Presse Med. 42, 769 (1931) și C. R. Soc. Biol. 107, 676 (1931). 4. BROUN et STOYANOVA: C. R. Soc. Biol. 107, 1511 (1931) cit. de Guillaumin). 5. Dr. J. SCHAFFLER: Deutsche Med. Wochenschr. 42 (1927). 6. Prof. K. Kottmann: Schweiz. Med. Wochenschr. Nr. 18 (1927).

## BALNEO ȘI CRENOTERAPIA INTERNĂ LA BĂILE HERCULANE

de  
Dr. D. TĂNĂSESCU  
medic oficial al băilor

*Stațiunea Băile Herculane*, e situată la 160 m. deasupra nivelului mării, pe un fund de vale de un sălbatec pitoresc unic în țară; limitată de munții calcaroși Domogled și Suscu cu vârfuri înalte de 1100—1300 metri a căror pereți stâncosi sunt acoperiți pe ici pe colo cu pini, brazi, fagi, aluni, stejari, goruni înfipti în poziții fantastice.

Flora e socotită ca una din cele mai bogate din Europa, cu perioadă de vegetație de 10 luni, explicând astfel afluența botaniștilor streini care rămân cu lunile pentru studii în regiune. Găsim multe elemente mediteraniene din cauza umidității pronunțate din regiune, datorite, pe de o parte transpirației, vegetației și numeroaselor izvoare minerale calde și reci, pe de alta apa Cernei și aerului stagnant din această vale foarte îngustă. Intreg decorul, putem afirma, ni se înfățișează incontestabil grandios, natura risipind aci cu dărnicie din tot ce a avut mai splendid și mai deosebit. Valea Cernei spre o pildă e neasemuită în romantica sălbătăcie.

Ajungi la băi pornind din gara Băile Herculane pe o șosea lungă de 5 kilometri. Majoritatea apelor izvoarelor cu care se prepară băile sunt sulfuroase cloro-sodice — magneziene hipertermale (între 42°—56°). Există un singur izvor sulfuros rece. Deasemeni, ape minerale susceptibile de a fi recomandate pe cale internă — despre care nu am putea spune a fi având precizate indicațiile și mai puțin modul lor de acțiune.

Misterul hidrologic, balnear și hidromineral persistă încă, intern vorbind; rezultatele acestor tratamente însă, rămân necontestat excelente în multe sindrome.

Adevărat e că nu știm modul de a lucra al apelor minerale administrate în atâtea feluri; ne ascundem după radioactivitatea prin care voim și încercăm să ne explicăm totul, fără să ne dăm seama că prin această netăgăduită forță masivă a radioactivității, nici ea delimitată, dovedim mult din neștiința noastră.

Se afirmă că elementele radioactive reprezintă pentru apele minerale energii extraordinare pe care le lasă țesuturilor din organism fie pe cale digestivă, fie pulmonară sau vasculară. Efectele biologice ale apelor par să depindă mult de viteza lor de desintegrare, cărui fenomen s'ar datora gradul lor de radioactivitate. Radionul (emanațiunea de radium) de ex. având o viață mai lungă poate fi eliminat din organism înainte de a se desintegra, deci fără să poată lăsa din energia sa activă considerabilă ceva pentru țesuturi. În schimb Toriul se distruge repede (mezoteriu, emanațiune) aproximativ după 30—60' în însuși organismul unde probabil își lasă totalitatea principiilor.

Absorbția de emanațiuni radioactive pe cale bucală, se poate spune, datează dela începutul folosirii izvoarelor termale; s'a descoperit în 1904 de Curie și Laborde emanațiune de radium în soluție, tocmai la izvoarele folosite de Romani? Iată unde trebuie căutată nașterea ideii că efectele din stațiunile *termale sunt datorate radioactivității*. În cura internă deasemeni *radionul* e absorbit la nivelul mucoasei intestinale de unde trece în sânge disolvându-se, când se găsește în starea gazoasă *absorbția* se face pe cale pulmonară, de acolo trece deasemeni în sânge care-l împrăștie pretutindeni în organism, acționând fie prin proprie radieră, fie prin aceia a produșilor de descompunere.

Substanțelor radioactive (radium, mezoteriu, poloniu), școala germană (*Plesch, Keetman*) le atribue un organotropism special pentru sistemul hematopoetic, toate comportându-se aproape în mod analog fiind fixate de aceleaș organe (în oase și măduvă de 5 ori mai mult) și reprezentând sensibil aceleași proprietăți fiziologice.

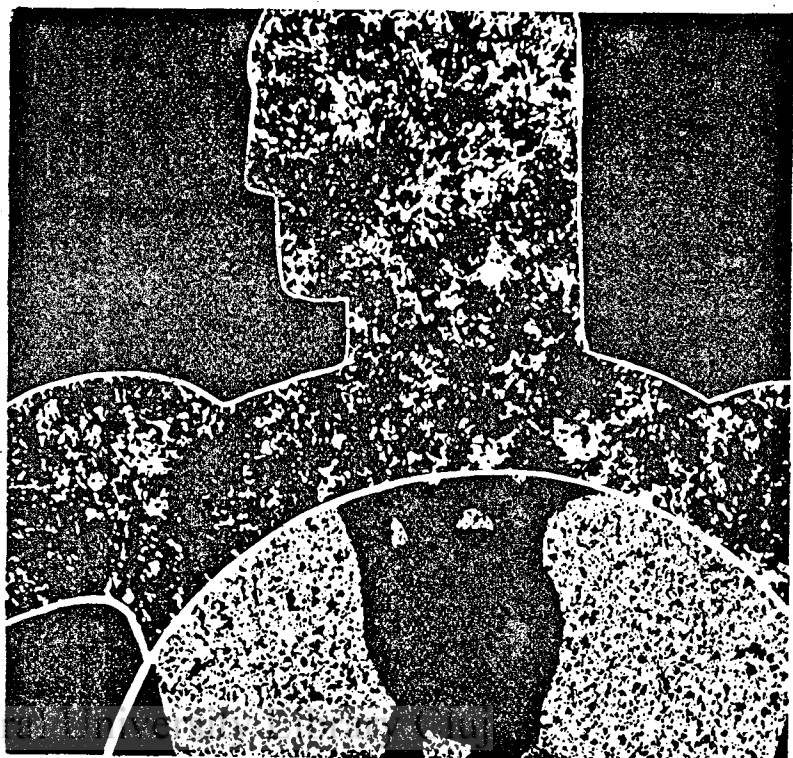
Că avem în stațiune ape radioactive, nimeni nu se îndoiește, cercetări care mai trebuiesc reluate cu plan și pricepere, controlate și urmărite la fața locului, o confirmă categoric.

Romanii n'au cunoscut 600 de ani alte medicamente decât băile, tocmai pentru că găseau în băi elementele căutate menținerii stărei de sănătate deplină și vindecării multor dureri. Nu avem și acum printre curanții băilor din a:ei dornici să-și păstreze voiciunea corporală menținându-se »pe linia puterii continui» venind să-și urmeze cura anuală cu multă plăcere? E credința că apele lucrează în mod natural înlesnind foarte mult schimburile interstițiale; curele termale intensifică puterea anafilactică a organismului față de proteinele rău transformate de tubul digestiv, aducând țesuturilor limfa naturală reconfortantă, sulful, clorul, sodiul, fierul, ca elemente de renovare celulară, magneziul și calciul ca elemente biogenetice de prim ordin, la care mai alăturăm impresiunea decorului naturii de aci,

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii

la edeme cu geneză  
cardiacă și renală,  
la afecțiunile miocardului,  
la curele de slăbire  
cu



BCU Cluj / Cent

# Iod-Calcium-Diuretină



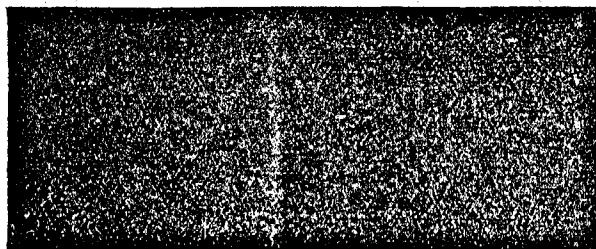
**KNOLL A.-G.**  
Ludwigshafen/Rin.

Eșantioane și literatură prin:  
«KNOLL» S.A.R.  
Produce chimico-farmaceutice  
Str. Atena 29, București III.



Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi câte 1-2 tablete. Se vor lua topite  
în puțină apă.



Anotimpul cald favorizează  
aparitia turburărilor gastro-intestinale!  
Pentru combaterea lor,  
prescrieți preparatele de

# Cărbune medicinal

**Richter**

**pulbere, granule, tablete**

ȘI COMBINAȚIUNILE SALE :

tablete : { Carboacid  
Carbopepsin, Carboacid c. pepsino  
Tannocarbon  
Carbolax  
Magnocarbon

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

**Gedeon Richter**

BUCUREȘTI, STRADA PLANTELOR 21, BUCUREȘTI

de o neînchipuită frumusețe, întreruperea activității și de parte de griile obositoare ale vieții de serviciu, realizăm posibilități și condiții excelente pentru un repaos fizic și intelectual desăvârșit. Nu-s suficiente elementele justificative ca băile să aibă trecerea pe care o au și să se bucure de aprecierile cele mai bune?

Tratamentul principal în stațiune îl constituie băile, cunoscute și folosite larg de strămoșii Romani care le-au căutat neconținut pentru puterea lor vindecătoare, mărturia recunoștinței lor pentru »scaldele făcătoare de minuni» se păstrează până astăzi în stațiune.

Din cele 6 stabilimente balneare, »Regina Maria» e cel mai modern și elegant organizat la care se pot face »băi sulfuroase» și băi sărate. Celorlalte stabilimente: »Ileana», »Elisabeta», »Dragalina», »Carmen Sylva» fiecare alimentate de izvoare sulfuroase termale proprii, afară de baia »Hercules» care nu-și are izvor sulfuros, li se pot aduce oarecare obiecțiuni.

Fără îndoială că în Iulie și August, tot așa în Iunie și Septembrie, condițiile de cură sunt cele mai bune, dar asta nu înseamnă că nu se pot face în restul anului tratamente termale cu același rezultat.

Băile se recomandă după criteriile exclusiv personale, indicațiile ce vom prezenta trebuiesc considerate ca foarte elastice și relative. Nu se pot enunța reguli tip de urmat, nici în cece privește contraindicațiunile. Fiecărui caz îi corespunde un anumit fel de a urma băile generale sau locale ca durată, succesiune, temperatură, tot așa despre tratamentele paratermale, masaj, dușuri regionale, împachetări, diatermie, galvanizări, faradizări, cuarț, ultrascurte, medicamente per os sau injecții de apă minerală ș. a. m. d. Tratamentul individual, sindromul ce prezintă și antecedentele individuale condiționează tratamentul ce avem a recomanda.

Vrem un efect sedativ? bae generală de 34—37° timp de 0—20'; voind să obținem un efect mai mult rezolutiv, recomandăm masajele, așa după cum voim să mărim acțiunea sedativă recomandăm dușurile sub slabă presiune etc. Toate acestea nu sunt decât scheme și nu directive, care se dau, cum am mai spus, dela caz la caz.

Am putea deci înșira la nesfârșit modalitățile terapeutice balneo termale în asociația celor paratermale, considerându-le la anumite cazuri. Nu insist asupra acestui punct căci ar fi inutil. Obiceiul e ca un număr de 20—21 de băi generale, de sulf, de sare sau sulfosaline să se considere tratamentul balnear complet terminat.

Asupra acestor 21 de zile de cură, cu dată fixă, David — la ședința Societății de Hidrologie și Climatologie medicală din Paris dela 21 Decembrie 1936 — se împotrivesc stăruiind asupra inconvenientului de a

se fixa dinainte tratamentul. Pe lângă că poate fi modificat între timp, de multe ori de ex. în afecțiunile osoase, ganglionare, pelvigenitale, diateze cu turburări circulatorii sau locomotorii accentuate, perioada aceasta de 20—21 zile e prea scurtă și împiedică un repaos util; abia după a 25-a zi dacă încep să se resimtă rezultatele binefăcătoare: eliminarea calculilor, sequestrelor, închiderea vreunei fistule, plăgi varicoase, sau atone, rezoluția vreunei stări inflamatorii etc. Tot așa credem și noi că 30 de zile de cură ar fi termenul mediu la care în general e bine să ne oprim, fără ca acesta să pară drept ultim cuvânt.

Durata băii e de 25—40 de minute cu pauze de o zi la 5—6 băi consecutive, cu o temperatură de 37—38° C. precedate sau urmate de masaj regional fie în cabine ori generale, de dușuri și împachetări, băile se pot lua fie la bazine, începând dela 4 dimineața la 6 seara cu întreruperi de 3 ore la prânz; în bazine ca și în cabine se află apă minerală originală caldă, în amestec cu apă minerală originală răcită venind din bazine expuse la aer care sunt destul de bine ferite de agresiuni exterioare.

Efectele activității apelor se pot constata dela primele băi sau mult mai târziu. Reacțiunile se pot înfățișa în fel și chip, în directă legătură cu temperamentul individual și natura sindromului patologic: nu le putem cuprinde toate în cadrul restrâns de azi și n'am fi în subiect dacă le-am discuta acum. Totuși să notăm pe unele din ele; neliniște, insomnii, la alții dimpotrivă somnolență, la unii turburări în stare generală sau locală articulară ori musculară, alții se plâng de turburări digestive cu constipație, dureri de cap și amețeli, febră; la foarte mulți cresc cu intensitate durerile sau apar altele noi ș. a. m. d.

Rezultatele definitive mai întotdeauna sunt excelente, rareori nule; durerea cedează și mișcarea așa de greoaie sau limitată dela început constatăm cum treptat treptat ea cedează. O topografie dureroasă propriu zisă, oarecum fixă, nu există și nici vre-o corelație între elementele anatomice osteosinoviale și dispoziția locurilor dureroase. Pot fi uneori locuri electiv unde în adevăr și-ar avea rost palpația ca element de constatare și de aprecierea rezultatelor; de multe ori lipsește infiltrarea tegumentelor din regiunea dureroasă, temperatura locală e sau nu crescută, nu observăm vre-o deformație regională nici puncte osoase sau sinoviale dureroase — iar atunci când sunt din toate acestea, băile își dovedesc o deosebită influență. Fi-rește, în cazuri unde desordinele anatomice sunt întinse, organizările patologice intra sau periarticulare definitive de ex. ankiloză osoasă, atrofii musculare, leziuni nervoase, rezultatele tratamentelor balneare nu

pot fi atât de bune ca în durerile reumatismale acut, subacut sau cronic manifestate.

La gama terapeutică a stațiunii putem adăuga injecțiile cu apă minerală, idee aparținând D-lui Col. Dr. Suhățeanu, primul care aplică la Băile Herculane (1927) metoda creno-terapiei interne în reumatism. Metoda constă în a introduce intramuscular cantități de apă minerală (cercetările noastre s'au făcut cu apa isvorului »Ileana«, ale Domnului Glorie Ionescu și soților Grigorescu, ambii independent lucrând din vara anului 1936 cu apa minerală a isvorului »Elisabeta«) dela 20—100 c. c. deodată în fiecare zi câte o injecțiune intramusculară până la completarea celor 15—20 injecțiuni care reprezintă în general tratamentul crenoterapic intern.<sup>(1)</sup> În perioada anului 1936 am dat o deosebită atenție mai sus menționatei metode a căror rezultate vor face obiectul unei publicații aparte. Pentru moment sub forma unei comunicări prima manifestare românească internațională în ceea ce privește noua metodă, Domnul Medic Colonel Dr. Suhățeanu Constantin împreună cu semntarul acestor rânduri, a prezentat chestiunea la Congresul »Reuniunii Medicale Balcanice« din Octombrie 1936 sub titlul »Sur l'emploi des eaux minerales en injections intramusculaires au Bains d'Hercule«.

Procedeele nu înlătură nici nu diminuează din reputația tratamentului balnear dar trebuie s'o considerăm ca pe o modalitate terapeutică posibilă cu apele minerale din stațiune, așa cum de mult se practică în stațiunile streine. Valdigne comunică frumoase rezultate cu apa dela Aix les Thermes care fiind slab mineralizată o amestecă cu glucoză (Revue de Reumatisme 1937 Ianuarie); de la Uriage publică Teulon Valio rezultate »senzaționale«.

A) La noi în domeniul crenoterapiei interne au întreprins cercetări și observații importante, Profesor *Băltăceanu și C. Vasiliu*, care introducând intramuscular apa isvorului No. 1 dela Pucioasa (Dâmbovița) obțin rezultate mulțumitoare în reumatismele cronice; sfătuie însă să se cerceteze în prealabil starea funcțională renală. Asociind injecțiilor și alte modalități terapeutice, ameliorările erau mai evidente. Această apă precum se știe e folosită intern și balnear, având

<sup>1)</sup> Pentru mai multe detalii citește a). Crenoterapia internă la Băile Herculane de Dr. D. Tănăsescu publicat în *Buletinul medical terapeutic* No. 1, 2, 3 din anul 1933.

b). Crenoterapia internă în reumatism, publicat în *Clujul Medical* No. 4/1936.

Băile Herculane din No. 78 anul 1925 a Revistei Jandarmeriei de Dr. D. Tănăsescu. 1) Posibilități terapeutice la Băile Herculane de Dr. D. Tănăsescu publicat în *Clujul Medical* No. 6 Iunie 1932. 2) Noțiuni informative despre Băile Herculane de Dr. D. Tănăsescu broșură tipărită în 1936.

temperatura de 8—5 C. cu un total de săruri la litru de 31.297; prezintă urme de hidrogen sulfurat și sulf coloidal în suspensie.

Încercările cu apa dela Căciulata făcute de Dra Polixenia Epureanu prezentate în teza susținută în 1926 pretinde că s'ar împiedeca șocul anafilactic dacă e introdusă parenteral (subcutan, intravenos sau peritoneal) mai ales când apa e proaspăt introdusă. Știm că e o apă ușor sulfuroasă cu 1.° temperatură a cărei radioactivitate ajunge până la 1.87 m. m. C. ‰ și cu o concentrație în săruri de 1.6081‰.

Cu aceeași apă Prof. *Băltăceanu și Cociaș*, publică prin *Bul. Inst. Baln.* din anul 1925 rezultatul că injecțiile cu apă dela Căciulata ridică enorm tensiunea arterială provocând mărirea volumului renal.

B) Unicul isvor pentru cura internă Ovesa dela Vulcana (o apă termală 12° slab sulfuroasă a cărei concentrație în săruri e de 1.0481 la litru) a fost folosită în injecții intramusculare de *Cociasu și Gh. Mareș* (*Bul. Inst. Baln.* 1—2—1935) în cazuri de reumatisme cronice, dermatose, bronchite cronice precum și ca modalitate de desensibilizare (în urticarii) apa a introdus-o și intravenos dar din cauza fenomenelor reacționale intense socotesc calea intramusculară ca electivă; rezultatele au fost mulțumitoare.

C) Cu apa dela Băile Episcopoești (Bihor) Dr. *Tănăsescu și Halasz*, experimentează pe bolnavii internați în spitalul »Princesa Ileana« Oradea cu rezultate bune în cazuri de manifestări reumatismale articulare; alte rezultate interesante prezintă Dr. *Halasz* prin injecțiile de apă minerală dela Băile Episcopoești — făcute în stațiune; despre aceasta știm între altele că e o apă oligometalică cu temperatura de 42 grade, identificându-se cantități apreciabile de emanațiuni de rادیu.

Nu e de mirare, doar apa termală minerală nu e o simplă soluție de mai multe substanțe cu formulă chimică stabilită, ci cu mult mai complexă; e vorba de o soluție a cărei constituție chimică, biologică și electrică e de așa natură că-i dă posibilități particulare de o superioritate excepțională dar și extrem de fragilă. Spre exemplu proprietățile sale variază enorm de rapid și în particular radioactivitatea care se crede diminuează sau dispare dacă expunem apa la aer sau numai dacă o răcim. Dacă așa stau lucrurile atunci sistemul de răcirea apelor așa cum în majoritatea stațiunilor minerale se practică — va trebui modificat, pentru a se asigura apelor hipertermale integritatea proprietăților sale native, de folos organismului.

Asupra unui punct, neluat suficient în seamă la noi, să ne oprim și anume la acel al alimentației din timpul tratamentului balnear. Nici o îndoială că un regim aduce rânduială în schimburile vieții celulare și



trebuie formulat și stăruit să fie urmat, cu toată bunăvoința și atenția, deoarece numai o alimentație normală și necesară poate garanta o bună funcționare a organismului, obținând ameliorarea sigură dacă nu vindecarea definitivă.

Nici n'ar trebui conceput tratamente pentru artritici și reumatici fără o alimentație rațională, mai ales că în originea sindromului reumatismal hrana trebuie să are o contribuție importantă. Vegetalele în primul rând: legumele crude, coapte sau fierte, roșiile, cartofii, morcovii, salatele cu mult untdelemn, ouăle, laptele, smântâna, brânza proaspătă, zahărul, infuzii de ceai; apoi fructele. Aceste depozite delicioase și bogate în forță radioactivă înmagazinată dela soare, cu un rol netăgăduit de nimeni în procesele de vindecare celulară se recomandă la discreție: mere, pere, prune, struguri, caise bine coapte sau în compoturi, lămâi, portocale, alune, nuci.

*François -Françon*, a urmărit reumaticii tratați numai prin regim și e convins de foarte bunele rezultate obținute, bine înțeles în tot timpul experienței, supunându-i la acelaș fel de viață. În unele regimuri (*Bicher Musli*) se exclude aproape complect pâinea albă, pastele și zahărul; în schimb leptele, fructele, salatele, legumele, supele, cerealele se dau fără limită, iar pentru proteine în general (și ouă) se îngăduie în foarte mici cantități și cât mai rar.

Ce să trimitem la băile Herculane? Nu-i ușor răspunsul socotind că nu întâlnim decât bolnavi și nici de cum boale, ne dăm seama acum cât de anevoiase ar fi preciziunile în acest domeniu al indicațiilor »stațiunei». Totuși după observații<sup>1)</sup> îndelungate putem socoti a fi îndreptățiți să așteptăm de cele mai multe ori rezultate bune în următoarele cazuri:

1. Toate formele dureroase articulare, musculare, osoase, așa zise datorite reumatismului, manifestate subacut sau cronic. În cazul maladiei reumatismale niciodată înainte de 2—3 luni dela amendarea fenomenelor acute (febră, tumefacții articulare, amigdalien, determinări cardiace).

2. Cataruri nasale amigdalien, laringeale, bronchice, otice (injecțiile, gargarizările cu apă și inhalările de vapori în bae fac minuni).

3. Algiile musculare, nervoase, osoase, oriunde localizate și oricum manifestate.

4. Convalescenții după boale debilitante: malaria, pneumonii, gripe, colici hepatice.

5. Maladii din sfera genitală feminină în general: leucoreea, metrite, unele cazuri de sterilitate, defectivități de atitudini uterine etc.

<sup>1)</sup> Lămuriri cu lectura articolului: Posibilități terapeutice la Băile Herculane Iunie 1930 de Dr. D. Tănăsescu publicat în Clujul Medical Nr. 8 din 1930.

6. Insuficiența ovariană și tulburările consecutive.

7. Diateza varicoasă, varice, flebite, hemoroizii, ulcerele varicoase și oriunde sistemul venos se bănuie a fi insuficient din punct de vedere structural sau funcțional.

8. Eczeme diatezice.

9. Maladiile de nutriție în general: guta, artritisul, diabetul.

10. Cura de desintoxicare (stupefiante, tutun).

11. Tratamentele specifice mercurio-bismuto-arsenicale (cure de întreținere) în ambianță și concomitent cu băile de sulf se tolerează și acționează, se pare, mai rapid și mai eficace.

12. Stările de nervositate și psihostenii.

13. Calusuri dureroase după fracturi bine reduse, durerile de după entorse, contuzii.

#### Contraindicațiuni

1. Reumatizării prea curând după dispariția fenomenelor acute (faringo-amigdalite, tumefacții articulare, febra).

2. Bolnavii prezentând sindrome infecțioase în evoluție (pentru care cura termală n'ar face decât să le agraveze starea articulară).

3. Bolile de plămâni: tuberculoza articulară și pulmonară (chiar cicatrizată) cataruri tuberculoase în orice stadiu, emfizemul, astmul, pleureziile.

4. Gangliofimiile supurate sau nu.

5. *Hipertensivii* în general: boli de inimă necompensate, angina de piept.

6. Pletoricii cu tendințe congestive.

7. Leziuni organice definitive: hemiplegii, paraplegii, Parkinsonism, sechelele polinevritice sau paralizii: paralizii nervoase; bolnavi mentali.

8. Bolile de rinichi (apreciabila umiditate din regiune).

9. Coreia, epilepsia.

10. Crizele hepatice.

11. Anemiile profunde, stări cașectice.

12. Cancerul.

13. Metroragii, fibrom cu tendințe hemoragice.

14. Gravitatea dela a 5-a lună.

Toți o spunem, Herculanele e stațiunea cea mai reputată a reumatismului; dar privind chibzuit lucrurile, vom desluși foarte puțină lumină în problema așa de complexă a sindromului reumatismal, despre care, la dreptul vorbind, noi ne ocupăm prea puțin. Altundeva chestiunea preocupă în mod cu totul deosebit „șantierele științifice“. Astfel în Franța se diferențiază maladia lui Bouillaud (maladia reumatismală) de grupul așa de confuz al celorlalte reumatisme infecțioase, pseudoinfecțioase, etc., cu care în alte părți, chiar la noi, se confundă.

H. Grenet individualizează reumatismul abarticlar combătând tratamentul salicilo alcalin masiv. Danielopolu (eventualitatea acidozei salicilice). Bezancon și M. P'Veill mențin termenul de reumatism care deși vag, e necesar pentru că, reprezintă un cadru unde pot încăpea numeroase turburări clinice în cari domină manifestările articulare.

Foarte mulți îl socotesc ca pe un sindrom cu etiologie multiplă; *Roobasi* afirmă că ar fi un sindrom clinic și nici de cum o entitate morbidă, argumentând că nu i-se cunoaște agentul cauzal și (secondo) prin marea asemănare cu manifestările alergice ar fi vorba deci de anafilaxia seroaselor, dinainte sensibilizate, la diferite toxine mai ales streptococice, poate și tuberculoase (asupra originii tuberculoase a reumatismului în ultimul timp entuziasmul a scăzut mult de tot, abia se mai pomenește). Continuând considerațiunile n'am mai sfârși și apoi nu-i intenția mea să adâncesc înțelesul noțiunii de reumatism, deși pasionează lumea medicală. Termenul evident nu e potrivit, dacă înțelegem de ex. să-l delimităm științificește, printr'o vorbire corectă. Artrită, sinusită, bursită, periartrită, osteoartrită, etc. ar fi fără îndoială mult mai exact. Fiindu-ne însă imposibil să precizăm caracterul anatomic sau etiologic, suntem siliți să păstrăm încă acest vechiu termen care vag și confuz cum e, răspunde totuși la un grup de stări patologice, permițând strângerea acestora, deși nu desprindem din anamneza lor nici cauze etiologice similare și mai puțin să bănuim existența vreunui acelaș teren predispozant. În adevăr, ce să înțelegem din publicațiile recente despre reumatismul articular acut?

După *Tzank* manifestările articulare ale maladiei reumatismale ar fi modalități reacționale, asemănătoare intoleranțelor articulare proteice sau chimice; cunoscând că modalitățile reacționale ale organismului sunt limitate, adică sensibil aceleași mai întotdeauna în cursul diferitelor stări, cauzal foarte diferite, dacă le constatăm articular nimic nu ne îndreptățește să ne gândim totdeauna la aceeași etiologie.

*Cirera Volta* contestă entitatea nosologică a reumatismului, considerându-l ca un sindrom infecțios polivalent, datorit germeilor obișnuși, a căror pătrundere în sânge (pe cale limfatică) creiază sindromul reumatismal articular acut — maladia lui *Bouillaud*. Astfel interpretate lucrurile, fluxiuinea articulară n'ar fi decât materializarea fenomenelor alergice (de origine proteinică), iar organopatiile (cardiopatia, care aproape e regulă) ar fi metastaze pornite din focarele septice foliculare.

Profesorii *Engel și Fischer* văd în ipoteza alergiei o concepție ordonată care dacă nu explică etiolo-

gia, a mărit mult cadrul cunoștințelor noastre patogenezice și mai ales în domeniul terapeutic.

*Fr. Gudzent* a reușit să realizeze la animale prin albumine un sindrom asemănător reumatismului la om. E convins că guta și reumatismul sunt maladii alergice tot așa cum sunt: astmul brochial, febra fânului, urticaria, exema, migrenă; acelaș lucru vede în procesul reumatismal de orice formă acut sau cronic al articulațiilor, mușchilor, nervilor, tendoanelor, oaselor. Se merge mai departe afirmându-se, că dacă salicilatul are acțiune asupra elementului articular e tocmai din cauza fenomenelor alergice ce se petrec acolo, și de aceea rămâne fără acțiune asupra leziunilor cardiace unde ar fi vorba de o leziune infecțioasă.

Nu se poate prezenta o formula clară și împăciuitoare; în concepția actuală a reumatismului articular acut, infecția poate fi redusă la rolul unei condiții, în timp ce reacționarea organismului la originea afecțiunii (turburărilor). Cu alte cuvinte, reacțiunea reumatismală e factorul etiologic iar infecțiunea ar lua rolul unei condițiuni.

Cât privește existența virului reumatismal, cu toate probele experimentale întreprinse de numeroși cercetători, (între care în ultimul timp *Schlesinger, Signy și Amiens* în 1935), e și va rămâne contestată atâta timp cât corpusculii găsiți ca agenți cauzali nu vor reuși să reproducă la animal simptomele maladiei reumatismale. Hotărât însă, două noțiuni rămân în picioare în ceea ce privește geneza reumatismului articular acut: a) sau admitem că e o reacțiune de sensibilitate la reactogeni variați și multipli (*Buvoir, Pichon Mile de Cursay*) sau b) că e maladie infecțioasă datorită unui virus necunoscut, care determină însă reacții articulare în felul unui reactogen vulgar, (proteinic sau chimic) Probe în favoarea unei concepții sau alteia nu avem. Făcând sinteza lămuririlor ce decurg din teoriile alergice, concepția cea mai exact gândită rămâne aceea care face din reumatism o maladie cu germen specific încă necunoscut, independentă, infecțioasă.<sup>(1)</sup>

Oricum ar fi să considerăm reumatismul articular acut, băile au, necontestat, binefăcătoare influență în manifestările sale subacute; pentru determinările articulare datorită infecțiunii gonococice destul de des întâlnite, apele sulfuroase dela izvorul »Ileana« capătă o oarecare specificitate chiar în determinările sale manifestate, mai mult sau mai puțin acut (*Dr. Suhățeanu, Dr. Gh. Irimescu, Dr. Tănăsescu și alții*).

Am impresia că gonococul își are o însemnată contribuție în așa zisele manifestări reumatismale atât

<sup>1)</sup> „Revue de Reumatisme“ Februarie 1937 număr consacrat exclusiv maladiei *Bouillaud*.

Un adjuvant  
important în tratamentul  
complicațiilor  
blenoragiei la bărbat  
și femei este

# GONO-YATREN

Vaccin antigonococic în  
soluție de 3% Yatren

Cuție cu 6 fiole de 2,5 cmc, flacon cu 25 și 50 cmc.



»Behringwerke«  
LEVERKUSEN a. Rh.

## Un nou vasoregulator

în arterioscleroză, hipertensiune, angină pectorală,  
spasme vasomotorice, neuroze vasculare, în climacteriu

# Jocapral

Diminuiază spasmele vasculare, reglementează  
circulația, mărește irigația sanguină a organelor.

Ameliorează rapid turburările subiective. Înlătură  
astenia psihică și fizică precum și stările anxi-  
oase și depresive

AMBALAJ ORIGINAL: Tub cu 20 tablete



»Bayer«  
LEVERKUSEN a. Rh.

Pentru tratamentul simptomatic și cauzal al Hyperchlorhidriei prescrieți cu multă încredere noul pansament gastric

## ALUCOL-COMPOSITUM Dr. Wander

care conține în afară de cunoscutul ALUCOL și

1. Extract Belladonna.
2. Papaverină hidrochlor
3. Aethylparamidobenzoic

cunoscute ca antispasmodice diminuate ale secrețiunii și sedative.

**EFFECT CAUZAL.** Diminuarea acidității și hipersecrețiunii gastrice.

**EFFECT SIMPTOMATIC.** Calmarea durerilor și spasmelor.

Cu  $\frac{1}{2}$  oră înainte și  $\frac{1}{2}$  oră după mesele principale, 1—2 tablete înghițite cu puțină apă.

Mostre și literatură servește la cerere

**Dr. WANDER S. A.**

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice  
București VI. Str. Cazarmii 89.

Un Cholagog și Choloretic Dr. Wander  
pe bază nouă

## NIGELLIN

Conține 1. CHELIDONIN, un alcaloid extras din Chelidonin majus, cu efect puternic choloretic și spasmolitic.

Această substanță întrece efectul spasmolitic al papaverinei

2. GERMICID, ca desinfectant intern, care se elimină prin bilă

3. CHOLEINAT de SODIU, un stimulent al secrețiunii biliare

4. FENOLFTALEINĂ, MENTOL și Ol. FENICULI, au o acțiune derivativă prin stimularea intestinală, desinfecțiunea intestinală și eliminarea gazelor

Combate: CHOLECISTOPATIILE, CHOLELITIASE, CHOLANGITE, HEPATITE  
3 ori pe zi câte 1 sau 2 drageuri cu puțină apă

Cu mostre și literatură servește la cerere

**Dr. WANDER S. A.**

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice  
București VI, Str. Cazarmii 89.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MEDICAȚIA INFECȚIUNILOR ACUTE GENERALE ȘI LOCALE

# CARBONE THERAPLIX

cărbune animal în suspensie apoasă de 2%  
Metoda Profesorului Saint-Jacques din Montreal

ANTI-INFECTIOS  
ANTIPIRETIC  
ȘI SEDATIV

FIOLE INJECTABILE  
DE  
5 cc.

» THERAPLIX «

Société Générale d'Applications Therapeutiques  
98, Rue de Sèvres-Paris (7-e)

Literatură și eșantioane prin » THERAPLIX «  
Str. I. G. Duca 19 — București (3)

de variat și des întâlnite la o vârstă când nimic n'ar justifica existența acestor dureri.

Dacă în formele acute — când secreția uretrală sau vaginală persistă pare lesne de indentificat, în cele cronice unde expresia clinică e banală, nu avem nici un semn să se sprijine afirmarea etiologiei gonococice.

Dar chiar prinsă în trecutul bolnavului, nu-i ușor să interpretăm rolul acesteia în evoluția determinărilor actuale. Câte incidente morbide, traumatice sau infecțioase nu pot interveni între timp, care-și adaugă firește influența lor, complicând la nesfârșit problema etiologică. Laboratorul și-ar avea cuvântul aci: (cu toată circumstanța relativă a rezultatelor care la dreptul vorbind impun oarecare rezerve): examinarea secrețiilor, lichidelor articulare, spermocultura, sero-diagnosticul.

Mai mult, după bine cunoscuta lege a lui Duvernay asupra nespecificității reacției articulare, inițial specifică — poate în timp să se transforme într'un proces patologic banal. Așa încât chiar dacă am avea o artrită gonocică după antecedente, poate cu vremea să nu mai fie sau să înceteze de a mai fi.

Reumatismului gonococic îi urmează acel scarlatinos, tifoid, disenteriform și altor infecțiuni; reumatism sero-terapic, endocrin din care s'au și individualizat unele, (ovarian, tiroidian), pe lângă celelalte reumatisme endocrinene prin hiper, hipo sau disfuncție hormonală. Mai mult, s'a ajuns până acolo cu ramificațiile arborelui reumatismal în cât se izolează chiar varietatea de reumatism chimico-terapic; pe lângă teza cu acest subiect a Dnei Roy des Barres, Tzank de pe la 1933 publică interesante documentări, iar *Layan* consacră problemei o lecțiune la Facultate. Fenomene artrozice — sinoviale pot determina toate produsele chimice și prin caracterul fluxionar, febril și însoțit de turburări digestive, îl apropie de tipul descris sub numele de reumatism *pseudo-infecțios*, prin care înțelegem de regulă manifestări articulare transitorii observate în cursul sindromelor infecțioase; aceasta cu atât mai mult cu cât inflamația nu s'ar numi numai decât infecție și febra nu reprezintă totdeauna, obligatoriu, mărturia unei stări infecțioase. Sunt manifestări personale, reacții individuale, identice pentru cauzele cele mai deosebit, prin cantități minime de substanță nocivă. Nu se pot diferenția de manifestările articulare protinice, pseudo infecțioase, toate fiind mobile, tranzitorii, curabile, rezolutive, cedează la salicilat.

Mai departe însuși accesele de gută nu ar fi după cele mai noi cercetări decât o bruscă perturbare vasomotorică (congresul dela Vittel 1935) iar leziunile sale anatomice sunt de același tip hiperenergic ca și nodulii reumatismali. (M. P. Weill, *Delorme* (1932) și *Rattery*

și *Compte* 1936). E tot mai mult considerată ca o maladie alergică în decursul căreia bolnavii sunt sensibilizați contra unor alimente, nefiind cauzate numai de turburări în metabolismul purinelor. De aceea *Eduard Cmunt* (*Praga*) recomandă în tratamentul gutei un regim individual după toleranța respectivă a bolnavului. Tendința actuală e să se lase tot mai mult din importanța acidului uric, până acum dominantă esențială. Potrivit vederilor lui *Frugoni și Chini* (*Roma*) factorul uric și alergic va trebui să se completeze prudent, ori de câte ori vom încerca să explicăm problema patologică a gutei la om. Credem că e calea cea mai aproape de adevăr.

Trec peste considerațiile asupra reumatismului cronic, la care nu ajunge niciodată reumatismul articular acut; trec peste sciatică despre care mulți se întreabă dacă e o mialgie sau o nevrită deși are de multe ori drept cauză o artrită lombosacroiliacă; tot așa trec peste spondiloză rizomelică datorită, după unii, inflamației mușchilor vertebrali cu mari turburări în metabolismul calciului, (paratiroidele) după alții artritei sacroiliace cu calcificarea ligamentelor consecutive, sau nevralgiilor de natură gonococică ori tuberculoasă. Deasemeni lăsăm la o parte spondilita infecțioasă, reumatismul vertebral, spondilita traumatică, deoarece am întârziat prea mult în discuții ce n'au legătură cu preocupările enunțate prin titlul articolului.

Dar nu se poate trece peste capitolul mialgiilor foarte des întâlnite la curanții Herculanelor. Ea înseamnă starea dureroasă a mușchilor manifestată acut sau cronic variat ca sediu și intensitate, cu localizări diferite, mai ales în regiunea umărului și lombelor, confundându-se foarte des cu nevralgiile.

Ca și reumatismul, mialgia, poate fi cronică, acută, localizată sau generalizată, bănuindu-se că o creștere a acidului uric în sânge ar predispuce la apariția lor. Evident trebuiesc luați în considerație următorii factori: frigul cu umiditatea, oboseala, microtraumatismele (asupra cărora în geneza reumatismului cronic atât de mult insistă *Bezancon și M. P. Weill*) infecțiunile, sistemul endocrin. *Rother* vede în mialgii turburări în circulația intimă a mușchiului și a circulației cutanate, consecutive între altele, influențelor frigului, umidității, variațiilor în presiunea atmosferică și electricității. În clinica dela *Lunel* cu aparatul *Eldblom*, profesorul *Sven Trigvar* precizează temperatura pielii, măsurând și apreciind intensitatea acestor turburări circulatorii cutanate. *Cirera Volta* (*Barcelona*) consideră mialgia ca o nevralgie a nervilor sensitivi musculari a căror simptome cardinale sunt: durerea cu contractura musculară însoțită de infiltrațiuni intramusculare uneori palpabile.

Iată noianul confuz de idei unde pătrundem dacă încercăm să deslușim mai limpede cum stau lucrurile în reumatism, așa cum îl înțelege lumea unde se cuprinde în largă măsură întreaga simptomatologie dureroasă, articulară, musculară osoasă și dealungul nervilor. Diagnosticul de cele mai multe ori îl hotărâm după o foarte aproximativă apreciere clinică, hotărât nesigură, să credem că dacă acuzele sunt articulare, musculare sau osoase într'o anumită regiune a corpului, (dacă există realmente încă e o întrebare) suntem îndreptățiți să diagnosticăm reumatismul? Iar în ce privește adaosul de subacut sau cronic e o serie nesfârșită de erori. Căci ce îndrăfuește să spunem subacut sau cronic?

Ce criterii orientează pe medic? E suficient să nu aibă febră sau determinări articulare, clinic constabile, că să punem diagnosticul de reumatism cronic? Dacă cineva ne spune că-l doare articulațiile de câteva luni de o intensitate variabilă, în legătură sau nu cu variațiunile atmosferice, să ne grăbim să scriem reumatism cronic? Multe din cele văzute ne dau impresia că nuanța reumatismului e în legătură cu „inspirația“ momentului, e foarte greu să desprinzi turburarea funcțională din senzațiile confuze, adesea obtuze ale bolnavilor, nu avem la dispoziție, sau poate nu sunt elemente de sprijin certe, biochimice și clinice care să ne ajute la fixarea diagnosticului speciei reumatismale, dar aceasta nu îngăduie la nici un caz să nu ne gândim mai atent asupra acestei laturi a chestiunii. Numai astfel se justifică până la un punct credința nesincerității statisticelor și a relativei sale potriviri cu realitatea.

Spre exemplu trebuie să se stabilească o concepție unitară în ce privește numirea reumatismului de acut, subacut, cronic și când să-i spunem artrită, când mialgii, când nevralgii.

Nu înțeleg indiferența și ușurința celor mai mulți dintre noi la fixarea diagnosticului de reumatism și a speței sale. În Suedia, spre exemplu, e considerat ca o maladie socială, au și spitale anume pentru reumatici, chiar case de ajutor pentru ei. În alte părți aflăm centre antireumatismale perfect și special organizate, atât din punct de vedere al identificării maladii, studiului ei, cât și al laboratoarelor de biologie, radiologie, toate acestea pentru o cât mai exactă îndrumare a pacienților la diferitele stațiuni balneare din țară sau streinătate (spitalul Necker din Paris). Sunt ligi contra reumatismului (Franța, Anglia, Țările Nordice etc), se organizează congrese internaționale, (cel dela Tunel—Stockholm Suedia dela 3—8 Septembrie 1936) următorul fiind anunțat pentru 1938 la Oxford. Răsar deci manifestări antireumatismale științifico-sociale la care nu-i bine să rămânem indiferenți cu atât mai mult cu cât noi Românii

totdeauna fiind »în linie« când e vorba de inițiative frumoase și folositoare asigurării sănătăței. Manifestările acestea înseamnă că reumatismul reprezintă un dușman al omenirii, un pericol al societății care se vede lipsită uneori prea mult și des de energiile trebuitoare armonioasei sale dezvoltări și tocmai de aceea se ia poziție de luptă. Printre țările în care s'a organizat mai temeinic lupta contra reumatismului trebuie să menționăm Danemarca care are la Copenhaga Centrul Antireumatismal, se pare, cel mai vestit din lume. Statisticele streine vorbesc dela sine și a mai stărui asupra cheltuelilor și pierderilor pentru individ și stat din cauza reumatismului e inutil, chiar la noi în țară — aprecierea în bani a zilelor pierdute de lucru din cauza sa, ne-ar da cifre în adevăr astronomice. O nu mai puțin viguroasă impulsie a acestei lupte întâlnim în America unde găsim deasemeni clinici speciale pentru reumatism, s'au creat centre de studii, de explorări cu un cuvânt centre de învățământ unde neconținut, se controlează, se rectifică zilnic cele ce practic se constată; laboratorii cu vaste posibilități de cercetări în domeniul experimental, clinic, farmacodinamic, hidromineral.

Toate statisticele din lume, învățămintele și faptele ce se observă zi de zi în jurul nostru dar mai ales într'o stațiune balneară de renume Herculanelor ne impun și nouă crearea unui astfel de centru pentru cercetări în domeniul reumatismului iar cu vremea să ne organizăm: centre de îngrijire, centre de cercetări, centre de igienă, centre de învățământ a căror harnică și armonioasă colaborare să fie coordonată sub auspiciile unei instituții supreme de reumatologie.

La noi în România, unde nu știu să existe măcar în embrion preocupări antireumatismale chiar risipite (de vor fi fiind n'am cunoștință de ele) lansez cu acest prilej ideea înființării ei. Acestui institut să-i fie apropiat un laborator de biologie cu posibilități de a se studia nu numai urina, sângele colesterol, uree, calciu, acid uric etc., dar thiemia, sulful urinar, metabolismul basal, rezerva alcalină etc. Un laborator unde să se poată descifra elementele radioactive a apelor, a aerului din atmosferă și unde să se poată desluși modul cum organismul își însușește principiile apelor minerale ca să ne explicăm cu vremea mecanismul atât de misterios — al acțiunii apelor minerale sub multiplele ei folosinți.

Ar fi necesar un laborator de radiologie deasemeni, unde să se poată cerceta modalitățile reacționale osoase și desordinele anatomice din regiunea osteoarticulară respectivă, — unde să se cerceteze, lămurindu-se odată, posibilitățile de tratament hidro-

mineral intern în apele minerale așa zise »de băut» din stațiune dela »apa de rinichi (Higiea)« și »de stomah«. (sau sipoțelele cu debite apreciable, cel din curtea stabilimentului» »Elisabeta« și acel din stânga (lângă apeductul roman) isvorul Tămăduirei« de vor fi studiate și captate pot fi deasemeni date folosului public; acum e păcat că se scurg în pământ fără nici un folos.

Astăzi nu putem spune că recomandăm cu autoritatea științifică necesară orientați după cercetări care ar trebui să fie continui și tot mai perfecționate; dela admirabilele studii ale Profesorului Dr. Mihăilescu veritabile șiraguri de perle ce reprezintă rodul cercetărilor sale ca totdeauna foarte documentate nu s'a mai adăugat aproape nimic.

Doctorul Glorie Ionescu posedă interesante documente fiind în continuare de cercetări a căror rezultate sperăm, bine puse la punct, să fie încurând publicate.

De câte dificultăți nu ne isbim la identificarea speței sindromului reumatismal folosind investigațiile interogatorului. »Durerele« pe care le acuză bolnavii nu se exteriorizează de cele mai multe ori prin nimic constatabil, și atunci firește că lipsit de posibilitățile de investigație prin laborator diagnoza e aproximativă, bazată pe datele subiective redade adeseori interesat ori insuficient ca să elucideze. Tot așa în ceea ce privește aprecierea influenței tratamentelor hidrominerale.

Dacă nu-i nici o vină că nu prea știm multe în domeniul reumatismului, nu e permis nimănui să nu cunoască cât mai bine locul unde trimitem bolnavul să se vindece — și e locul să spunem că, mulți nu cunosc locul unde îndreaptă pacientul. Dacă i-ar trece prin minte bolnavului că medicul (care i-a ordonat tratamentul la Herculane de ex.) n'a văzut și *nu cunoaște cu adevărat* stațiunea (sub raportul indicațiilor și contraindicațiilor) ținând seamă că i se prescrie cea mai scumpă receptă („tratamentul balnear“) nu știu dacă reputația de medic nu-i va fi sdruncinată.

Bineînțeles informații ar mai fi de dat și mai ales în ceea ce privește rezultatele și reacțiunile băilor; deasemeni asupra bilanțului terapeutic îmbrăcat în considerațiuni deduse din faptele observate cu colaborarea probelor de laborator; tot așa s'ar mai putea enunța și alte preocupări științifice despre care sperăm să ne ocupăm curând.

În expunerea de față am căutat să s'recor ici și colo comentarii, învățăminte cu scopul de a servi colegilor la cunoașterea stațiunii și problemei patologice care în particular ne preocupă prezentând în cât mai puține vorbe, nuanța mai potrivită deplinei înțelegeri a lucrurilor ferindu-mă cât s'a putut mai mult de amănunte.

Nădăjduesc să fi isbutit.

Spitalul de Femei din Cluj  
Director: Dr. DOMINIC STANCA

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA PRIMIPARELOR BĂTRÂNE, ÎN LEGĂTURĂ CU 2 CAZURI

de:

Doc. Dr. C. STANCA

și

Dr. IOACHIM STUPARIU

Practica de foarte zilele ne arată, că vârsta cea mai favorabilă pentru naștere pare a fi între 18—22 ani. Trecând peste această etate, femeile cu prima sarcină le considerăm deobicei ca primipare »în vârstă«, care formează un grup aparte; important, pentru că prognosticul asupra facerii și al copilului este mai rezervat și reclamă o atenție mult mai mare din partea mamozului. *Ahlfeld* consideră ca primipare bătrâne femeile dela 32 ani, iar *Aschenborn* dela 27 ani în sus.

În medie însă se pot considera ca primipare bătrâne cele trecute de 30 ani. Dar în aprecierea primiparelor bătrâne trebuie ținut socoteală pe lângă *vârstă*, de *rasă* și de *situația geografică*.

Cauzele cari determină prima naștere la o vârstă mai înaintată sunt de mai multe ordine. Astfel acestea pot fi *sociale*: căsătorie întârziată, pauperism, voința de a concepe mai târziu și alți mulți factori încă. *Mikulicz-Radecki* într'o lucrare a sa adunând observațiunile de primipare bătrâne, trecute de 35 ani, între 1910 și 1913 și între 1929 și 1932, găsește în prima perioadă 132 cazuri de primipare bătrâne, la 3455 nașteri (3,8%), iar în a doua perioadă 284 cazuri la 4473 nașteri (6,4%). Deci în această perioadă din urmă, epoca după războiul mondial, *numărul primiparelor bătrâne aproape s'a dublat*. Alte cauze de ordin *anatomofiziologic* sunt: întârzierea dezvoltării aparatului genital (infantilism, hipoplazie), maturația somatică tardivă și primă menstruație târzie.

În cele ce urmează, bazați pe literatura vastă din acest domeniu, vom face câteva considerațiuni asupra sarcinei și facerii primiparelor bătrâne.

*Durata sarcinei* la primiparele în vârstă este aceea normală.

*Fenomenele de intoxicație gravidică* sunt mai frecvente, decât la cele tinere.

*Nefritele gravidice* survin deasemenea mult mai des. Tot așa și eclampsia. După *Halban-Seitz* edemul și albuminuria survin între 30—45 ani într'un procent de 10,18%.

*Avorturile și nașterile premature* deasemenea sunt mult mai frecvente; așa între 40—44 ani avem un procent de 9,5 (%) avorturi. (*Halban—Seitz*).

*Ruptura membranelor* de obicei se face prematur. După observațiile lui *Kashdan* ea survine în 25% a cazurilor.

*Pozițiile vicioase* la primiparele în vârstă sunt mult mai frecvente. În medie după *Kashdan* survin într'un procent de 7—8%. Cele mai frecvente sunt pozițiile de deflexiune. Prezența pelviene în medie survin cam 3 la 100. Nu rare sunt și prezența transversă. Cauzele acestor poziții vicioase nu sunt încă clarificate dar se crede că ele se produc din cauza rigidității părților moi, din sfera pelviană.

*Durata nașterii* la primiparele în vârstă este mult mai prelungită. Iată un tablou statistic după *Halban-Seitz*:

Durata nașterii între 28—30 ani	23 ore,
„ 31—35 „	30 „
„ 36—44 „	33 „

Această prelungire a facerii interesează atât perioada de dilatare cât și expulsia. Perioada de dilatare este prelungită în medie dela 21 la 29 ore, deci nu exagerat de mult, pe când perioada de expulsie este mult prelungită. Între 36—44 ani ar avea o durată până la 4 $\frac{1}{2}$  ore.

*Consecințele* imediate ale nașterilor prelungite și pozițiilor vicioase sunt dese intervenții obstetricale și agravarea prognosticului pentru mamă și făt. Iată un tablou după *Halban-Seitz* asupra frecvenței aplicării forcepsului după vârsta primiparelor:

între 28—30 ani în	8%,
„ 31—35 „	15%,
„ 36—44 „	20%.

Deci, luând în considerare faptul că până la 24 ani, forcepsul se aplica între 2 și 3% din nașteri, aplicarea de forceps la primiparele în vârstă este de 10 ori mai mare. Perforația fătului este adeseori necesară și se face într'un procent de 2—4%. Versiunea este mai rară. Alte intervenții frecvente sunt: dilatarea forțată a colului, incizia colului, dilatarea cu balon, episiotomia și mai nou *Cesariana*, pe cari o practică mai ales americanii.

*Perioada placentară* are și ea o durată mai lungă. Survin des hemoragii uterine (între 35—44 ani 17,2%), este des necesară expresiunea placentei după *Credé*, sau deslipirea manuală a placentei.

*Lăuzia* prezintă perturbațiuni din cauza rupturilor premature a membranelor, durată lungă a nașterii, rupturilor din traectul genital și perineului și rezistența diminuată a organismului. Toți acești factori favorizează apariția fenomenelor infecțioase. Morbiditatea la lăuze după *Kashdan* între 35—44 ani este de 25%.

*Influențele asupra copilului* deasemenea sunt dezastruoase. Lipsa de elasticitate a părților moi, pe-

rioda de dilatare și expulsia prelungită sunt factori, cari se resfrâng asupra sănătății copilului, făcând ca o parte să se nască asfixiați sau alții să moară intrauterin. După *Seitz* între 36—44 ani avem următorul tablou: asfixiați vii 6,6% și morți 6,7%. În timpul nașterii mor 8%, iar 7% mor în prima săptămână după naștere. Pericolul principal pentru copil deci este în perioada de expulsie.

Având în Spitalul nostru ocaziunea de a observa două cazuri recente de primipare bătrâne, cred, că facem un serviciu bun pentru literatura medicală românească, dacă le publicăm.

Cazurile noastre se prezintă după cum urmează:

I. CAZ. (Obs. Nr. 459—937) *Fl. A.*, casnică în etate de 46 ani și 10 luni. Antecedentele heredocolaterale și personale fără importanță.

Menstruată la 14 ani, epocile catameniale s'au repetat regulat la 4 săptămâni, durând 3 zile, fără inconveniente. Măritată de 27 ani.

Bolnava vine la data de 31 Ian. 1937, ca să nască în Spitalul nostru. Nu poate preciza data exactă când a avut ultima menstruație și nici de când simte mișcările fetale. Duoa calculele sale este gravidă la termen. La începutul sarcinii cam 2—3 luni a avut greață, vărsături, somnolență. De 48 ore bolnava are dureri de facere. După afirmațiile bolnavei lichidul amniotic nu s'a scurs. N'a fost examinată intern.

La examenul obiectiv, constatăm o graviditate I IX, prezența craniană, poziție OISA.

La tușeul rectal găsim orificiul deschis pentru 3 degete. Pelvimetria ne arată următoarele cifre:  
Bispinos 24, Bîcret 27, Bîrochanteric 30, Conj. ext. 18.  
Tensiunea arterială: 13.5—8. Urina=0.

Având în vedere că durerile durează de 48 ore dilatarea nefăcându-se complet, craniul nefixându-se, vârsta de 46 ani, și ușoară strâmtorare a basinelului, ne-am decis pentru intervenție. Cum lichidul nu era încă scurs și craniul încă mobil la strâmtorarea superioară și nefăcându-se în prealabil de nimeni examen vaginal, am ales ca cel mai potrivit procedeu cesariana.

În ziua de 1 II 937 am executat în rachianestezie cu *Novocoff* (8% 2 cm.). (Dr. C. Stanca, ajutor Dr. I. Stupariu) cesariană cervicală transperitoneală. Făt viu, de sex masculin, având 5 cm. lungime și 3700 grame greutate.

Placenta extrasă prin plaga cesariană. Sutura pereiilor uterini cu catgut în 3 planuri. Conracțiune bună, susținută cu 2 inj. de pituitrină și 1 inj. de ergotină.

Mersul postoperator — pe lângă toate că femeia a febricitat (retenție?) în primele 4 zile de după operație a fost bun. A părăsit, împreună cu copilul, în a 13-a zi Spitalul, sănătoasă.

CAZUL II (Obs. 245—934) *Pop Maria*, casnică în etate de 44 ani și 6 luni.

Antecedentele personale și heredocolaterale fără importanță.

Menstruată la 15 ani, epoc. catameniale s'au ivit regulat, durând 4—5 zile, fiind însoțite de ușoare dureri în etajul abd. inf. și lombe.

Neagă avorturi. Nu a avut niciodată copii; măritată de 25 ani.

Vine la data de 9 Oct. 1934 cu dureri de facere pentru a naște în Spital.



# 4

## PRINCIPII ACTIVI

ADRENALINĂ — SŢOVAINĂ — ANESTESINĂ  
EXTRACT DE CASTANE DE INDIA PROASPĂT STABILIZAT

**Laboratoarele Midy**, 4 Rue Colonel Moï — Paris  
Noua adresă: 67 Avenue de Wagram-Paris (17-e).

Literatură și Eșantioane:

J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet — București, IV

POMADA MIDY

SUPOZITOARE MIDY

emorizi

# **DOUAZECI PEPTONE DIFERITE**

---f83---  
**HIPOSULFIT DE MAGNEZIU ȘI DE SODIU**

---f83---  
**SĂRURI HALOGENE DE MAGNEZIU**

# **ANACLASINE**

## **RANSON**

**COMPRIMATE  
GRANULE**

**DESENSIBILIZARE  
STĂRI HEPATICE**

**A. RANSON  
DOCTOR IN FARMACIE  
121 AV. GAMBETTA  
PARIS (XX-e)**

**LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE**  
Exclusivitatea generală  
**„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.**  
Strada Sfântul Ionică 8, — București I.

Boala actuală: Ultima menstruație înainte cu 9 luni, iar la 5 luni a simțit mișcările fetale.

La examenul obiectiv constatăm o graviditate în I IX-a, prezentație craniană OISA. Pelvimetria normală. Urina: 0. Durerile la noi în Spital, se repetă la 4—5 minute și durează cam de 7-8 ore înainte de-a fi internată.

În ziua de 9 X 1935 la ora 1.30 noaptea la examenul rectal constatăm craniul la strâmtoarea superioară fixat, angajat, orificiul uterin dilatat de un deget. În ziua de 10 X ora 18 orificiul dilatat de 3 degete, dureri de expulsie. Craniul nu înaintează. Se administrează inj. Pituitrină după care durerile se accentuează puțin. La ora 20 la examenul intern găsim orificiul de 4 degete, craniul la strâmtoarea superioară fixat. Sutura sagitală în oblic. sig. Pituitrina administrată nu mai acționează.

Femeia epulzată și cum lichidul se scurgea cu fiecare contracțiune, femeia prezentând și o stare subfebrilă cu puls 96, ne-am decis pentru intervenție, craniul coborât la strâmtoarea mijlocie, aduce cu sine marginile colului rigid, pe care le-am degajat de pe capul fetei, crezând că astfel va înainta craniul. Dureri rare, slabe, care nici cu o nouă doză de Pituitrină nu au putut fi accentuate. După 15' bătăile cordului se mențin între 90-100. Expulsia fiind deja prelungită peste 3½ ore, am aplicat forcepsul, în ușoară narcoză.

Forcepsul a fost pus în OISA. S'a extras făt viu, de sex feminin de 50 cm. lungime și 3000 grame greutate. Ruptură perineală. (Sutură). Lăuzia nederanjată. Femeia și copilul părăsesc Spitalul sănătoși la 12 zile dela naștere.

Cazurile prezentate aici de noi sunt rare; interesul lor residuă în faptul, că aceste femei, una aproape de 47, cealaltă trecută de 44, erau în pragul menopauzei, deci am putea zice, că unul dintre ultimele ovule au ajuns abea să fie fecundate atunci când aceste femei de mult și-au luat gândul de-a mai procrea și de-a mai deveni vreodată și ele mame!

Fără ajutor medical acești copii tardivi, meniți de-acum să asigure continuitatea generatoare, s'ar fi născut morți, nașterea punând în pericol mare și viața mamelor. De aceea orice femeie gravidă, care a trecut de vârsta fiziologică de 25—26 ani și se află la prima sarcină, trebuie se fie sfătuită ca să nască sub asistență medicală în Spital, Clinică sau alt așezământ spitalicesc, pentru că numai o atentă observație obstetricală poate aduce rezultate bune.

În primul caz, care dura deja mai bine de 2 zile și craniul încă nu se angajase, după o așteptare fără nici un rost, s'ar fi făcut ruptura uterului, în al doilea caz fătul s'ar fi născut mort, dacă nu s'ar fi intervenit la timp.

Ca să se vadă mai plastic care trebuie să fie conduita noastră în cazul femeilor primipare bătrâne, în caz de naștere, vom da din literatură vre-o câteva păreri:

Astfel Marek prezentând un studiu bazat pe o statistică din Clinica din Olmütz, pe anii 1900—1909 arată, că nașterile la primiparele ce au trecut de 30 ani au prezentat inconvenientele următoare:

a) Ruptură perineală în 27.8% din cazuri față de 10%, în cazurile sub această vârstă.

b) Intervenție prin forceps s'a făcut în 11% din cazuri, față de 2%, în cazurile sub această etate.

c) Perforații s'au executat în 5% din cazuri față de ½% în cazuri sub această vârstă.

Mai arată, că primiparele »în vârstă« nasc mai mult băieți decât fete și că raportul ar fi de 125 : 100 în favorul băieților; apoi, că mortalitatea copiilor este de două ori mai mare decât a copiilor cu mame sub 30 ani.

Richter, Hiccs, făcând studii pe 64.022 nașteri din Clinica Schauta din Wiena pe anii 1892—1911, au găsit că peste vârsta de 28 ani, începe a urca procentul complicațiilor la naștere și după naștere la femeile primipare și că »normală« poate fi considerată prima naștere între 18—26 ani.

Bondy susține, că vârsta dintre 18 și 23 ani este mai potrivită pentru prima naștere.

Polubogatow arată pe materialul din Clinica Obstetricală din Moscova, pe 411 primipare bătrâne, că la aceste gravide adeseori se observă edeme; că nașterea e prelungită cu 25% față de primiparele tinere. În 50% a constatat inerție uterină, în 33% rupturi perineale, în 40% eclampsie și în 10% sepsă puerperală. Copiii însă au fost în general mai bine desvoltați decât la cele tinere. În 20% din cazuri a fost nevoie de intervențiuni mari obstetricale.

Marek împarte femeile gravide în 6 grupuri:

Grupul I	între 13 și 17 ani,
» II	» 18 » 20 »
» III	» 21 » 23 »
» IV	» 24 » 26 »
» V	» 27 » 29 »
» VI	dela 30 ani în sus.

El a găsit că la femeile primipare peste 30 ani concepția se face mai greu. Eclampsia e foarte frecventă, ca și nefrita. Morbiditatea și mortalitatea foarte crescută la mamă cât și la copil. Și el constată ca și Marek, că primiparele bătrâne nasc mai des băieți și mai rar fete.

Kremer în studiul său asupra nașterilor la primipare bătrâne arată, că: eclampsia e foarte frecventă totasemenea și nefrita, durata nașterii prelungită, indeosebi e lungă perioada dilatării, adeseori se observă inerție primitivă și secundară uterină, apoi ruptura precoce și prematură a membranelor; foarte mare este numărul intervențiilor, totașa fenomenul de asfixie la feți; perioada placentară foarte des prezintă complicațiuni, aderențe, resturi, etc., mastita deasemeni deasă, totasemenea și febra puerperală din cauza intervențiilor; mortalitatea mamei mai urcată.

Hesselberg ne citează rezultatele avute pe 200

primipare bătrâne (30 ani în sus) arătând că: durata nașterii a fost în loc de 14 $\frac{1}{2}$  ore, de 21—29 ore. Ruptura membranelor s'a făcut în general prematur. Forceps s'a aplicat în 25.4% cazuri față de 2.6% la femeile sub 20 ani.

Că observațiunile noastre aparțin cazurilor rare, o dovedește și statistica lui *Walldvogel*, care făcând un studiu pe primiparele bătrâne asistate în Clinica Obstetricală din München între 1892 și 1912 a găsit ca cea mai bătrână primipară o femeie de 43 ani. În cazurile noastre una aproape 47, cealaltă de 44 și  $\frac{1}{2}$  ani.

Mai nou *Limpach* comunică studiul unei statistici făcută pe 14.834 nașteri la Maternitatea din Strassbourg, pe anii dintre 1928 și 1934. În intervalul acesta de timp a găsit 712 primigravide în vârstă între 30—35 ani, deci din totalul gravidelor în 4.79%; între anii 35—45 a găsit 223 primigravide, deci 1.5%. În total deci 6.30% primigravide între 30—45 ani. La aceste a găsit afecțiuni renale la 54 gravide, deci în 5.77%. Distocii ale bazinului în 2.13%. Prezența pelviană 4.35% respectiv 4.93%. Ruptura prematură a membranelor a fost în 205 cazuri (21.92%). Nașteri premature au fost în 109 cazuri (11.652%). Cesariana s'a făcut în 9 cazuri (4.03%). Atonii în 4.92%. Mortalitatea fetală globală este de 5.17%; separat numai pentru primigravide bătrâne (35—45 ani) de 11.04%.

Comunicarea noastră vrea să fie un comentariu la problema vârstei celei mai potrivite pentru nașterea primă, căci acestei chestiuni nici azi nu i-se dă prea multă atențiune în medicina umană, dar nici din partea societății. Ne folosim cu ocaziunea aceasta de-a face apel la medicii noștri, pentru ca să promoveze în opera lor de activitate, în societate, în familii, prin conferințe etc. căsătoriile în vârstă tină (fete dela 18, băieți dela 26 ani). Și ar mai trebui ceva: să lupte cu toată energia contra tendinței căsătoriilor de-a nu avea copii în primii 2—4 ani de căsătorie, după cum este azi curentul și la noi în România. Pentru a putea satisface acest desiderat, e suficient ca fiecare medic să refuze ori ce cerere de avort în deosebi în prima sarcină, natural cu excepția cazurilor grave în cari este viața periclitată; să se știe de către ginecologi-mamoși că intervențiunile pe uter vaginal pot aduce cele mai grave urmări pentru femeie; un număr considerabil de cazuri rămân sterile, temporar sau definitiv după prima sarcină întreruptă artificial. Multe dezastre familiare s'ar putea evita cu puțină perseverență din partea medicilor atunci, când li-se cere intervenția pentru întreruperea unei sarcini. Medicul e dator ca să dea explicațiuni detaliate tinerilor ce se prezintă cu astfel de cereri, arătându-le eventualele urmări ireparabile și să refuze categoric intervenția. Astfel multe femei ar de-

veni mame fericite, ferite fiind de urmările grele, cari ar fi venit dacă ar fi apucat calea cealaltă. Căci chiar și dacă nu rămâne femeia sterilă după prima sarcină »avortată«, totuși intervenția făcută pe col și uter va stânjeni poate o nouă concepție imediată, va aduce dificultăți în calea nașterii în perioada de dilatare, colul fiind compromis prin cicatricele după dilatarea cu Hegare; se va dilata anevoios. Oricum, un avort provocat la o primipară, chiar tină, va aduce dificultăți pentru nașterea proximă și cu atât mai grave vor fi consecințele unei nașteri viitoare, dacă aceasta intervenție s'a făcut pe o primipară bătrână.

Medicii noștri ginecologi deci trebuie să fie promotorii și ocrotitorii maternității, căci idealul fiziologic al unei femei trebuie să fie în primul rând: îndeplinirea celui mai principal postulat natural de-a deveni mamă la timpul desemnat de natură, deci în vârstă tină!

### Bibliografie.

BONDY: Zur Physiologie der Erstgebort zblt f. gyn. 1911—87. — HALBAN-SEITZ: Biologie und Pathologie des Weibes. V. Band 2 teil. — Hesselberg: „Von Alteren Erstgebärenden“, (zblt f. Gyn. 1191/947). — LIMPACH M. J. Considerations sur l'accouchement chez les vieilles primipares à la Materinité de Strassbourg. (Bulletin de la Soc. d'obstetrique et de Gynecologie Nr. 3/1937). — MAREC R. „Über den Einfluss des Alters auf die erste Schwangerschaft“. (Zblt. f. Gyn. 1912, pag. 1548). — F. V. MICKULICZ RADECKI: Ueber der Geburten alter Erstgebärende. Zblt für Gynäkologie. T LVIII. Nr 21, 26 Mai 1934. — KREMER G, M.: (Inaug. Diss. Bonn 1912). — MAREK: „Über Alte Erstgebärende“, Zblt. für Gyn. 1911 pag. 1988. — POLUBOGATOW N. L.: „Zur Frage den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bei alten Erstgebärenden auf Grund von 411 Fällen in der Moskauer Gebäranstalt“. Zblt. f. Gynec. 1912, pag. 40). — RICHTER și HICCS: „Über das für die erste Geburt günstigste Alter“. (Zblt. f. Gynec. 1914, pag. 280). — WALDVOGEL: Inaug. Diss. München, 1913).

Clinica Oftalmologică — Cluj  
Director Prof. Dr. D. MICHAIL

### EPECTELE ROENTGENTERAPIEI IN CHERATITA PARENCHIMATOASĂ

de  
Dr. NICOLAE ZOLOG

Deși cheratita parenchimotoasă e cunoscută de multă vreme și încă dela 1853 *Hutchinson* era convins de etiologia ei sifilitică, verificabilă azi în peste 90% a cazurilor, rezultatele tratamentului medicamen-

tos general și local în această boală sunt departe de a fi satisfăcătoare.

Iată după o statistică americană rezultatele tratamentului medicamentos și chirurgical al cheratitei parenchimotoase:

6,8%	acuitatea vizuală	1
21,2%	»	0,7—0,5
42,4%	»	0,3—0,2
22,8%	»	0,1
6,8%	»	senzația luminii

După *Carwil, Mand, Derby* (pe o statistică de o mie cazuri) 5% din bolnavi ajung în zile de orbi, iar 24% nu pot îndeplini decât munci grosolane.

La congresul oftalmologilor germani ținut la Heidelberg în 1928 *Fleischer*, bazându-se pe o statistică a clinicii oftalmologice din Erlangen, arată că numai aproximativ 60% dintre bolnavii de cheratită parenchimotoasă își redobândesc în urma tratamentului o acuitate vizuală utilă (între 1 și 0,3) circa 13% mai mică decât 0,1 iar restul între 0,3 și 0 1.

După o altă statistică americană 24% din pensionarii institutelor de orbi sunt victimele cheratitei parenchimotoase sifilitice.

La clinica oftalmologică din Cluj unde cheratita parenchimotoasă în ultimii 10 ani a constituit 3,47% din totalul afecțiunilor bolnavilor internați, procentul diverselor grade de vindecări se prezintă astfel:

Acuitatea vizuală	După tratament	
	N-rul bolnavilor	Procentual
1—0,8	8	4,03
0,7—0,5	8	4,03
0,4—0,3	29	14,58
0,2—0,1	58	29,12
sub 0,1	88	44,22
sens. luminii	5	2,52
fără date	3	1,50
Total :	199	100,00

Bolnavii din primele două coloane orizontale pot îndeplini orice munci, cei din următoarele două numai lucrări grosolane. Cea mai mare parte a restului sunt niște invalizi. Acestor date trebuie să le adăugăm un corectiv. Mulți bolnavi urmând tratamentul și după părăsirea clinicii desigur redobândesc acuități vizuale mai apreciable.

Nici numeroasele controverse patogenice (*Igersheimer, Elschmig, Schieck*) cu concluziile terapeutice rezultate din ele, nu au putut ameliora rezultatele tratamentului medicamentos și azi în zilele de orbi ca și în cele de alienați o mare parte a pensionarilor e

formată din sifilitici dintre cari mulți poartă urmele unei vechi cheratite parenchimotoase.

Se știe că tratamentul antisifilitic cu ori câtă energie s'ar aplica, influențează puțin (*Denig, Gorbunow, v. Grosz, Uhthoff, Fehr, Siegriest, Maitland-Ramsay, De Schweinitz, P. v. Szily, Zeiler, Caulter și Ingram*) sau după alți autori deloc (*Elschnig, Finger, Heine, Neisser, Kuznitzki, Sandmann, Schanz, Flemming, Fromaget, Gebb, Wessely, Wicherkiéwitz, Tsucymoto, Spicer, Cabannes, Schott*) evoluția cheratitei parenchimotoase.

Totuși un plebiscit recent al oculiștilor rhenowestfalieni este partizan al tratamentului general salvarsano-bismutic care se pare că scurtează durata bolii. Malaria utilizată în câteva cazuri nu a arătat nimic deosebit.

În ceiace privește tratamentul local atropina, dioptrina și fermoterapia sunt singurele care au rezistat timpului și par a fi într'adevăr utile.

În ultimul timp Prof. *Deutschmann* obține bune rezultate cu o pastă de Scharlah-roșu 8%. *Brecher* din Rădăuți bazându-se pe teoria lui *Schieck* asupra patogeniei cheratitei parenchimotoase (acesta susține că în camera anterioară nu ajung anticorpi din sânge) încearcă o opsonizare artificială a camerei anterioare prin autohemoterapie. Rezultate bune după el contestate de alții.

În anii din urmă numeroși autori, mai ales italieni, încurajați de bunele rezultate obținute prin roentgenoterapie în tratamentul diverselor inflamații cronice ale membranelor oculare și bazându-se pe proprietatea razelor X, enunțată prin legea generală a lui *Bergonier și Tribondeau*, că celulele mai tinere și mai puțin diferențiate sunt mai sensibile față de razele X, au încercat acest tratament și în cheratita parenchimotoasă.

În cheratita parenchimotoasă fiind vorba de o infiltrație cu celule tinere, la început, se poate presupune că razele X vor avea o acțiune rezorbtivă.

Cei dintâi autori cari au tratat cheratita parenchimotoasă cu raze X au fost *Japiot și Bussy* în 1921. Au utilizat doze foarte mici (3 până la 4 x, filtru 3mm Al) obținând în cazurile incipiente bune rezultate.

Încercările următoare ale lui *Nicolle, Sgrosso, Courey și Mather* nu au dat rezultate satisfăcătoare tot din cauza că au utilizat doze prea mici.

*Dela Vega* în 1926 tratând patru cazuri de cheratită parenchimotoasă cu 30% HED a reușit să scurteze durata bolii dela 8—10 luni la 2 luni.

*Iendralski* în 1930 tratând diverse afecțiuni cronice oculare cu Roentgen a obținut în trei cazuri grave de cheratită parenchimotoasă o evoluție favo-

rabilă. În cazurile incipiente nu a putut influența maldia.

*Marzio Q. și Salvatori* pe un bogat material (42 cazuri de cheratită parenchimotoasă) au obținut vindecări fără macule corneene în 38% și numai 7% au rămas neinfluențate de tratament. Recidivele atât de temute au fost excepționale.

*Fratlicelli* pe un mare număr de cazuri a obținut prin roentgenterapie rezultate strălucite.

*Merkulow și Schieck* tratând 22 cazuri de cheratită parenchimotoasă de diverse vechimi, (7 zile—4 ani) au reușit să recupereze acuitatea vizuală la 11 cazuri în întregime (cazurile mai recente) iar la rest să obțină ameliorări apreciable.

Dozele aplicate de diverși autori variază. Nu există nici un criteriu sigur și nici unul nu indică mo-

tivele care i-au determinat să utilizeze o doză sau alta. Calitatea razelor utilizate nu importă prea mult.

Ultimelor 14 cazuri de cheratită parenchimotoasă cari s'au perindat în serviciul Clinicii Oftalmologice din Cluj, Prof. *Michail* le-a indicat tratamentul roentgenian care s'a făcut la Institutul de radiologie din Cluj.

Rezultatele acestui tratament le consemnăm aici.

Din cele 14 cazuri 13 aveau reacția Wassermann în sânge intens pozitivă, unul negativă. În 9 cazuri boala data de 10—60 zile, iar în 5 cazuri de 8—12 luni. Majoritatea covârșitoare a bolnavilor a fost de sex feminin (11 fem. 3 bărb.) În ceea ce privește vârsta avem bolnavi între 7 și 18 ani, un caz de 25 ani.

Toate cazurile prezentau aspectul tipic al cheratitei parenchimotoase cu infiltrația profundă a corneei, vascularizație și cutarea membranei lui Descemet.

Nr. curent	Numele Etatea	Etiologie	De când datează boala	Tratamentul general	Roentgenterap. No. ședințelor à 20% HED	Acuitatea vizuală		
						Înainte de tratament	După trat. radiol.	Mai târziu
1	T. Lucreția 18 ani	eredo-sifilis RW+	21 zile	Neosalvarsan Cianură de Hg.	3	1/50	5/30	5/5
2	T. Maria 10 ani	»	20 zile	»	3+3	numără degetele la 1/2 m.	OD=1/6 OS=1/10	5/7
3	L. Ana 14 ani	»	28 zile	»	3+3	OD=2/50 OS=1/50	1/10	5/20
4	O. Ștefan 11 ani	»	1 an	Bismut Cianură de Hg.	3 S	5/50	5 30	5/15
5	M. Rozalia 17 ani	»	8 luni	Neosalvarsan Cianură de Hg.	3	1/50	5 30	5/20
6	M. Floare 14 ani	»	9 luni	»	3+3	senzația luminii	1/30	1/10
7	C. Ecat. 11 ani	»	8 luni	Bismut Cianură de Hg.	3	»	1 50	1/50
8	M. Maria 12 ani	»	2 săpt.	Neosalvarsan Cianură de Hg. Bismut	3	»	5/30	5/5
9	B. Gizella 25 ani	»	10 zile	Neosalvarsan Cianură de Hg.	3	1/10	senzația luminii	1/5
10	B. Zaharia 11 ani	»	23 zile	Neosalvarsan Bismut	3	numără degetele la 1/2 m.	5/50	5/20
11	S. Lucreția 15 ani	»	28 zile	Neosalvarsan Cianură de Hg.	4	numără degetele la 20 cm.	1/30	5/10
12	C. Lina 7 ani	RW= negativă	2 săpt.	Bismut	3	senz. luminii		5/10
13	V. Veronica 10 ani	RW= pozitivă	35 zile	»	3	1/50	5/10	5/5
14	Cr. Ion 10 ani	»	2 săpt.	Neosalvarsan Bismut	3	numără degetele la 30 cm.	5/15	5/7

# Angine de poitrine

**Aortites, asthme cardiaque, artérites etc.**

**dragées**

A

**NOYAU MOU**

DE

**Trinitrine** | **Trinitrine**  
**Caféinée** | **Papavérine**  
**Dubois** | **Laleuf**

**CROQUER**

**UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS  
MAXIMUM: 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE**

Échantillons et littérature

**LABORATOIRES LALEUF**

51 RUE NICOLO -- PARIS (16-e)

Reprezentant pentru România: PAUL ILUTZA, București IV, Str. Olari 23

Din 14 cazuri după tratamentul roentgenian și-au redobândit acuitatea vizuală normală 5 cazuri, 7 cazuri acuitatea vizuală de 0,5—0,2, deci suficientă pentru numeroase îndeletniciri și într'un caz acuitatea vizuală 0,1. Un singur caz acuitatea vizuală sub 0,1 (nr. 7 din tablou). Ultimul caz credem că va putea dobândi o acuitate îndeletnicitoare pentru ocupațiile lui prin continuarea tratamentului.

Cazurile cari și-au redobândit acuitatea vizuală normală sunt acelea la cari boala era de dată mai recentă (2 săptămâni până la o lună). Cazurile invetrate au fost mai refractare la tratamentul radiologic și cele două cazuri cu acuitatea vizuală mai redusă se încadrează în această categorie.

Ele s'au arătat dela început de o malignitate evidentă căci după un tratament medicamentos energetic, local și general, acuitatea vizuală a rămas extrem de scăzută (senzația luminii).

Unul din cazuri a făcut și o gomă corneeană care a cedat tratamentului iodat, dar cicatricea groasă rezultată, nu a putut fi influențată prin tratamentul nostru.

Corneile după tratamentul roentgenian în majoritatea cazurilor au rămas cu macule extrem de fine, vizibile numai la biomicroscop. Desigur că acele cazuri unde ele erau localizate la periferia corneei au redobândit acuitatea vizuală optimă.

În ceea ce privește efectul iradierii asupra mersului bolii am remarcat următoarele:

Fenomenele subiective după cum a observat și *Merculow* nu se atenuază mai repede prin iradiere. Din contră există o reacție precoce după 24 ore, caracterizată mai ales prin injecție pericheratică, edemul parenchimului cornean cu lăcrămarea și fotofobia consecutivă, chiar și la cazurile cu ochii liniștiți înainte de iradiere. Se vorbește și despre o reacție tardivă pe care, în urma dozelor aplicate în cazurile noastre, nu am observat-o.

Iradierea ochilor chiar la începutul afecțiunii, când acuitatea vizuală este aproape normală, nu oprește turburarea progresivă a corneilor caracteristică acestei boale, care își urmează cursul ei obișnuit, în regulă generală observându-se cele trei faze, dar într'un ritm ceva mai accelerat. În perioada de rezorbție se observă, urmărind cazurile iradiate la biomicroscop, că insulele compacte de infiltrație se destramă ca un nou-raș apoi dispar.

Dozele aplicate în cazurile noastre au variat în raport cu gravitatea cazurilor și după vechimea lor. În cele recente s'au aplicat doze de 20% HED repetate de 3—4 ori la intervale de 4—4 zile. În cazurile mai vechi și unde opacitățile corneene au fost mai groase s'au repetat dozele de mai sus după pauză de 40 de zile.

Alături de iradiații am aplicat local tratamentul clasic amintit la începutul acestei expuneri și tratamentul general antisifilitic (neosalvarsan, cianură de mercur, bismut).

Razele X în cheratita parenchimatooasă se pare că au o acțiune rezorbțivă, indiferent de lungimea de undă, după majoritatea autorilor. Rezorbția s'ar face după unii mai activ în cazurile vascularizate. Autori ca *Lamma* încearcă chiar producerea de vase neoformate în corneea prin diverse mijloace (iritații fizico-chimice ca razele X, bacteriologice, locale, introducerea pe cale parenterală de albumine eterogene) pentru a favoriza în acest mod pătrunderea arseno-benzolilor în corneea.

În cheratita parenchimatooasă fiind vorba și de procese destructive ale parenchimului corneean, produse de toxina spirochetiană, se înțelege că în cazurile unde acest parenchim e distrus pe o mare întindere nu se mai poate vorbi de o restituție adintegrum.

Există și urmări neplăcute ale tratamentului roentgenian, urmări cari privesc toate membranele oculare. Ele au fost studiate minuțios de *Rohrschneider* care a arătat că ochiul uman e de două ori mai sensibil la efectele razelor X decât cel de iepure. Acest autor a arătat că se pot produce prin raze X conjunctivite grave, cu adevărate simblefaroane conjunctivale, ulcere corneene atone și refractare tratamentelor obișnuite. El a mai observat turburări ale umorului apos. Modificări tensionale nu a putut produce prin iradiere.

Se mai pot provoca prin aplicarea de doze masive de raze X cataracte și degenerescențe retiniene maculare. Dozele capabile să producă aceste leziuni sunt mult superioare (1770 R) celor necesare tratamentului cheratitei parenchimatooase.

*Bussy L. M.* crede că ochiul tânăr iradiat cu raze X ar suferi o oprire în dezvoltare, care l-ar face ipermetrop. Acest defect de refracție este însă remedial.

\* \* \*

În aprecierea rezultatelor tratamentului roentgenian trebuie să fim seama că cheratita parenchimatooasă este o afecțiune a cărui aspect variază foarte mult la diversele persoane și deci o evoluție favorabilă e posibilă chiar și fără tratament. Apoi cazurile le întâlnim în diverse stadii și din acest motiv nu putem observa aceiași modificare de aspect, în urma tratamentului.

Totuși judecând statistic putem conchide că tratamentul roentgenian în cheratita parenchimatooasă scurtează durata bolii în foarte multe cazuri și incontestabil ameliorează foarte mult rezultatele tratamentului medicamentos.



## Bibliografie.

ABADIA L.: Tratamentul keratitei interstițiale eredo-sifilitice prin neosalvarsan. Arch. d'opht. hispano-american. 1934 p. 147. — BRAUN G.: Strahlentherapie in der Augenheilkunde. Med. Klin. 1929 II. 1926—1928 R. Zblt. f. Ophth. XXIII. p. 169. — BRECHER: Ein neuer Weg zur Behandlung der K. p. elue congenita' Klin. Mblt. f. Aug. VC 1935 p. 83. — BUSSY M. L.: Influence de la radiothérapie sur la réfraction de l'oeil humain jeune. — Ann. d'oculist. 1928 p. 60. — GARVILL, MAND: Interstițial keratitits. J. amer. med. Assoc. 96 p. 1936 Zblt. f. ophth. XXVI. p. 500. — CATTANEO, DONATO: La cheratite parenchimatosa eredo-luetica. Studio di biomicroscopia. — Saggi di oftalmol. 3 p. 355 1928 Zbl. ophth. XX. p. 353. — FLEISCHER B.: Zur Behandlung der Keratitis parenchimatosa. Deutsche ophth. Gesellschaft Heidelberg 1928. — Zblt. ophth. XX. p. 196. — FRATICELLI: Modalità di tecnica della terapie fisica nelle forme di cheratiti parenchimatose. Annali di Oftalm. e clinica oculistica 1930 p. 45. — HEINE L.: Die Krankheiten des Auges im Zusammenhang mit der inneren-Medizin. — Berlin J. Springer 1921 p. 329. — IAKUBIAK M.: Radiumterapia in tratamentul keratit parenchimatose. Klinika oczna 1932 fasc. II. JENDRALSKI F.: Beitrag zur Roentgenbehandlung chronisch entzündlicher Erkrankungen des Auges. Strallenther 36 1930 pag. 327. Zblt. ophth. XXIII. 556. — IGRSHEIMER J.: Syphilis und Auge. I. Springer Berlin 1928. — KUBORN: Resultats de l'enquête sur le traitement de la kération parenchymateuse due à la syphilis héréditaire. Arch. für Augenheilkunde 1929. — LAMMA A.: Sulla diffusione degli arsenobenzoli nella cornea Riforma med. 1931 II. 1147 Zblt. f. ophth. XXVI. 192. — MALININ I. SHARKOWSKI: Studiul clinic și anat-pat. al kerat. par. Sov. Vest. ophth. IV. 6 1934. Rec. Rev. gén. d'opht — MARZIO Q. e G. B. SALVATORI: Risultati della radioterapia in alcune malattie oculari. Saggi oftalm. 5 1930. Zblt. ophth. XXIII. 663. — MERKULOW u. SCHIECK I.: Roentgenherapie der parenchymatose Keratitis Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde LXXXI p. 673. — MICHAIL D.: Tratat de oftalmologie. Cluj 1928. — NEGRU D.: Radiologie medicală. Editura Univer. Cluj 1931. — NEGRU D. MICHAIL D.: Die Roentgenbehandlung der Iristuberkulose. Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen. Bd. 53 (1936). NEUSCHULER, IGNAZIO: Roentgen-therapie delle cheratiti parenchimatose. Saggi di oftalm. 3 p. 29/1928. — ROHRSCHEIDER W.: Über die Wirkung der Roentgenstrahlen auf das Auge. Gesellschaft Deutsch. Naturforscher und Ärzte 1930. — SCHREIBER Z.: Die Behandlung der Keratitis parenchimatosa mit Impfmalaria. Zeitschr. f. Augenheilk. LXVI p. 316. — STOCK W.: Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde. Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. LXXVI. p. 542. — TERRIEN F.: Les facteurs adjuvants de la Kération interstițiale Arch. d'opht. 1933 p. 614. — VEGA DE LA: Die Roentgenstrahlen in der Behandlung der Interstițialen Keratitis. Rev. de especialitates I. p. 225, 1926 Zblt. ophth. XVIII. 70. — ZAWADOWSKI W., ZOLEDZIEWSKI Z.: Radiotherapeutische Erfahrungen in der Augenheilkunde. Polski. Przegl. radjol. 4 p. 291, 1929 Zblt. f. ophth. XXIII. p. 556.

Clinica Chirurgicală din Cluj  
Director: Prof. Dr. AL. POP

## CARCINOIDUL APENDICULAR

de  
Dr. EMIL SAFTA  
Asistent al Clinicei

Tumorile așa numite carcinoide cari se întâlnesc uneori la nivelul apendicelui merită atenția clinicianului pentru faptul că ele sunt relativ rare, iar simptomatologia lor se confundă cu aceea a apendicitelor acute sau cronice.

În Clinica Chirurgicală din Cluj au fost operate din 1919 și până în 1936 peste 6000 de apendicite, cu toate acestea deabia în trei cazuri pe care le vom descrie în lucrarea de față, s'au putut observa exemplare din aceste tumori benigne ale apendicelui.

În general tumorile epiteliale ale apendicelui au fost studiate amănunțit în lucrările lui *Josselin de Jong*, *Zayiger*, *Mac Carty* și alți autori. Totuși *Oberndörfer* și după el *Miloslavich* au fost primii cari au făcut distincția între carcinoide și carcinomele cilindrice tipice ale apendicelui. La noi, o lucrare tratând chestiunea carcinoidelor apendiculare se datorește Dlui Prof. Pop, apărută în *Zentralblatt für Chir.* 1929 Nr. 50.

Carcinoidele apendiculare sunt tumori cu caractere nete de benignitate. Este adevărat că uneori se pot observa în peretele apendicelui sau chiar mai la distanță pe intestin focare izolate din acest țesut tumoral, dar acestea nu pot fi interpretate ca metastaze. Pe de altă parte în puținele cazuri descrise în literatură terminate printr'o generalizare (Gübitz), probabil a fost vorba nu de carcinoide ci de carcinome adevărate.

Clinic niciun simptom nu ar putea să ne pună pe urma diagnosticului. Afecțiunea e recunoscută de obicei pe masa de operație sau e o surpriză de autopsie. Dimensiunile tumorii sunt acelea ale unei boabe de fasole sau ale unei alune. În ce privește vârsta la care apar, cazurile mai numeroase s'au observat între 20-40 ani, spre deosebire de carcinome cari se întâlnesc totuși la o vârstă mai înaintată. (Gübitz).

Vom reproduce în cele ce urmează pe scurt cele trei observațiuni făcute în Clinica noastră.

OBS. I. — Bolnavul M. V., în vârstă de 35 ani, de profesie preot, intră în clinică în ziua de 20 August 1934, cu diagnosticul de apendicită cronică.

În antecedentele hereditare și colaterale ale acestui bolnav nu se semnalează nimic deosebit. Nu a suferit nimeni în familie de vreo afecțiune asemănătoare aceleia care-l aduce pe bolnav în Clinică. La fel de lipsite de importanță sunt și antecedentele personale ale bolnavului nostru.

Boala actuală a debutat insidios, cu dureri în fosa iliacă

dreaptă, înainte de data intrării în Clinică cu un an. Aceste dureri surveneau la intervale relativ mari de timp și erau însoțite de grețuri, piroze și uneori vărsături. În ultimul timp fenomenele acestea au început să apară tot mai frecvent, fapt care îl determină pe bolnav să consulte un medic. La recomandarea acestuia intră în Clinică pentru a fi operat de apendicită.

Făcându-se examinările clinice și de laborator obicinuite în asemenea împrejurări se constată următoarele: temperatura 36,7, pulsul 72. Starea generală relativ bună. Tegumentele și mucoasele externe de aspect normal. Sistemul musculo-adipos, sistemul osos, extremitățile, ganglionii, fără nici o modificare. Din partea aparatului respirator, circulator și urogenital deosebită nimic deosebit. Reflexele tendinose de amplitudine obicinuită. Pupile egale, cu un contur regulat, reacționează la lumină și acomodează la distanță.

La examenul local abdomenul de circumferință normală. Tegumentele locale cu o colorație care nu diferă de aceea a regiunilor învecinate. La palpare întregă fosa iliacă dreaptă este mai sensibilă, se poate remarca totuși că durerea este mai pronunțată în punctul apendicular al lui Mac Burney. Apărare musculară nu se constată.

Leucocitoza 7400. În urină nu se găsește nimic patologic. Reacția Wassermann negativă.

Bolnavul este operat în ziua de 20 August 1934 de către Dl. Prof. Dr. Pop: Incizie Jalaquier. La deschiderea cavității abdominale se găsește un cec mobil, de aspect normal, care se exteriorizează cu ușurință. Apendicele situat în partea infero-internă a cecului formează în traectul său o cudură, la nivelul căreia se observă o tumoretă de mărimea unei alune. Apendicele este fixat în această poziție printr'o serie întregă de aderențe, iar vârful său este sclerosat. Mezoul apendicular scurt și reiractat. Se face apendicetomia după tehnica obicinuită bontul infundat fiind printr'un fir „în bursă”.

Examenul histologic al apendicelui făcut la Institutul de Anatomie Patologică de sub conducerea Dlui Prof. T. Vasiliu ne-a confirmat presupunerea că era vorba de un carcinoid tip Oberndorfer.

Evoluția postoperatorie a fost lipsită de orice complicație.

OBS. II. — Bolnavă în vârstă de 16 ani. Intră în Clinică în ziua de 29 IV 1929. În antecedente nimic important. Boala actuală a început înainte cu două luni cu dureri mai pronunțate în fosa iliacă dreaptă iradiind spre epigastru, cu vărsături și mici ascensiuni termice. Fenomenele au cedat după 2—3 zile și s'au mai repetat apoi cu același caracter de criză de încă două ori până la data intrării bolnavei în Clinică. La ultima criză bolnava consultă un medic și la îndemnul acestuia vine în Clinică pentru a fi operată.

Temperatura 37,4, pulsul 108, leucocite 12.000. Starea generală relativ bună. Aparatul respirator, circulator, urogenital nu prezentau nici un semn de suferință.

Local abdomenul ușor balonat, la palpare superficială sensibilitate în fosa iliacă dreaptă cu ușoară apărare musculară. La palpare profundă durerea maximă în punctul apendicular și se palpează o rezistență foarte sensibilă de forma unui cordon lung de 5—6 cm. Fundul de sac alui Douglas nu bombează dar e ușor sensibil.

La operație, făcută de Dl Prof. Al. Pop. apendicele lung de aproximativ 8 cm., este infero-intern în raport cu cecul. Jumătatea proximală a apendicelui are o culoare alburie și este foarte destins. La palpare dur. Jumătatea distală hiperemică de consistență mult mai moale. Mezoul scurt și îngroșat. În vecinătate nu se observă nici un ganglion mărit. Se execută o

apendicectomie obicinuită și cavitatea abdominală se închide apoi în trei straturi.

Examenul histopatologic al apendicelui făcut la Institutul de Anatomie Patologică de sub conducerea Dlui Prof. T. Vasiliu a dat următorul rezultat: la o colorație simplă mucoasa lipsia complet în partea proximală a apendicelui. În locul ei se puteau observa insule de celule separate între ele printr'un țesut conjunctiv dând în întregime un aspect alveolar. Formațiuni de acestea celulare pătrundeau și în stratul muscular. Nu s'au observat nuclee cu cariokineze și cu atât mai puțin cariokineze atipice. Cu metoda de impregnare alui Fontana nu s'a putut stabili în mod neîndoelnic prezența acelor granulațiuni argentofile care se observă după Masson. În rezumat era vorba de o tumoră epitelială cu celule rotunde, fără caractere de malignitate, care în întregime pleda pentru un carcinoid tip Oberndorfer. În restul apendicelui leziuni de inflamație acută.

OBS. III. — Bolnavă H. I., de 36 ani, de profesiune casnică din Turda. În antecedentele ereditare și colaterale ale bolnavei nu se semnaleză nimic important. În ce privește istoricul boalei actuale, aceasta a început brusc cu dureri ponctive în fosa iliacă și flancul abdominal drept. Durerile se pronunțau la presiune și mișcări. Concomitent cu aceste fenomene bolnava a început să aibă senzații de greață și cefalee. Nu a prezentat vărsături. Consultă un medic care îi recomandă intervenția de urgență și bolnava seara la aproximativ zece ore dela debutul boalei intră în Clinica noastră pentru a se supune operației indicate.

Constatăm o temperatură de 37,2 grade; pulsul 98. Starea generală relativ bună. Tegumentele și mucoasele externe normal colorate. Sistemul musculo-adipos bine dezvoltat. Extremitățile libere, ganglionii nu se palpează și nu sunt dureroși. Din partea aparatului respirator și circulator niciun semn de suferință. Lojele renale libere, reflexele rotulene de amplitudine normală. Local, abdomen de conformație normală. Sensibilitate în punctul Mac Burney. La acest nivel și ușoară apărare musculară. Semnul decompresiunii brusce pozitiv.

Leucocitoza: 10200. În urină nimic patologic.

Bolnava este operată în ziua de 18/III. 1937 de urgență cu diagnosticul de apendicită acută. Operator: Prof. Dr. Pop, ajutat de Dr. Danicico și Dr. Spătaru. Incizie Jalaquier. Deschizând cavitatea peritoneală se pune în evidență cecul și apendicele. Acesta din urmă este mult îngroșat, cu o suprafață foarte neregulată, dur, situat pe fața internă a cecului, cu un mezou foarte scurt. Acest apendice care are în ansamblu un aspect tumoral nu aderă la organele vecine. Cecul ușor congestionat. Apendicectomie. Se infundă bontul în bursă, iar plaga se închide în trei straturi.

Evoluția postoperatorie lipsită de orice complicațiuni.

La examenul histopatologic al apendicelui făcut la Institutul de Anatomie Patologică de sub conducerea D. Prof. Titu Vasiliu se constată că este vorba de un țesut tumoral format din alveole cu celule rotunde. Structura istologică este aceea a unui carcinoid tip Oberndorfer.

După descrierea clinică a acestor cazuri observate de noi ne pare demn de subliniat faptul că tumora în toate trei cazurile era situată pe un apendice care prezenta semne macroscopice și microscopice nete de inflamație. Coincidența aceasta a fost semnalată în majoritatea cazurilor publicate în literatură. Barth remarcă în această privință că un carcinoid se poate dezvolta pe

# Laboratoarele AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4 Place des Vosges

PARIS (4 arr.)

PRODUSELE	INDICAȚIUNILE	FORMELE
<b>Géneserine</b> Polonovski et Nitzberg	Hipo-aciditate gastrică, Sindrom Solar Tachicardii nervoase	Dragele Granule Picături Fiole
<b>Génatropine</b> Polonovski et Nitzberg	Hiperchlorhidrie Spasme digestive Vomitări, Colici, Diaree	Picături Granule Fiole
<b>Génostrichnine</b> Polonovski et Nitzberg	Paralizie Astenie Neurastenie	Picături Granule Fiole
<b>Génoscopolamine</b> Polonovski et Nitzberg	Maladia' lui Parkinson, Sindrome post-encefalitice Anestezie chirurgicală	Picături Granule Fiole
<b>Génosthenique</b> Polonovski et Nitzberg	Astenie Neurastenie Surmenaj Anemie Convalescență	Granule Fiole Picături

EȘANTIOANE MEDICALE LA CERERE

Reprezentant General pentru România:  
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.  
Strada Sft. Ionică Nr. 8 — București I.

un teren de apendicită acută, flegmonoasă sau cronică și prin localizarea sa poate influența dezvoltarea procesului inflamator. *Danisch* cercetând o serie întreagă de cazuri a găsit deseori alături de procesul tumoral semne histopatologice nete de imflamație acută sau cronică. Observațiunile asemănătoare deșteaptă o bănuială justificată, că între inflamație și neoplazie ar exista un raport patogenetic, dar clarificarea acestei probleme aparține viitorului.

Insfârșit o chestiune care se discută deasemenea foarte mult în legătură cu carcinoidele apendiculare este natura histopatologică a acestor tumori. Opiniile în această chestiune sunt diferite. Autori ca *Borst*, *Ribbert*, *Oberndorfer*, *Marchand* și alții le consideră ca hamartome. Din contră *Lubarsch*, *Burkhanrdt*, *Miloslavich*, *Krompecher*, ș. a. interpretează aceste tumori ca adevărate carcinome plecate din epiteliul criptelor mucoasei. *Aschoff* bazându-se pe natura epitelială a lor le numește »adevărați nevi ai mucoasei» părere de altfel împărtășită și de *Abrikosoff*.

Un aport considerabil la cunoașterea carcinoidelor apendiculare se datorește lui *Masson*. Acest autor văzând apropierea care există între structura tumorilor mai sus amintite și aceea a glandelor cu secrețiune internă le-a numit pe primele »tumori endocrine ale apendicelui».

Alți autori le-au grupat în cadrul adenomioamelor, choriblastomelor, etc. *Saltikoff* și *Oberndorffer* le consideră în fine ca insule de țesut pancreatic.

### Literatura :

OBERNDORFER. — Münchener Med. Wschrft. Anul 1928—II; No. 31 pag. 1329. — GROSS. — Münchener Med. Wschrft. Anul 1928—II; pag. 1505. — GENZ. — Münch. Med. Wochenschrift. Anul 74 No. 52 pag. 2216. — SCHÄR. — Brun's Beitr. z. k. Ch. Vol. 149 pag. 476. — POP AL. — Zbl. f. Chir. Anul 1929 pag. 3168. — DANISCH. — Beitr. z. pathol. Anat. Vol. 72 pag. 687. — GUBITZ. — Wirkow's Archiv f. pathol. Anat. Vol. 242, pag. 265. — GOSSET, MASSON. — Presse Med. Anul 1914 No. 25. — POPOVICI, GEORGESCU. — Revista de Chirurgie Anul 1935. No. 9—12.

Clinica O'ro-Rino-Laringologică  
Dir.: Prof. Dr. G. BUZŌIANU

## FOLICULITA RECIDIVANTĂ A VESTIBULULUI NASAL ȘI TRATAMENTUL EI

de:  
Dr. E. CSILLAG

Foliculita vestibulului nasal sau sicoza nasală, este o dermatită circumscrisă, caracterizată prin noduli și pustule, produse prin infiltrația mai pronunțată a foliculului pilos și a glandei sale sebacee, într'un proces inflamator supurat. Aceste pustule sau noduli sunt străbătuți în mijlocul lor de un fir de păr. Pustulele ce confluează și se usucă, formând cruste. Vestibulul nasal fiind continuarea invelişului tegumentar extern, el poate fi sediul celor mai variate foliculite, care se pot întâlni și asupra tegumentelor.

În studiul de față ne vom ocupa numai de tratamentul foliculitei sau sicozei vulgare, de aceea vom lăsa cu totul laoparte celelalte foliculite ca cele parazitare, gonococice, bacilare, precum și exantemele de aspect pustulos, consecutive unor medicamente luate intern (Iod, Brom, Clor).

În etiologia foliculitei rolul primordial îl joacă stafilococul aureu. Uneori se mai poate întâlni stafilococul alb și rar streptococul hemolitic și bacilul piocianic (*Ehrmann*).

Producerea foliculitei vestibulului este favorizată prin expunerea la iritațiuni și traumatisme a orificiului narinar (cutanat extern), care poate duce des la eczeme acute ori cronice.

Chiar și scurgerea nasală dintr'o coriză este în stare să macereze și să infecteze pielea orificiului narinar cutanat extern). Astfel de cauze iritante mai sunt: supurațiile cronice ale foselor nasale, empiemele, scurgerile din jurul tamponului după intervențiuni endo-nasale. Rinitele cronice prin vegetații adenoide. Pulberi ce conțin elemente dure, ascuțite sau iritante chimice, apoi gazele iritante care produc prurit, pentru care individul își maltratează nasul. Obiceiul rău ce-l au unii de a și introduce degetele murdare în nas.

O altă cauză a foliculitei vestibulo-nasale este întinderea acesteia asupra vestibulului nasal din vecinătate, de obicei din barbă. *K. Koffler* descrie un caz, unde foliculita recidivantă a vestibulului nasal rămâne rebelă la orice tratament și se vindecă numai după îndepărtarea amigdalelor cronic inflamate.

### Tabloul clinic.

Bolnavii de obicei vin să consulte medicul pentru că de un timp mai scurt ori mai lung au o senzație

dureroasă situată la nivelul vestibulului nasal cu pulsațiuni și arsuri. Nasul în această regiune este mai tumefiat și de o consistență mai dură la palpație. Culoarea sa este roșie de nuanță variabilă. La rinoscopie anterioară corespunzător perilor vestibulului nasal găsim noduli și pustule în număr variat. Secreția purulentă a pustulelor uscându-se, formează cruste cari uneori ajung la un volum în stare să împiedice respirația.

Evoluția foliculitei este variabilă. Uneori se vindecă în scurtă vreme fără vre-o intervențiune, alteori trebuie să acționăm cu tot arsenalul nostru terapeutic împotriva acestei afecțiuni foarte penibile și care prin raporturile sale cosmetice poate influența și psihicul bolnavului.

Cât de mult influențează psihicul și raporturile sociale la unii indivizi această afecțiune locală și cu aspect banal se vede și din istoricul a doi bolnavi tratați de noi:

I. Bărbat de 38 ani care are un magazin de bijuterii din provincie, povestește că pentru o tumefacție nasală pe care o are de 3 ani, care apare și dispăre, își neglijează și profesiunea. A trebuit de mai multe ori să renunțe la călătoriile sale legate de sezon în strălănătate, pentru că nu putea să discute liniștit cu oamenii de afaceri de acolo cu nasul dureros și roșu. Este indispus în afaceri, are conflicte cu familia care nu vrea să-l considere starea de boală de așa natură ca să explice această modificare de caracter.

II. Femeie de 34 de ani de altfel de bună dispoziție și iubitoare de societate, prin foliculita ce-o supără de 1½ an a devenit iritabilă; nu se mai interesează nici de treburile sale gospodărești și prezintă turburări melancolice.

Acestea demonstrează destul de elocvent necesitatea vindecării cât mai urgente a foliculitei recidivante a vestibulului nasal.

Consultând lucrările de acum 20—30 de ani (*Denker, Laurens, Kisselbach, Seifert, Voltolini*, etc.) asupra acestui subiect nu găsim amintit decât tratamentul local (alifii, cauterizări, epilații) și a cauzelor considerate că întrețin iritația și infecția la nivelul vestibulului nasal (adenotomie, mucotomie, spălături ale sinusurilor și tratamentul lor chirurgical), dar nici o amintire asupra posibilității etiologice și nici terapeutice a unor cauze mai îndepărtate, ori generale. Acest factor nu-l găsim amintit nici în lucrările mai recente.

Azi se știe că în infecțiile cu stafilococ, înafara factorilor locali, joacă rol și alți factori imuno biologici și că rezistența față de infecțiune variază dela individ la individ și la același individ la diferite epoci. Se mai știe că această situație imuno-biologică este în funcțiune de starea generală de sănătate și de nutriție a organismului.

Lângă cauzele locale vom căuta deci și cauze generale la astfel de bolnavi. În diabetul zaharat: dietă corespunzătoare și insulină. *Neisser* propune chiar și la nediabete un regim asemănător diabeticilor. Vom căuta să tonificăm individul: băi de soare și aer, iarna sedințe de cuarț.

O atențiune deosebită merită tractul gastro-intestinal și în deosebi constipația. La astfel de bolnavi prescriem un regim adecvat. Mâncările meteorizante și condimentele vor fi interzise. Pentru regularea procesului de digestie *Biettner* și *Polland* au recomandat în ultimul timp preparate cu drojdie de bere. Primul recomandă *Levurinase Blaes* sau *Furunculin Zyma*, al doilea preparatul *Neurozen*. Aceste preparate se pot înlocui cu drojdie de bere proaspătă, din care administrăm de trei ori pe zi câte o linguriță.

După *Presta* și *Tarnella* acțiunea drojdiei de bere este datorită abundenței sale în nucleine, care neutralizează toxinele intestinale. *K. Funck* crede dimpotrivă că acțiunea favorabilă a drojdiei ar fi legată de abundența sa în vitamina B, la fel și *Abderhalden, Langston, Berg*, etc.

*Buschke* și *Langer* recomandă pe cale internă ichtiol administrat în pilule, de câte 0,10 gr. 2—3 ori pe zi, sau sulf pp. 0,10—0,50 gr. pe zi. *Bier* a obținut rezultate bune prin administrarea sulfului în doze homeopateice. În 1917 *Frouen* și *Gregoire* introduc terapia cu Zinc. Mai important este tratamentul cu terebentină a lui *Klingmüller* din 1913. El se folosea în acest scop de preparate *Olibintin Riedel*, care nu e altceva decât o soluție uleioasă sterilă de 10% a diferite terebentine. Se poate administra atât intravenos cât și intramuscular.

În legătură cu observația unui bolnav de 45 ani care ne-a consultat pentru constipație și acidozitate și care accidental avea și un oarecare grad de foliculită a vestibulului nasal și căruia i-am prescris ca tratament acid clorhidric diluat și ceaiul lui *B. Aschner* (Rp. *Folia Sennae, Radix Liquiritiae, Fruct. Foeniculi* aa., din acest amestec 1 linguriță se fierbe într'un ¼ kg. apă, se lasă să stea 5 minute, se strecoară și se consumă fără zahăr), după câteva zile am constatat cu surprindere că nu numai turburările sale gastro-intestinale s'au ameliorat, ci și foliculita.

După această observație am recomandat bolnavilor suferinzi de foliculită lângă tratamentul local, ceaiul lui *Aschner* și după necesitate acid clorhidric diluat. Rezultatele au fost bune și în cazurile cele mai rebele.

În cele ce urmează voi reda istoricul unor bolnavi de foliculită recidivantă observați și tratați de noi în serviciul clinicei O. R. L. din Cluj.

I. M. O. taxator de 34 de ani, suferă de foliculită reci-

divantă de 1½ ani. A făcut toată gama tratamentului local: alifii, epilații, iontoforeză, röntgen, fără a obține rezultatul dorit. După 4 săptămâni de administrare a ceaiului lui Aschner și a acidului clorhidric diluat, se simte mult ameliorat, deoarece suferă de hipociditate continuă, actualmente la acid clorhidric.

II. H. A. de 41 de ani din Alba-Iulia are foliculită vestibulo-nasală de 4 ani. Diabet negativ. Lângă tratamentul local obișnuit și cel general de mai sus, în trei săptămâni foliculita s'a vindecat complet. Mai la de 2—3 ori săptămânal ceaiul laxativ. N'a recidivat.

Acelaș rezultat bun s'a mai obținut și la alți trei bolnavi tratați în Clinica O. R. L.

Aschner consideră că acest ceai laxativ ar avea o acțiune și asupra metabolismului. În afara rostului acidului clorhidric în secreția gastrică și acțiunii laxative a ceaiului lui Aschner, nu găsim o altă explicație a acțiunii favorabile a acestei medicațiuni, dar pentru rezultatele bune obținute am crezut util să relevăm aceste fapte.

Ceea ce reese cu deosebire din observațiile noastre este noțiunea care are în unele împrejurări o importanță specială în materie de tratament a vestibulitei nasale: să nu se neglijeze starea generală (turburări cronice gastro-intestinale, diabet, sifilis), când după aplicarea unui tratament local antiseptic foliculita nu manifestă tendință la vindecare.

#### Literatură:

KATZ—BLUMENFELD: 1923 vo. III. Pag. 2. — O. CHIARI: Krankheiten der oberen Luftwege. Anul 1902, pg. 262. — A. DENKER u. W. BRÜNINGS: Lehrbuch de krankheiten der Ohres u. der. ob. Luftwege. — B. ASCHNEB: Technik der konstitutions Therapie 1936. — BIER: Münchener Medizinische Wochenschrift 1928 pg. 728. — KLINGMÜLLER: Deutsche Med. Wchschr. 1923, pg. 669. — BUSCHKE u. LANGER: med. Kl. 1925, pg. 1675.

#### COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 6—1937.

Prof. Dr. V. PAPILIAN et Dr. C. V. ANTONESCU: **Nouvelles recherches dans l'étude de la syncope adrénalino-chloroformique.**

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes:

1. Les produits des sécrétions internes des glandes injectées dans les veines, empêchent la production de la syncope adrénalino-chloroformique.

2. Celles-ci produites par des sécrétions internes auraient une action sur le parasympathique.

Dr. I. MANTA et Dr. Tr. DINCULESCU: **Méta-**

#### **bolisme du calcium après les injections par gluconate de Calcium.**

Les recherches ont montré après les injections intramusculaires et intraveineuses une légère hypercalcémie. L'hypercalcémie dura quelques heures après injection intraveineuse dans ce cas après 24 h. on observe toujours une légère hypocalcémie. Pour l'injection intramusculaire l'hypercalcémie est au maximum 6 heures après l'injection.

Les auteurs étudient aussi les variations du Calcium ionisé après les injections. On trouve que le pH. est plus alcalin et que le taux du Calcium ionisé, déterminé par la méthode Bigwood est baissé. Ceci montrerait que l'excès du calcium mis en circulation par l'injection passe à l'état complexe qui est probablement, en partie, déposé dans le squelette.

#### Dr. D. TĂNĂSESCU: **La balnéo-crénotherapie interne aux bains Herculènes.**

L'auteur fait une description des sources et de toutes les possibilités balnéo-climateriques qu'offre la station des Herculènes. Il montre minutieusement toutes les indications et les contre-indications. L'article se termine par une revue critique sur les conceptions modernes en ce qui concerne les maladies rhumatismales.

#### Doc. Dr. C. STANCA et Dr. I. STUPARIU: **Considérations sur la première naissance des mères âgées.**

Les auteurs décrivent deux cas de naissance des mères âgées, l'une à l'âge de 46 ans 10 mois et l'autre à 44 ans. Dans tous les deux cas, les douleurs d'enfantement ayant duré 48 heures sans délivrance, on a intervenu dans le premier cas en faisant le coup césarien et dans le second cas on eut recours au forceps.

La santé des deux mères et celle des deux nourrissons est parfaite.

#### Dr. N. ZOLOG: **Les effets du traitement par les Rayons X dans la Kératite parenchymateuse.**

Après avoir montré, sur la base des différentes statistiques, les résultats du traitement médicamenteux et chirurgical dans la Kératite parenchymateuse, l'auteur consigne les bons effets obtenus grâce au traitement par les rayons X dans 14 cas de Kératite parenchymateuse, auxquels le Prof. Michail a indiqué ce traitement. Parmi les 14 cas 5 ont récupéré l'acuité visuelle normale, 7 cas l'acuité visuelle utile (entre 0,5 et 0,2) un cas 0,1, et un autre cas sous 0,1. On a obtenu de meilleurs effets dans les cas où la maladie était plus récente.

**GASTROPATII DUREROASE**

**GASTRITE, SPASME ALE PILORULUI**

**ULCERE**

**Gastropansement**  
**DU D<sup>r</sup>. ZIZINE**

**Pansament Gastric**

BCU Cluj Central University Librară CU BAZA DE

**CĂRBUNE ACTIV  
POLYVALENT**

ASOCIAT CU PUDRE INERTE

**Posologie :**

1 Pachet dimineața pe  
nemăncăte și la nevoie seara

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ

**Drogueria "STANDARD",**

**București**

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

Exclusivitate generală pentru România: DROGUERIA »STANDARD» S. A. R: Str. Sft. Ionică 8, București I.

Les phénomènes de réaction caractéristiques de cette maladie ne s'affaiblissent pas plus vite par l'irradiation à l'aide des Rayons X.

Les doses appliquées ont varié de 3—6 séances à raison de 60 r, par conséquent des doses qui ne peuvent avoir aucun effet désagréable sur l'appareil visuel.

**Dr. EMIL SAFTA: Le carcinoïde appendiculaire.**

Il s'agit de 3 cas de carcinoïde type Oberndorfer observés dans la Clinique Chirurgicale de Cluj. L'affection est rare en rapport avec la grande fréquence des appendicites. L'auteur insiste sur le rapport entre processus tumoral et l'inflammation appendiculaire.

**Dr. EUGEN CSILLAG: Folliculite par récursive du vestibule nasal et son traitement.**

Sous ce titre l'auteur traite le problème étiologique et thérapeutique du sicose nasal en récursive. Il attache une grande importance aux cas d'ordre général dans l'étiologie du vestibulite nasal folliculaire dont les causes ont été trop négligées. Les derniers temps le problème du traitement a commencé à respecter tant les facteurs d'immunité-biologiques (la résistance de l'organisme, les troubles gastro-intestinales, le diabète, la syphilis etc.) que ceux locaux ou régionaux.

Dans ce sens la valeur thérapeutique des moyens complexes de traitement est absolument supérieure aux anciennes méthodes, car par cette cure d'ensemble, l'auteur a guéri plusieurs cas de folliculite en récursive qui n'ont pas été influencés par le traitement local régional. En conséquence, tant que le traitement local ne présente pas une efficacité complète, on ne négligera jamais la thérapie générale.

**GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN**

No. 6—1937.

**Prof. Dr. V. PAPILIAN și Dr. C. V. ANTONESCU: Neue Untersuchungen im Studium der Adrenalin-Chloroformsynkope**

Die Autoren gelangten zu folgenden Schlüssen:

1. Die Produkte der inneren Sekretion der Gonaden verhindern, wenn sie intravenös verabreicht werden, das Zustandekommen der Adrenalin-Chloroformsynkope.

2. Diese Produkte der inneren Sekretion scheinen auf das parasymphatische System zu wirken.

**Dr. I. MANTA und Dr. TR. DINCULESCU: Der Calciumspiegel nach Calcium-gluconat-Injektionen.**

Die Verfasser verfolgten die Veränderungen des gesamt-calciums und die Calciumionenconcentration des Blutplasmas nach Calcium-gluconat-Verabreichung. Sie konnten zeigen, dass die höchsten Calciumwerte nach 6 Stunden bei intramusculärer Verabfolgung auftreten; nach intravenösen Injektionen die entstandene Hypercalcämie bereits nach 6 Stunden abklingt. Nach 24 Stunden kann man eine leichte Hypocalcämie, ohne Unterschied der Verabfolgung, beobachten. Eine Hypocalcämie findet man auch nach einer Serie von Injektionen (10 Tage). Darum wurde auch die Calcium-Ionenconcentration des Blutplasmas bestimmt, dabei zeigte es sich, dass bei intravenöser Verabfolgung die Calciumionenconcentration fällt und das Blutplasma alkalisch wird.

Dies Ergebnis wird von den Verfassern so erklärt, dass das Calcium aus dem ionisierten Zustande in Complexen übergeht und sich wahrscheinlich im Knochenskelet niederlegt.

**Dr. D. TÂNĂSESCU: Balneo-und interne Crenoterapie in Băile Herculane (Herkulesbad)**

Der Autor gibt eine Beschreibung der Heilquellen und sämtlicher balneo-klimatischen Möglichkeiten dieses Kurortes. Er erörtert alle Indikationen und Kontraindikationen und beschliesst den Artikel mit Übersicht über die moderne Auffassung bezüglich der »rheumatischen Erkrankungen«.

**Doz. Dr. C. STANCA und Dr. I. STUPARIU: Beiträge über bejahrte Erstgebärende.**

Die Autoren beschreiben 2 persönlich beobachtete Fälle, von denen bei dem einen die Erstgebärende 46 Jahre und 10 Monate, bei dem anderen 44 Jahre alt war. In beiden Fällen dauerten die Wehen über 48 Stunden, ohne zur Austreibung der Frucht zu führen. So waren die Autoren genötigt zu intervenieren und wurde im ersten Falle der Kaiserschnitt, im zweiten die Zange angewendet. Die Mütter und Kinder sind gesund.

**Dr. N. ZOLOG: Die Ergebnisse der Röntgenbehandlung bei Keratitis parenchymatosa.**

Nachdem der Autor an Hand verschiedener statistischen Daten über die Ergebnisse der medikamentösen und chirurgischen Behandlung der Keratitis parenchymatosa berichtet, veröffentlicht er die guten Resultate, die er in 14 Fällen mit Röntgenbestrahlung erzielte, welche von Prof. Michail empfohlen wurde.



Von den 14 Fällen erlangten 5 die normale Sehfähigkeit, in 7 Fällen wurde eine wesentliche Besserung (Werte zwischen 0.5 und 0.2) erzielt. In einem Fall 0.1 in einem anderen blieb die Sehschärfe unter 0.1. Bessere Resultate wurden in frischen Fällen erzielt. Die für diese Erkrankung charakteristischen Reaktionsphänomene besserten sich durch die Bestrahlung nicht rascher. Die applizierten Dosen wechselten zwischen 3 und 6 Sitzungen zu je 60 r; es handelt sich also um Dosen, welche keinesweges imstande waren, auf den Sehapparat einen unerwünschten Effekt auszulösen.

**Dr. E. SAFTA: Über Karzinoid des Wurmfortsatzes.**

Der Autor beschreibt 3 Fälle von Karzinoid Typus Oberndorfer des Wurmfortsatzes, welche er auf der chirurgischen Klinik Cluj beobachtete. Die Affektion ist im Verhältnisse zu dem so überaus häufigen Vorkommen von Blinddarmentzündungen selten. Der Autor erörtert hierauf den pathogenetischen Zusammenhang zwischen dem tumoralen und entzündlichen Prozesse und beschreibt die Histopathologie obiger Affektion.

**Dr. E. CSILLAG: Die rezidivierende Folliculitis des vestibulum nasi und ihre Behandlung.**

Unter diesem Titel erörtert der Autor das Problem der Aethiologie und Behandlung der rezidivierenden Sycosis der Nasenschleimhaut. Er betont die Wichtigkeit verschiedentlicher Faktoren in der Aethiologie dieser Affektion. In letzter Zeit berücksichtigt die Therapie sowohl immun-biologische Faktoren, wie Resistenz des Organismus, Magen-Darmbeschwerden, Diabetes, Syphilis etc. als auch solche lokaler oder regionaler Natur. Daher sind die neuen Behandlungsme-

thoden den früher angewandten bei weitem überlegen. Durch diese Behandlung gelang es dem Autor eine Reihe von Fällen zu heilen, welche gegenüber einer lokalen Behandlung resistent waren. In solchen Fällen, wo eine lokale Behandlung erfolglos bleibt, empfiehlt der Autor eine Allgemeinbehandlung.

**SOCIETĂȚI MEDICALE**

**SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ**

Sedința din 13 Martie 1937

Prezidează: Prof. Dr. E. ȚEPOSU Președinte.

Dr. I. M. POPESCU și Dr. V. SECĂREA: **Un caz de lobită azygos tuberculoasă.**

Bo'nava I. Florica, de 35 ani, intră în Clinica Medicală din Cluj, la 9 Martie 1937, pentru slăbire fizică, anorexie, tuse seacă, transpirații nocturne și subfebrilități. În antecedentele colaterale găsim că mama a murit de anevrism al aortei, un frate de tbc. pulmonară, iar bărbatul este un vechiu tușitor. În antecedentele personale găsim un lues tratat și vindecat, o otită medie purulentă, care datează de 10 ani, o pleurezie și amigdalită în repetate rânduri.

Boala actuală pare a fi debutat brusc în Decembrie 1936, cu febră de 38—40°, frisoane repetate, greață, anorexie, dureri în epigastru. După vre-o 10 zile febra a scăzut la normal, apoi din nou s'a ridicat până la 37,8. De atunci tușește mereu, fără să expectoreze, transpiră mai ales noaptea, are subfebrilități și anorexie. La examenul obiectiv se constată o matitate la partea supero-internă a pulmonului drept, respirație surlantă și raluri umede. În spută s'a pus în evidență bacilul Koch, însă numai după omogenizare. Sedimentarea globulelor roșii 86 în 2 ore. Starea generală destul de bună. Din punct de vedere radiologic se observă în partea supero-internă a lobului superior dr, o umbră triunghiulară, cu baza spre vârful pulmonar,

**DRAGELE DESENSIBILIZAREA GRANULE ȘOCURILOR**

**PEPTALMINE**

**MIGRENE**  
TURBURĂRI DIGESTIVE  
PRIN ASIMILARE DEFECTUOASĂ

**POSOLOGIE**  
2 DRAGELE SAU 2 LINGURIȚE DE CAFEA DE GRANULE  
O ORĂ ÎNAINTEA CELOR 3 MESE

**URTICARIE**  
STROPHULUS  
PRURITE, ECZEME

Laboratoire des Produits SCIENTIA 21 rue Chaptal, Paris 9<sup>e</sup>

REPREZENTANT: J. LIEUZE, BUCUREȘTI III, STR. VRAJITOAREI, 9.

iar cu vârful în hil, intensă, omogenă bine delimitată înafară de scizura venei azygos.

Revăzută peste 45 zile, așa după cum se constată și pe aceste radiografii, umbra triunghiulară s'a redus mult, nu mai este așa intensă, rezorbția a început dela periferie spre centru și aproape  $\frac{2}{3}$  s'a rezorbit. Sedimentarea globulelor roșii a scăzut la 36, iar starea generală foarte bună. Toate simptomele clinice s'au ameliorat. Matitatea a fost înlocuită printr'o submatitate, iar respirația este discret suflantă, fără să se mai audă raluri umede.

\* \* \*

Înainte de a trece la descrierea lobitei azygos, vom spune câteva cuvinte despre lobul azygos normal.

Lobul azygos a fost descris pentru prima dată, anatomic de către Wrisberg în 1778, de aceea îi poartă și numele. Este datorit unui traect anormal al venei azygos, care împarte vârful pulmonului drept în 2 jumătăți inegale. Marea venă azygos ia naștere în cavitatea abdominală și intră în cavitatea toracică prin orificiul diafragmatic, fiind situată pe partea laterală dreaptă a coloanei vertebrale. La nivelul celei de a treia sau de a patra vertebră dorsală, ea se încurbează înainte și trecând deasupra pedicolului vascular drept, descrie o curbă, numită crosa venei azygos, apoi se varsă în marea venă cavă. Crosa venei azygos se vede în mod normal pe firele radiografice, în unghiul pe care-l formează trachea cu bronșia dreaptă, sub forma unei virgule inverse, așa cum a demonstrat Oltonello în 1931.

În loc să urmeze acest traect, se poate întâmpla ca veña azygos să albă un mers mai lateral. În acest caz ea trece înapoia pleurei parietale drepte și deprimă lobul superior drept, în care formează un șanț în fundul căruia o găsim. Acest șanț nu este altceva, decât scizura azygos care este formată din 4 foițe pleurale: cele externe sunt datorite pleurei viscerale și formează scizura propriu-zisă, cele două interne datorite pleurei parietale alcătuiesc mezo-scizura azygos, prin comparație cu mezenterul și intestinul. Între cele două foițe ale mezo-azygosului se găsește țesut conjunctiv și vase.

Scizura azygos este vizibilă la Röntgen, înafară de orice leziune patologică, din cauză că este formată din 4 foițe pleurale, iar nu din 2 cum sunt celelalte scizuri.

Scizura azygos nu pleacă întotdeauna din același loc. De aceea și lobul azygos are mărimi diferite.

După Stibbe găsim 3 tipuri de scizuri:

Tipul A, cel mai frecvent, în care scizura începe înafara vârfului pulmonar;

Tipul B, când scizura începe chiar din vârful pulmonului și tipul C, cel mai rar întâlnit, când scizura începe înăuntrul vârfului pulmonar.

Oricărui tip ar aparține, scizura azygos are forma unui segment sfero-conic, cu concavitatea internă.

Deși imaginea scizurii azygos a fost observată încă din 1923, de către Wessler și Jaches, ea n'a fost confirmată anatomo-patologic decât în 1928, de către Bendick și Wessler, cari au avut norocul să autopsieze 2 cazuri de lob azygos normal și să demonstreze că linia capilară este datorită scizurei venei azygos.

Un lob azygos normal prezintă 3 elemente caracteristice: bulbul venei azygos, linia capilară și triunghiul parietal.

a) Triunghiul parietal corespunde locului de implantație al scizurei și este format din țesut conjunctiv, care umple locul lăsat liber de pleura parietală. Nu se găsește decât în 20% din cazuri, deoarece este acoperit de coaste sau de procese pleurale.

b) Linia capilară pleacă din vârful pulmonului și corespunde scizurii azygos. Pe filmele radiografice are grosimea unui fir de păr și este un element constant.

c) Bulbul venei azygos constituie elementul cel mai constant al lobului azygos și este datorit crosiei venei azygos. Are forma unei virgule inverse, situată parasternal în dreapta, între extremitatea anterioară a primei și a doua coaste.

Lobul azygos nu este o anomalie așa de rară. Sunt citate în literatură, până în prezent, peste 270 cazuri. Dă un procent de 0,5%.

Dr. Graur și Dr. Alexandrov au adunat 11 cazuri de lob azygos normal. În clinica medicală și în secția de boli pulmonare, abea am putut găsi un număr de 9 cazuri de lob azygos normal și un caz de lobită azygos.

Atât scizura cât și lobul azygos pot fi sediul diverselor procese inflamatorii. Cele mai des întâlnite sunt procesele bacilare.

Leziunile netuberculoase ale lobului azygos sunt extrem de rare.

Până în prezent se citează numai 2 cazuri de pneumonie a lobului azygos. Bendick și Wessler citează un caz de cancer pulmonar care s'a complicat cu o pleurezie închistată a scizurei azygos. Am întâlnit și noi în clinica medicală un caz de cancer mediastinal, care era însoțit de scizurită azygos.

Procesele bacilare localizate la nivelul scizurei azygos sunt mai numeroase ca cele nebacilare și pot fi primitive sau secundare.

Din cauza rețelei bogate limfatice, care este strâns legată cu hilul, scizura azygos constituie un loc de predilecție pentru tuberculoza interstițială. În caz de tuberculoză exudativă, scizura azygos joacă un rol de barieră, împiedecând propagarea mai departe a infecției, însă rolul ei este mai puțin eficace ca cel al scizurii superioare, de aceea ea este adeseori depășită. Tuberculoza scizurilor este destul de benignă. Tuberculoza lobului azygos se întâlnește fie sub forma unui proces pneumonic, fie sub forma unui proces de umbre nodulare diseminate în întreg lobul. Procesul bacilar poate să fie localizat numai în lobul azygos, sau poate să fie asociat și cu leziuni ale celorlalți lobi.

Lobita azygos, autonomă, există ca entitate anatomică și radiologică, însă se întâlnește foarte rar. Abea se citează câteva cazuri până în prezent, dintre cari 4 au fost confirmate prin autopsie.

Radiologic lobita azygos apare sub forma unei umbre intense, omogene, care are forma unui triunghi, cu bază spre vârful pulmonului și vârful în hil, fiind bine delimitată înafară de scizură.

Se întâlnește la copii și la adulți. Poate evolua fără simptome alarmante, așa cum este și cazul nostru, iar prognosticul este mult mai benign ca în celelalte lobite. Nu au tendința să se escaveze.

Debutul acestor lobite este variabil, putând fi brusc, ca și în cazul nostru, sau lent.

Simptomele clinice se aseamănă cu ale unei infiltrațiuni a vârfului: febră sau subfebrilități, transpirațiuni, tuse, mai mult seacă, mai rar muco-purulentă, dureri toracice, anorexie, slăbire fizică.

Diagnosticul diferențial se va face cu o lobită dreaptă incompletă, cu o atelectazie, cu sclerozele lobului superior, precum și cu procesele pleurale. În lobita dreaptă incompletă nu avem niciodată o delimitare externă netă; în atelectazie umbrirea nu e întotdeauna așa de intensă, iar sputa nu con-

Fără teamă de iodism

# Collo-Iode Dubois

cu iodhidrați de acizi aminați realizează un progres terapeutic indiscutabil

**asupra Iodopeptonilor „Iodurilor Alcalini“  
Soluțiilor de Iod**

Laboratoire s DUBOIS, 16 Bld. Pereire—Paris 17-e

Singurul concesionar pentru România PAUL ILUTZA, București IV., Str. Olari, 23.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diuretic—desintoxicant, antiartritic.  
Descongestionant și antiseptic  
al căilor urinare și biliare

## UROGENIN GABAIL

**granule**

Cu Urotropină—Natr. Benzoic—Piperazină

Excipient efervescent      2-3 lingurițe pe zi

Eșantioane medicale și literatură la:

Reprezentantul general pentru România PAUL ILUTZA—Str. Olari 23—București IV.

ține bacilii Koch; în procesele pleurale sau în scleroza lobului superior drept, vârful pulmonului este ptozat, iar trachea este trasă spre dreapta, ceea ce nu se întâmplă în lobita azygos.

Diagnosticul se pune numai radiologic, iar tratamentul se reduce la repaos, aeroterapie și auroterapie.

Cunoașterea lobului azygos are o mare importanță clinică, mai ales atunci, când se instituie un pneumotorace artificial. În asemenea cazuri vârful pulmonar colabează, dacă nu există simfiză între scizura azygos și mezo-azygos, iar scizura mezo-azygos poate fi luată drept aderență și rezecată și să dea naștere la hemoragii mortale.

Analizând cazul nostru, deducem că aparține tipului A descris de Sibbe și reprezintă o lobită de tip pneumonic, cu bacilii Koch în spută, fără nici un focar de ramolire.

În cazul nostru simptomatologia n'a fost deloc alarmantă, expectorația a fost foarte redusă, iar bacilul Koch s'a găsit cu foarte mare greutate în spută. Comparând radiografiile, luate la 14 zile interval, sperăm, că această lobită va regresa complet, de aceea și prognosticul este cât se poate de bun.

#### Dr. AUREL NANA: Statistica operațiilor executate în Clinica Chirurgicală din Cluj în anul 1936.

În raportul de față vreau să arăt activitatea operatorie globală și rezultatele imediate, obținute în Clinica Chirurgicală din Cluj, în anul 1936.

Rezultatele chirurgiei actuale se judecă cu ajutorul statisticilor cari cuprind succesele și eșecurile întâlnite la fiecare intervenție în part. Pentru analiza cât mai amănunțită a acestor cazuri recurgem la bilanțul activității operatorii pe care obișnuim să-l facem în Clinica noastră la sfârșitul fiecărui an. Însă pe lângă succesele imediate observate după intervenții, controlul rezultatelor tardive făcute prin anchetele noastre fac să ne decidem pentru sprijinul sau pentru abandonarea unei conduite chirurgicale.

Analizând cifrele, se observă în primul rând o creștere progresivă a numărului intervențiilor chirurgicale din an în an. În anul 1936 acest număr s'a ridicat la 1780.

În ce privește numărul cazurilor letale, s'au înregistrat 70 de decese adică o mortalitate de 3.90%.

Această mortalitate globală cuprinde și acele cazuri disperate unde actul operator n'a putut fi salvator, fie din cauza prezentării tardive a bolnavilor, fie din cauza accidentelor grave și cazuri letale independente de intervenția chirurgicală ca embolii, pneumonii etc.

Grupând operațiile după regiuni observăm că pe față și cranii s'au executat 86 de intervenții, dintre cari mai importante au fost craniectomiile în număr de 9 cu un caz mortal adică o mortalitate de 11%, și plasiile dintre cari în să relev 1 caz de paralizie facială unde s'a făcut procedeul lui Lexer cu ajutorul unui fascicol muscular maseterin și temporal. 2 cazuri de plasiile ale nasului unul cu tub Filatov, iar altul cu greșon osos din tibia și 10 cazuri de buză de epure operate după procedeul Mirault-Jalaguier și Ombrédanne toate cu rezultate estetice bune.

La gât s'au făcut 87 de intervenții cu 4 morți, dintre cari unul a fost un flegmon cervical, altul o osteomielită a apofizelor transverse cervicale cu meningită și 2 cazuri de gușă Basedow. Pentru gușă simplă parenchimatooasă, coloido-chistică, nodulară și vasculară s'a intervenit de 42 ori fără nici un caz mortal, pentru gușă Basedow de 15 ori cu o mortalitate de 13%. Cele două cazuri mortale sufereau de un timp îndelungat, explozând deja tot arsenalul medicamentos și tratamentul ra-

dio-terapic. Pulsul care la internare a fost 150—160 nu s'a scoborât nici odată sub 100 cu toată pregătirea preoperatorie; la fel și metabolismul.

Pentru pulmon și pe torace s'au executat 180 de intervenții. Mai des freniectomia în 76 de cazuri cu rezultate bune atât imediate cât și tardive. Am avut 5 toracoplastii, fără nici un mort. Deși această operație este încă privită de mulți medici cu oarecare rezerve, totuși grație rezultatelor obținute începe să câștige din ce în ce mai mult teren.

În anul acesta un singur chist hidatic pulmonar a fost operat, făcându-se marsupializare și evacuarea chistului.

Rezecții de coastă și pleurotomie pentru empieme s'a făcut în 37 de cazuri cu 4 morți adică o mortalitate de 10%. În aceste procese infecțioase acute prognosticul depinde de natura și gravitatea infecțiunii de diagnosticul precoce precum și de rezistența bolnavului.

Operația lui Halsted pentru cancerul mamei s'a efectuat în 8 cazuri fără nici un mort.

Am avut un caz de tumoră mediastinală paravertebrală unde s'a făcut mediastinotomie paravertebrală posterioară și extirparea tumorii, cu rezultat bun.

Majoritatea din totalul intervențiilor au fost executate pe abdomen în număr de 1112 cu 49 morți adică un procent de 4,4%. Dacă controlăm această mortalitate observăm că ea se datorește mai mult peritonitelor grave de natură apendiculară, perforații gastro-duodenale vechi, perforațiilor intestinale de natură traumatică și tifică, ileusurilor și herniilor strangulate cu gangrenă intestinală.

Pentru ulcerele gastro-duodenale operația preferată a fost rezecția, chiar în acele cazuri unde am avut aderențe multiple, infiltrații periviscerale sau penetrații în diferite organe și unde această tehnică a trebuit forțată. În acele cazuri unde rezecția a fost imposibilă de făcut ne-am limitat la gastro-enteroanastomoză.

Am adoptat această tehnică cu rezultate excelente și la ulcerele perforate.

Rezecții în cazuri neperforate pentru ulcere gastro-duodenale, epiteloame, ulcere peptice după G. E. P. și fistulă gastro-jejuno-colică am executat în 64 cazuri cu 5 morți, după următoarele procedee:

Rezecție proc. Péan-Bilroth I. . . 1 caz.

" " Reichel ... .. 47 " cu 2 morți 4,25%

" " Finsterer ... .. 11 " cu 1 " 9%

Alte proc. de rezecții ... .. 5 " cu 1 "

Gastro-entero anastomoză post. 39 " cu 2 "

Gastro-entero anastomoză ant. 2 " nici un mort.

Pentru ulcerele perforate s'a intervenit în 17 cazuri cu 5 morți.

Rezecție proc. Reichel 10 cazuri fără nici un mort.

G. E. P. infundare epiploplastie 3 cazuri 2 morți.

Infundarea ulceratei 2 cazuri 2 morți.

Laparatomie, contraincizie, drenaj 1 caz 1 mort.

Prognosticul în ulcerele perforate depinde de mai mulți factori: în primul rând de starea generală a bolnavului, apoi de timpul trecut între perforație și intervenția chirurgicală și de actul operator.

Rezultatele operațiilor radicale sunt superioare celor paliative și în ulcerele perforate. Infundarea ulceratei și epiploplastia după cum am avut ocazie să ne convingem la autopsii de cele mai multe ori sunt mijloace insuficiente de a bloca infecția și curgerea conținutului gastro-duodenal, fapt care explică mortalitatea ridicată în aceste cazuri.



# OPOTERAPIE HEMATICĂ

## SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobină

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Doza : 1 lingură de apă înainte fiecărei mese.

Reprezentant-Depozitar : Drogueria Standard, Str. S. F. Ionica 8 BUCUREȘTI

Operația cea mai frecventă a fost apendicita și în anul curent.

Rezultatele obținute în această afecțiune sunt:

Apendicită cronică ... ..	95 cazuri cu nici un mort.
" enterogenă simplă 192 "	" " "
" toxică ... ..	1 " vindecat
" gangrenoasă ... 126 "	" " "
" oxlurică ... ..	2 " " "
" gangr. cu perit. loc. 20 "	" " "
" gangr. cu perit. gen. 28 "	cu 4 morți 14%
Bloc apendicular ... ..	24 " cu nici un mort.

Aceste rezultate bune se datoresc conduitei noastre de a opera toate apendicitele la intrare cu excepția blocului, unde așteptăm atenuarea simptomelor, observând însă zilnic starea generală, temperatura, pulsul și leucocitoza. Dacă starea generală se agravează și temperatura, pulsul și leucocitoza se ridică, intervenim și la bloc unde de obicei ne limităm la incizie și drenaj. La acești bolnavi cu bloc apendicular Dl Prof. Al. Pop a făcut o indicație socială. Bolnavii așteaptă în Clinică regresarea fenomenelor de obicei 4—5 săptămâni, după care interval dacă blocul nu se mai palpează sunt operați, făcându-li-se apendicectomie. Această conduită este bine motivată fiindcă acești bolnavi de obicei locuiesc departe de centrele chirurgicale și nu se pot interna imediat după declararea primelor simptome și astfel fie că se produce o nouă blocare sau mai bine o peritonită generalizată. Dintre cei 4 morți de peritonită generalizată de natură apendiculară 2 au avut în antecedente câte un bloc tratat medical cu comprese și regim.

Asupra căilor biliare indiferent de gravitatea leziunii s'a intervenit de 91 ori cu 2 morți deci o mortalitate de 2,17%.

S'a practicat: Cholecistectomie subseroasă 39 cazuri.

Mucoclaza Pribram ... ..	49 "
Cholecistectomie ... ..	1 "
Cholecistostomie ... ..	2 "

Ca conduită generală în afecțiunile veziculei biliare, am făcut cholecistectomie subseroasă în acele cazuri unde peritoneul visceral permitea o decolare de pe veziculă. Aproape în toate celelalte cazuri am recurs la Mucoclaza Pribram, care a demonstrat în ultimii ani superioritatea față de celelalte metode mai ales în cazuri acute, gangrenoase și cu empiem al veziculei.

Mortalitatea redusă în afecțiunile gastro-duodenale și hepato-biliare se datorește indicațiilor lor precise și conduitelor noastre operatorii și îmi datî voi să exprim mulțumirile noastre pe această cale Clinicii Medicale pentru concursul și colaborarea strânsă ce o are cu Clinica noastră.

Pentru endarterită obliterantă am aplicat procedeul lui Danielopolu și Diez în 2 cazuri cu rezultate bune.

Pe intestinul subțire din cauza ileusurilor s'a intervenit în 11 cazuri cu 5 morți.

Colectomie s'a făcut în 2 cazuri cu un mort. Moartea într'un caz a fost dată de un abces subfrenic latent preexistent operației.

Splenectomie s'a făcut în 6 cazuri cu un mort.

Intervențiunile pentru hernii le-am împărțit în 2 categorii: hernii simple 253 cazuri unde nu am avut nici un caz mortal și hernii strangulate 23 cazuri cu 6 morți deci un procent de 26%. Această mortalitate într'adevăr ridicată la ileusurile și herniile incarcate se datorește prezentării tardive a bolnavilor unde leziunile anatomo-patologice și intoxicația bolnavului au compromis actul operator. La herniile simple procedeele mai mult întrebunțate au fost alui T. Ionescu, Girard, Forgue, Bassini și Ombredanne. La herniile strangulate s'a procedat ca și pentru cele simple în 17 cazuri, fixarea ansei s'a făcut în 3 cazuri și rezecție de intestin în 2 cazuri. Incizie pentru flegmon stercoral 1 caz.

La perineu și organele genitale s'au executat 96 de intervențiuni fără nici un mort.

Asupra coloanei vertebrale pentru maladia lui Pott s'a intervenit de 9 ori și într'un caz pentru arahnoidită cu paraplegie cu rezultate bune. Laminectomie s'a făcut în 3 cazuri fără nici un caz mortal.

Pe extremități s'a intervenit de 226 ori pentru leziuni traumatice, procese infecțioase și gangrene ale membrilor cu 4 morți adică un procent de 1,7%. Tot aci trebuie să relev rezultatele bune obținute în osteomielite acute cu pasta Löhr.

În concluzie această statistică redă activitatea noastră operatorie pe timp de un an, când pătrunși de ideea de a face bine și de a alina suferințele bolnavilor am căutat cu toții să aplicăm arta cea mai desăvârșită a chirurgiei de care dispunem.

Dr. DANICICO și Dr. BULBUCA: **Implantarea urelelor în rect după procedeul Coffey.**

Dr. DANICICO, Dr. L. POP și Dr. BULBUCA: **Exostoze osteogenice familiare.**

Doc. Dr. IOAN GAVRILĂ și NEAGOS: **Vitamina C în tratamentul nefritelor s. r. l. n. o. s. e.**

Între diversele proprietăți biologice ale vitaminei C (acidul ascorbic), este și proprietatea hemostatică, în baza căreia a

fost întrebuințată în diverse stări hemoragice, de către diferiți autori: scorbut, strombopenie esențială, purpură infecțioasă, constituții hemoragice, hemofiliile. Autorii cari au întrebuințat vitamina C. în aceste diateze hemoragice în general au obținut rezultate satisfăcătoare (Engelkes, Böger—Schröder, Mouriquand—Edel—Coeur—Joly, Bauke, Seydeshelm—Grebe etc.). Vitamina C. a fost utilizată și în tratamentul hemoptiziilor tuberculoase cu rezultat bun (Hasselbach, Daniello—Jepure).

În ce privește aplicarea vitaminei C. în tratamentul nefritelor hematurice, se pare că primii autori cari au încercat acest tratament au fost A. Koranyi și A. Bentsáh (Budapesta), cari publică 7 cazuri de nefrite acute hematurice, cu etologie diversă, unde tratamentul cu injecțiuni de vitamină C., (acid ascorbic) a dus destul de repede la vindecarea nefritei.

Încercând și noi deja de  $\frac{1}{2}$  an acest tratament cu vitamină C. în nefritele acute survenite în cursul scarlatinei, până în prezent am avut ocaziunea să tratăm 6 nefrite scarlatinoase cu acest medicament.

Iată pe scurt aceste observațiuni:

OBS. I. — T. C. fetiță de 7 ani, intră în secția de boli infecțioase a Clinicii Medicale din Cluj în 22-X-136 cu o scarlatină de gravitate mijlocie în ziua 2-a de boală.

La intrare prezintă o anghină scarlatinoasă moderată însă tipică, ușoară adenită cervicală, exantem scarlatinos generalizat. Temperatura 39°, starea generală relativ bună. Pe lângă tratamentul desinfectant obișnuit, primește 40 cc. ser antiscarlatinos intramuscular, după care temperatura scade, apoi rămâne 3 zile subfebril, în acest timp toate simptomele scarlatinoase regresează, începe descuamația bolnavului în convalescență. Până în a 13-a zi de boală convalescența evoluează normal, când brusc, se instalează o nefrită, cu simptome destul de pronunțate: temperatură 38,2°, paloarea feței, vărsături, dureri în regiunea lombară, ușoară faringită, în urină albumină pozitiv, în sediment multe hematii. Se administrează diuretice pe cale bucală, cu ceaiuri din abundență, regim lactat hidric apoi injecții cu glucoză și eufilină. Nefrita devine mai gravă, se instalează o oligurie până la 100 cc pe zi, urina este microscopic foarte hemoragică, albuminurie intens pozitiv, în sediment o masă de globule roșii, rari cilindri, temperatură, 37—38,5° paloare, vărsături, ușoare edeme pe față și la maleole. Se face o emisie de sânge de 100 cc, azotul în sângele acesta este 98 mg. % În prezența acestui tablou se încep injecțiuni intramusculare cu vitamină C. (Cantan Bayer), 100 cc. pe zi (25 mg. acid l-ascorbic). Concomitent primește regim lactat hidric și lichide zaharate. Injecțiunile se continuă timp de 1 săptămână, în care timp starea bolnavului se ameliorează, mergând spre vindecare, diureza crește progresiv, în curs de 6 zile ajungând la 1000 cc. pe zi, urina se clarifică, dispăre hematuria macroscopică, hematuria microscopică dispăre în 14 zile, albuminuria se reduce dispărând complet în 9 zile, cilindriuria la fel dispăre cu hematuria, edemele dispar. Starea generală se ameliorează, vărsăturile dispar, paloarea feței mai persistă. Azotemia repetată după 2 săptămâni este 38 mg. %. Cu încetul s'a trecut la regim de făinoase, apoi progresiv la regim mixt. Între timp descuamația s'a făcut complet și după 7 săptămâni de internare pleacă acasă complet vindecat.

În rezumat în cazul de față este vorba de o scarlatină de o gravitate mijlocie la un copil de 7 ani, care în a 13-a zi de boală face o nefrită gravă (oligurie, hematurie, intensă, albuminurie, edeme, iperazotemie, vărsături), care nefrită concomitent cu un tratament de 7 zile cu vitamină C. (Cantan Bayer) regresează destul de repede, în 14 zile este complet vindecată.

OBS. II — L. L., băiat de 9 ani intră în secția de boli infecțioase a Clinicii cu o scarlatină gravă în 12-X-1936 în a 3-a zi de boală: La intrare prezintă amigdalită pseudo-membranoasă, adenită cervicală foarte exprimată, exantem scarlatinos generalizat intens, temperatura 40°, tachicardie, ușoară agitație cu delir. Primește 50 cc. ser de convalescent și 40 cc. ser antiscarlatinos, intra-muscular. În 5 zile este complet afebril, toate fenomenele scarlatinoase aproape dispărute, intră în convalescență, descuamează. În a 21-a zi a scarlatinei face o nefrită, manifestată cu temperatură 36,5°, oligurie 400 cc. pe 24 ore, urina macroscopic hemoragică, albuminurie 1 $\frac{1}{2}$ ‰ la microscop o masă de globule roșii și câțiva cilindri, ușoare edeme la față, azot în sânge 65 mg. %, greață, paloare. Se începe un tratament cu injecțiuni intramusculare de vitamină C. (Cantan Bayer), zilnic 1 injecție de 1 cc. (25 mg. acid l-ascorbic), 5 zile consecutiv, concomitent regim lactat — hidric, lichide zaharate. În timpul acestui tratament fenomenele de nefrită cedază progresiv, diureza se urcă până la 1200 cc. pe zi, hematuria microscopică dispăre repede, în 4 zile, albuminuria dispăre complet în 2 săptămâni, edemele dispar repede, apetitul revine.

După 3 săptămâni în sedimentul urinar nimic patologic, mai persistă ușoară paloare a feței. Copilul este realimentat progresiv. După 46 zile de ospitalizare copilul părăsește serviciul vindecat.

Deci în cazul de față este vorba de o scarlatină gravă la un băiat de 7 ani, care în a 21-a zi a boalei face o nefrită de gravitate mijlocie care concomitent cu un tratament cu injecțiuni cu vitamină C, timp de cinci zile, repede tinde spre ameliorare și după 3 săptămâni este complet vindecat.

OBS. III. — M. C. fată de 11 ani, intră în Spitalul Epidemic din Cluj în 10 II. 1937 în a 10-a zi a unei scarlatine cu o nefrită și descuamație. Nefrita s'ar fi instalat în a 8-a zi a scarlatinei, cu 2 zile înainte de intrare. La primirea în serviciu se constată următoarele: edeme moderate pe față, gambe și maleole, paloarea feței, oligurie de 200 cc în 24 ore, urina macroscopic hemoragică, albuminurie intens pozitiv, (Essbach 1 $\frac{1}{2}$ ‰), în sedimentul microscopic hematii foarte multe, câțiva cilindri granuloși și celule epiteliale. Azotemie 92 mg. %, greață-vărsături. Temperatură 37—37,5°. Amigdalele puțin mărite, cu ușoară adenită regională, descuamează. Emisie de sânge 100 cc. Pe lângă un regim lactat hidric, cu multe lichide zaharate se începe un tratament cu injecțiuni de vitamină C. (Cebion Merk), se injectează zilnic intramuscular 1 cc (1000 unități) timp de 9 zile. În acest timp fenomenele de nefrită se ameliorează și apoi dispar încet. Diureza crește progresiv la 1200 cc. Hematuria macroscopică dispăre în 6 zile, albuminuria dispăre complet în 16 zile. După 3 săptămâni în sedimentul urinar nu se constată nimic patologic. Edemele au dispărut, greața, vărsăturile la fel. Azotemia după 3 săpt. 36 mg. %, normală. Părăsește serviciul în 50-a zi de boală complet vindecată.

În rezumat în cazul de față este vorba de o copilă de 11 ani, care intră în 10-a zi de scarlatină în Spital, cu o nefrită gravă, apărută în a 8-a zi de boală. Se institue un tratament cu injecțiuni de vitamină C. (Cebion Merck), timp de 9 zile, în timpul căreia fenomenele renale regresează pentru a dispăre complet în timp de 3 săptămâni.

OBS. IV. — D. Fr. 7 ani, intră în secția de boli infecțioase a Clinicii în 2 X 1936 cu o scarlatină de gravitate mijlocie, în a 3-a zi de boală. Convalescența evoluează normal până în a 17-a zi de boală, când face un empiem drept, pentru care se face o toracocenteză, 10 zile este febril, apoi devine afebril



In fiole de 10cc. și 20cc.  
**INJEȚII**  
**INDOLORE**  
10 cc. la 30cc. zilnic

**TOATE**  
**NEVRALGIILE**  
**REBELE**

# NAÏODINE

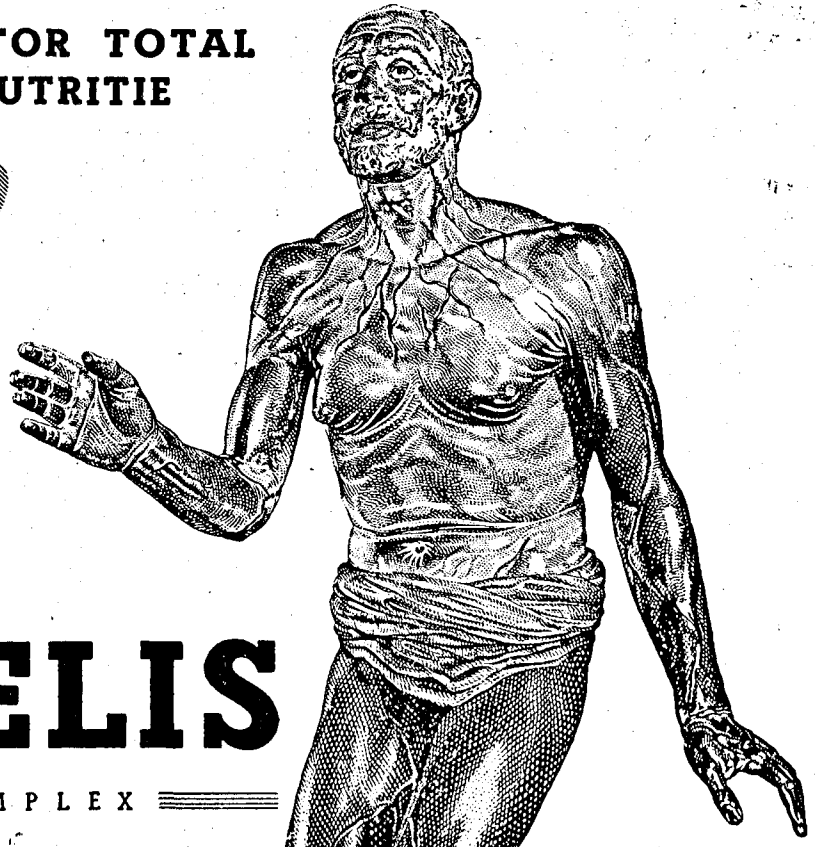
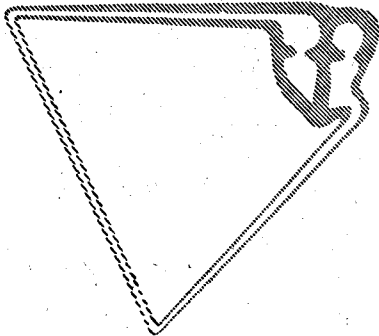
**NAÏODINE B**  
În soluție concentrată la 5%  
SPECIALĂ PENTRU INJEȚII INTRAVENOASE  
CURA ATOXICĂ A DIVERSELOR  
NEVRAXITE ȘI ALGII REBELE

LABORATOIRES JACQUES LOGEIS — 71, Avenue de Clamart à ISSY-les MOULINEAUX près PARIS

Exclusivitatea generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. Str. Sft. Ionică 8, București I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**MODIFICATOR CIRCULATOR TOTAL**  
**MODIFICATOR DE NUTRIȚIE**



# IODAMELIS

IODOTANIN COMPLEX

LABORATOIRES JACQUES LOGEIS — 71, Avenue de Clamart à ISSY-les MOULINEAUX près PARIS

Exclusivitatea generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. Str. Sft. Ionică 8, București I.

și evoluează bine. În a 31-a zi de boală însă face și o nefrită hemoragică, cu temperatură 37—38,5°, hematurie macroscopică, microscopică, albuminurie intens pozitivă, cilindrii, ușoare edeme la față și extremitățile inferioare, oligurie de 500 cc urină, ușoară greață. La începutul nefritei, 5 zile, se administrează injecțiuni intravenoase cu glucoză și eufilină, regim lactat hidric cu lichide zaharate multe, însă neobținând rezultatul dorit, recurgem apoi la vitamina C. Se injectează intramuscular, zilnic 1 cc (25 mg. acid l. ascorbic) vitamină C. (Cantan B), 6 zile consecutiv. Concomitent cu injecțiunile diureza crește până la 1000 cc pe zi, urina se clarifică progresiv, dispăre hematuria macroscopică, în 7 zile albuminuria completă dispărută, în 10 zile sedimentul urinar nu mai prezintă nimic patologic. Edemele dispar din primele zile de administrare, la fel și temperatura.

În rezumat în cazul de față este vorba de o scarlatină mijlocie la un copil de 7 ani, care între alte complicații face în a 31-a zi de boală o nefrită hemoragică, care concomitent cu administrare de vitamină C. (Cantan), timp de 6 zile, se ameliorează foarte repede, în 10 zile dispar toate simptomele de nefrită.

OBS. V. — M. M. copilă de 2 ani, intră în Spitalul Epidemic în 15-II.—1937, cu o scarlatină în descvamatie, în a 21-a zi. În același timp prezintă și o nefrită hemoragică, cu oligurie 100 cc pe zi, urina turbure, brună închisă, macroscopic intens hemoragică, albumină intens pozitivă, în sediment o masă de globule roșii, cilindri și celule epiteliale. Copila prezintă edeme la față și extremități destul de însemnate, are vărsături, paloarea feței, stare generală proastă. Timp de 4 zile se administrează diuretice pe cale bucală și în supozitori, lichide zaharate, lapte, fără a se ameliora starea bolnavei, atunci se începe un tratament de vitamină C. Se injectează intramuscular zilnic câte 1 cc Cebion Merck, timp de 9 zile. În acest timp diureza crește progresiv până la 1000 cc pe zi, edemele dispar progresiv, vărsăturile dispar, starea generală se ameliorează. În același timp urina cu încetul se clarifică, dispăre aspectul hemoragic, devine galbenă clară în 12 zile, albuminuria se reduce; astăzi după 3 săptămâni, albuminuria este în urme și în sedimentul microscopic se mai constată 5—6 hematii pe câmp.

În rezumat în cazul de față este vorba de o nefrită scarlatinoasă la o copilă de 2 ani, care concomitent cu un tratament cu vitamină C (Cebion Merck) aplicat timp de 9 zile, se ameliorează considerabil, în 3 săptămâni nefrita este aproape complet vindecată.

OBS. VI. — V. A. băiat de 5 ani, intră în Spitalul Epidemic în 6-II.—1937 cu o nefrită scarlatinoasă, cu descvamatie, scarlatina este în a 15-a zi. Nefrita este destul de gravă, manifestându-se prin oligurie 200 cc, edeme la față și extremități, urina brună închisă, turbure, hemoragică, albumină intens pozitivă, Essbach 2‰, în sediment o masă de globule roșii, cilindrii. Vărsături, paloarea feței, stare generală gravă. Se face o emisiune de sânge 80 cc., se administrează diuretice, cu ceaiuri, lapte, lichide zaharate, starea bolnavului se ameliorează puțin, diureza crește la 600 cc. pe zi, însă persistă urina hemoragică. După 10 zile se începe un tratament cu vitamină C. Primește zilnic 1 cc. pe cale intramusculară de Cebion Merck, timp de 7 zile. Concomitent cu acest tratament, diureza crește la 1200 cc pe zi, edemele dispar complet, dispar vărsăturile, starea generală se ameliorează. Urina se clarifică complet în 8 zile, albuminuria se reduce la 1/4‰, în sedimentul microscopic, mai există 5—6 hematii pe câmp, astăzi este la 3 săptămâni după tratament, însă ameliorarea este progresivă.

Deci în cazul de față este vorba de o nefrită scarlati-

noasă gravă la un copil de 5 ani, care se ameliorează foarte mult în curs de 3 săptămâni, după un tratament cu vitamină C. (Cebion Merck), administrată timp de 7 zile.

Din analiza acestor observațiuni în general se constată o acțiune favorabilă a tratamentului cu injecțiuni de vitamină C. asupra evoluției simptomelor de nefrită. Se constată în toate observațiunile, că concomitent cu administrarea vitaminei diureza crește destul de repede, dar mai ales urina se clarifică, dispăre hematuria macroscopică în 4—6 zile, albuminuria dispăre mai încet, în 10—20 zile, sedimentul microscopic devine normal în 10—21 zile. În 4 cazuri în 10—21 zile au dispărut toate simptomele de nefrită, în 2 cazuri după 3 săptămâni mai persistă încă puțină albumină în urină, totuși și aceste cazuri fiind pe cale de vindecare.

Desigur că este greu de a trage concluzia din evoluția fericită a acestor cazuri sub acțiunea acidului ascorbic, că acest produs are o acțiune curativă incontestabilă asupra acestor nefrite, deoarece se știe foarte bine că nefritele scarlatinoase de obicei au o evoluție benignă și au o tendință spontană spre vindecare.

Totuși nouă ni-se pare că vitamina C. favorizează vindecarea acestor cazuri, ele par a se vindeca mai repede cu acest tratament, decât numai cu diureticele obișnuite. Aceasta mai ales că în cazurile noastre prezente este vorba în general de nefrite scarlatinoase grave, cu oligurie pronunțată, cu hematurie masivă, albuminurie intensă, edeme, vărsături, retenție de azot, și totuși cazurile se vindecă cu acest tratament în 2—3 săptămâni, pe când în mod obișnuit vindecarea acestor fel de cazuri durează mai mult. Modul de administrare a preparatului este mai bine în injecțiuni intramusculare sau intravenoase, 1—2 pe zi, 5—10 zile consecutiv.

În concluzie ne permitem a atrage atențiunea asupra acestui tratament, care pare a da rezultate bune în nefritele acute scarlatinoase, chiar și în celelalte nefrite hematurice.

**Dr. Gh. M. ILIESCU: Tumoră congenitală prelacrimală.**

Prezintă o fată de 15 ani, care dela naștere are o îngroșare a oaselor nasului și o tumoră de mărimea unei creșe în regiunea prelacrimală dreaptă. Examinată din punct de vedere oto-rino-laring. se găsește un sept deviat mult spre stânga. I-am făcut 3 (trei) radiografiile care au fost interpretate de către domnul Prof. Negru în sensul unor umbre de intensitate osoasă în orbita dreaptă. Sinurile s'au găsit de aspect normal.

Comunicatorul a făcut o puncție în această tumoră de culoare roșietică, reductibilă la presiune, vidându-se înspre cavitatea craniană.

Lichidul clar extras prin puncție la analiză s'a stabilit a fi lichid cefalo-rachidian. Era vorba deci de un meningocel.

Cazul este interesant prin faptul că meningocelul este o malformațiune congenitală care emană în timpul sau imediat după naștere. Este un caz interesant pentru că în afară de prejudiciul estetic nu dă nici un fenomen supărător pentru bolnavă.

Este însă interesant prin erorile de diagnostic la care poate să dea naștere și ca o consecință prin tratamentul in-tempestiv care poate să aibă urmări grave pentru bolnav.

Ședința din 27 Martie 1937.

Prezidează: Prof. Dr. E. ȚEPOSU, președinte.

**I. MANTA și TR. DINCOLESCU: Asupra metabolismului calciului, după injecții cu clorură.**

Sărurile de calciu cu clorurile, citrații au arătat după



injectarea lor, fie o hipercalcemie ușoară, fie chiar o hipocalcemie. Gluconatul de calciu prezintă o situație deosebită, anionul fiind ars ușor, calciul rămas ar putea deci influența raportul  $\frac{Na+K}{Ca+Mg}$ . În sânge totuși fenomenul este mai complex, calciul fiind în stări diferite: Calciu ionizat, calciu neionizat dar ultrafiltrabil și în fine, calciu legat organic de proteine, neultrafiltrabil.

Se găsește că în injecțiile de 1 gr. de Gluconat de calciu pe cale intravenoasă, fixațiunea fugace a calciului este de scurtă durată (2-3 ore) calcemia descrește treptat, iar după 24 ore se găsește o valoare mai mică decât cea inițială. La injecțiunea intramusculară calcemia atinge un maximum la 6 ore dela injecție, pentru a descrește treptat apoi. În acest caz eliminarea se face total după 36-40 ore. Urmărind calcemia timp mai îndelungat, repetând zilnic injecția intravenoasă și dozând calciul înainte de fiecare injecție, se găsește o diminuare foarte mică a calcemiei, pe măsură ce înaintăm cu numărul injecțiilor. Practic rezultă de aici necesitatea, ca injecțiile de calciu să se facă în serii de 5-6 injecții cu intervale de repaos între serii. Dar important în acest studiu este, să se urmărească echilibrul calciului în sânge. Se știe că, echilibrul între partea ultrafiltrabilă ionizată și rest este influențat de pH. plasmiei. S'a dozat deci calciu ionizat după metoda Bigwood — urmărind pentru aceasta pH în vivo la 38° și CO<sub>2</sub> în vivo după metoda Van Slyke.

În opt cazuri s'a văzut, că după injecția cu gluconat de calciu, urmează o creștere a pH alcalin al plasmiei, deci o scădere a calciului ionizat. Pentru interpretarea acestui fapt, trebuie admis că calciul ionizat trece în stare de complexi, care sunt depuși în schelet. Faptul concordă și cu variația fosforului, care deasemenea a fost urmărită.

#### I. MANTA și V. LUPEA: Contribuțiuni la studiul acizilor biliari.

Se arată că afară de acidul cholic natural, se poate prepara altul pe cale sintetică. Acest acid obținut mai întâi de Borsche și Franck se deosebește de cel natural printr'o rotație specifică deosebită. În alcool, s'a găsit pentru acidul cholic natural  $[\alpha]_D^{20} = +28^\circ 44'$  pe când cel sintetic are o valoare dublă  $[\alpha]_D^{21} = 59^\circ, 35'$ . Pentru al prepara s'a utilizat hidrogenarea catalitică cu negru de platină. Metoda aceasta este foarte satisfăcătoare și a permis hidrogenarea treptată cu viteze deosebite. Se poate obține, plecând dela acidul tricholanic (dehidrocholic) pe rând, acidul 3 oxy-7.12 cetocolanic, acidul 3-7 dioxid — 12 cetocolanic și în fine acidul cholic sintetic, după cum se lasă să absoarbă o moleculă, două sau trei molecule de hidrogen.

Acidul cholic sintetic se topește exact la aceeași temperatură ca și cel natural, totuși din punct de vedere fiziologic sunt diferențe. Se arată cardiogramele și pneumogramele obținute comparativ cu cei doi acizi. În rezumat, influențarea presiunii sanguine întârzie la acidul sintetic, iar amplitudinea respirației sunt micșorate de același acid. Acidul sintetic produce sincopă adrenalino clorofornică, pe când cel natural împiedică această sincopă.

Diferențele fiziologice, sunt legate, desigur nu atât de puterea rotatorie cât de configurația spațială a celor doi acizi.

#### Dr. ZOLOG: Rezultatele terapiei fizice în cheratita prechimatosa.

Prof. Dr. M. STURZA: Impresii medicale din Germania (Conferință).

#### Dr. BORZA ȘI ZENO: Tratamentul buzei de epure complicată cu defect al rebordului alveolar.

Este vorba de o fetiță de 14 ani din comuna Puziac jud. Năsăud născută cu un defect al buzei superioare ce constă dintr'o fisură paramediană stângă, interesând complet buza până la orificiul nasal stâng.

Lobulul narinei stângi este mult deplasat în sus și înafară. Fisura labială este întovărășită de un defect al rebordului gingival, care prezintă în dreptul fisurei buzei o încreștere triunghiulară cu vârful orientat înapoi și înlăuntru.

Această malformațiune se pare a nu fi avut repercursiuni asupra dezvoltării fetiței, care este bine dezvoltată în raport cu vârsta ei.

Se prezintă la clinică pentru jena pe care o are la vorbire și pentru aspectul disgratios al feței, care o supără din ce în ce mai mult, odată cu avansarea vârstei.

— În tratamentul buzei de epure complicate ne conducem în general de principiul următor:

De-a trata în primul rând defectul rebordului alveolar, apoi de-a executa operațiunea de plastie a buzei și în ultimul timp se corectează eventualul defect al palatului dur sau moale.

Conduși de acest principiu am executat la 15 XII. 1936 primul timp operator — racordarea defectului rebordului alveolar care a constat dintr'o dublă osteotomie cuneiformă.

Intr'adevăr în defecte ale rebordului alveolar cu denivelare mare între cele două arcuri alveolare, este necesar a face racordarea lor, care servește drept suport plastiei ulterioare a buzei, contribuind la succesul acestei plastii.

Operațiunea trebuie făcută astfel, încât să favorizeze redresarea tuberculului incisiv, care este menținut în pozițiune rea atât de cloisonul osteo-cartilajinos vertical cât și de continuitatea acestui tubercul cu bolta palatină și arcu alveolar din partea opusă tuberculului.

Pentru a se elibera acest tubercul este necesară executarea unei duble osteotomii cuneiforme: a) Osteotomia cuneiformă a bolții palatine și a rebordului alveolar (în partea opusă defectului), și b) osteotomia verticală a vomerului cu ceilalți timpi complementari de deplasare (de translațiune a tuberculului), ca acest tubercul să revină într'o poziție favorabilă, corectând defectul alveolar.

Operațiunea este terminată prin avivarea marginilor osoase ce vin în contact în partea unde a fost defectul și prin fixarea tuberculului cu un fir de sârmă.

Această operațiune executată la bolnava noastră a reușit pe deplin, deși bolnava este într'o vârstă relativ înaintată.

Această operațiune se execută de preferință până în ziua a 5-a dela naștere sau după 5-6 luni — când copilul își recâștigă rezistența naturală, pierdută între aceste două intervale.

La 17 Februarie 1937 am executat a doua operațiune de chelloplastie, după procedeul Mirault-Jalaquier-Ombredanne și bolnava vindecată cu un aspect prezentabil, estetic, este prezentată Societății.

#### Doc. Dr. I. GAVRILĂ și Dr. V. GAVRILĂ: Prontosilul în tratamentul erizipelului.

Rezumat: Prontosilul se utilizează în foarte multe boli infecțioase însă dintre toate efect mai bun are în erizipel. Se tratează 30 cazuri de erizipel cu prontosil, ajungându-se la următoarele concluziuni:

Sub influența prontosilului erizipelul se vindecă mult mai repede decât obișnuit, vindecarea începe prin căderea critică a temperaturii, prin ameliorarea rapidă a stării generale și prin oprirea progresiunii plăcii erizipelatoase. Această

vindecare în 13,3%, a cazurilor începe după prima zi de tratament, în 33,3%, a cazurilor după 2 zile de tratament, în 16,6%, a cazurilor după 3 zile, în 13,3%, a cazurilor după 4 zile; deci în total în 76,6%, a cazurilor vindecarea începe în primele 4 zile de tratament.

Calea de administrare a prontosilului e cea bucală sub formă de tablete și intramusculară sub formă de injecțiuni. De preferat este calea combinată (bucală și intramusculară).

Dozele zilnice de administrare sunt 1—2 injecțiuni intramusculare cu 5 cmc. prontosil solubil și 2—4 tablete pe cale bucală.

Tratamentul se continuă cu dozele indicate până ce obținem rezultatul dorit (căderea temperaturii, ameliorarea stării generale, oprirea în progresiune a leziunii locale și vindecarea ei), după aceea se mai continuă 2—3 zile pentru a împiedeca recidivele.

Medicațiunea cu prontosil este bine suportată de către bolnavi, nu se observă nici o reacțiune de intoleranță din partea organismului.

#### Dr. DUMA DESIDERIU: Paraplegie cerebrală post-traumatică.

Muncitorul L. Alexandru în vârstă de 28 ani, cu antecedente heredo-colaterale și personale negative, a suferit în luna 1936 un puternic traumatism cranian, fiind lovit de la spate cu un par în creștet, de niște indivizi care voiau să-l jefuiască.

În urma loviturii a rămas 3 zile înconștient, iar când și-a revenit, cu membrele inferioare — pe care le simțea amorțite și insensibile — n'a mai putut face nici o mișcare activă, iar de altă parte avea o cefalee puternică zvâcnitoare cu amețeli ce se accentuau la tentativele de schimbare a poziției capului pe perină, slăbirea vederii, echimoze multiple și dureri la nivelul toracelui și pe membrele superioare, dovadă că atentatorii lui au continuat să-l bată și după ce a căzut la pământ cu cunoștința pierdută. Timp de câteva zile și sputa i-a fost sanghinolentă și avea junghiuri în hemitoracele drepte. N'a prezentat turburări sfincteriene și fracturi la nivelul membrilor sau a coloanei vertebrale, în schimb pe calota craniană, pe linia sagitală înaintea suturii lambdoide prezenta o înfundare a substanței osoase de formă neregulat patrată de mărimea unei piese de 100 lei.

După 5 săptămâni de imobilizare în pat, motilitatea membrilor inferioare cu celelalte simptome subiective, au început să se amelioreze revenindu-i treptat mișcările, încât după cca 7 săptămâni a putut să se dea jos din pat și să facă câțiva pași, dar mersul era foarte greoiu, spastic și nesigur.

Cu încetul, ameliorarea a mai progresat mai ales a simptomelor subiective, dar mersul a rămas încă tot foarte anevolos și durează de 7 luni dela accident, făcându-l incapabil de muncă.

Astfel se prezintă în Clinica Neurologică în ziua de 24 Februarie 1937, la care dată prezintă:

Stațiunea verticală nesigură cu semnul lui Romberg pozitiv; mers intens spastic și cu caracter cerebelos care e mai îngreunat în cursul pasului posterior în pas anterior de o flexiune involuntară plantară al haluxului din dreapta, al cărui vârf îl trăgea pe sol și de multeori călca pe el rânindu-l.

Motilitatea activă segmentară normală ca amplitudine afară de mișcările de flexiune și extensiune ale degetelor piciorului drept, dar ele se fac mai greoiu, ca și cum ar trebui să învingă o rezistență ce se opune mișcării.

La mișcările pasive se constată o hipotonie marcată în

diferite segmente ale membrilor inferioare, iar ca mișcări asociate patologice prezintă semnul ad- și abducțiilor și al opozițiilor complementare și al tibialului anterior, iar ca semne cerebeloase avea semnul flexiunii combinate al coapsei și al trunchiului, iar proba călcâului și a ducerii călcâului pe creasta tibiei o executa cu hipermetrie și dismetrie.

Rezistența musculară foarte ușor scăzută în grupa flexorilor coapsei pe bazin și al gabei pe coapsă, mai mult numai în stg. și ceva mai evident la flexorii dorsali ai picioarelor.

Reflexele osteotendinoase la membrele superioare se produc viu bilateral, refl. rotulian exagerat și pendulant; refl. achilian și medioplantar vii de ambele părți fără clonus. În dreapta prezintă reflexul lui Mendel-Bechterew, iar pe al lui Rossolino bilateral. Reflexele cufanate abdominale superioare și medii diminuate, cele inferioare abolite, refl. cremasterian păstrat, refl. plantar în extensiune, (s. lui Babinski bilateral).

Sensibilitatea obiectivă tactilă păstrată, dar cu turburări de localizare și cu cercurile lui Weber lărgite, cea dureroasă și termică da asemenea păstrată, dar fără să perceapă variațiunile medii ale sensibilității termice, — simțul vibrator și barestuzic păstrat; cel articulo-muscular diminuat.

Subiectiv acuză amețeli ce survin rar la schimbări bruște ale poziției (când se scoală dimineața din pat, mici parestezii în extremitatea distală a membrilor inferioare, cefalee intermitentă și turburări de mers.

Sfincterele nu prezintă turburări.

Nu prezintă modificări oculo-pupilare. AV.: O. D.=1/3; O. S.=1/3; C. V. și F. O. normale. Auzul la probele instrumentale e normal, — prezintă însă alerațiuni ale reacțiilor vestibulare și anume la proba voltaică cu polul pozitiv la U. D. deviază spre dreapta la 12 miliamperi, iar cu polul + la U. S. deviază înapoi la 5. m. amp. Cu proba rotatorică după 10 ture abia obținem un nistagm de 5—6 oscilațiuni la învârtirea dela dreapta spre stânga și numai 1—2 oscilațiuni la învârtirea dela stânga spre dreapta. Cu proba calorică numai după 1 1/2 minute de irigare se produce un nistagm slab care durează cam 10" în stânga și 20" la irigația urechii drepte. Mai prezintă o otită medie cataraală bilaterală. Nimic de observat din partea celorlalți nervi cranieni.

Puncția lombară în decubit fesier arată o tensiune de 65 cu aparatul lui Claude, 0,30 albumină, fără reacție limfocitară, Pandy și Nonne, reacția benzoe și Wasserman negative.

Rezumând simptomatologia, constatăm o serie de simptome cerebrale care se încadrează în turburările post-traumatice, cum ar fi cefalee, turburări de vedere, amețeli, reacțiuni vestibulare alterate, mers nesigur, atât prin componenta vestibulară (extensiunea capului exagerează nesiguranța) cât și prin componenta cerebeloasă (deviare în mod neregulat dela linia dreaptă, hipermetrie) cât și hipertensiunea și hiperalbuminoza lichidului cefalo-rachidian, acestea fiind semne foarte frecvente în traumatismele craniene.

De altă parte paraplegia ce o prezintă, am fi tentați s'o atribuim unei leziuni medulare a fascicolului piramidal, cu atât mai vădit că bolnavul a suferit lovituri și asupra coloanei vertebrale ceea ce o dovedesc echimozele pe care le-a avut.

Făcând însă o analiză a paraplegiilor medulare post-traumatice, constatăm că simptomatologia ce o prezintă bolnavul nostru, nu cadrează cu ele. Astfel: traumatismele vertebrale prin fracturi sau luxațiuni ale coloanei produc o paraplegie flască cu importante turburări de sensibilitate, de sfinctere și trofice care de obicei sunt mortale, ceea ce nu avem în cazul

In turburări ale digestiei  
oxigenare internă prin

**MAGNESIUM  
PERHYDROL**

*Merck*

Tablete  
Substanță  
15 și 20%

**E. MERCK-DARMSTADT**

Reprezentant: Dr. I. BINDER București II. Str. Luigi Cazzavillan 34

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABL.

**ACITETRAMIN**

HEXAMETHYLENTETRAMINHYDROPHOSPHAT

**SALITETRAMIN**

INJ. INTRAVEN.

HEXAMETHYLENTETRAMIN +

NATR.SALICYL.+COFF.-

NATR.SALICYL.

Fabrica de produse chimice GEDEON RICHTER, București III, Str. Plantelor, 21.

nostru. O altă grupă o formează comoziunile medulare post-traumatice care pot fi ușoare și atunci șocul traumatizant produce modificări dinamice și vasculare care vor da o paraplegie gravă cu turburări mari de sensibilitate și de sfîctere, care însă în câteva zile sau maximum câteva săptămâni se vindecă complet, ceea ce n'avem în cazul nostru.

Dacă comozia a fost mai puternică, se formează un focar hemoragic în substanța cenușie dând așa numita hematomieliile care produce de asemenea o paraplegie intensă cu turburări de sensibilitate sub aspectul disociației siringomielice (fiind distrusă substanța cenușie medulară care conține căile de transmitere ale sensibilității termice și dureroase) și simptomatologia deși se mai poate ameliora, vindecarea completă nu este posibilă. Și în sfârșit un traumatism vertebral poate produce paraplegie printr-o hemoragie meningeă, mai ales extradurală care survine brusc cu rachialgie, rigiditate rachidiană, dureri radiculare și turburări de sensibilitate obiectivă de tip radicular, cât și cu lichid cefalo-rachidian sanghinolent, ceea ce în cazul nostru iarăși nu avem, și ca să fim complecși, amintim și paraplegia funcțională post-traumatică ce apare la indivizii predispuși cu așa zisă diateză emoțională, la care însă nu găsim nici un semn de leziune organică (modificări de reflexe, în special semnul lui Babinski, mișcări asociate patologice etc.) și afară de aceasta paraplegia e trecătoare și se vindecă complet prin sugestii și persuasiune.

Toate aceste posibilități nu cadrează cu aspectele sau cu evoluția clinică a cazului nostru, în care paraplegia trebuie să aibă o altă origine decât vertebrală, meningeă sau medulară, și de fapt, analizând turburările obiective ale sensibilității, constatăm că este atinsă numai o modalitate a sensibilității numită de Head epicritică care caracterizează sindromul senzitivo-cortical descris încă de Dejerine în leziunile cortexului parietal astfel și turburările motilitare trebuie să fie datorite unei leziuni învecinate a scoarței, care corespunde tocmai lobului paracentral centrul celulelor de origine a fascicolului piramidal, destinat motilității membrilor inferioare, cu atât mai vădit că și înfundarea calotei craniene provocată de lovitură corespunde după schema topografică cranio-cerebrală a lui Krönlein, tocmai extremității superioare a scizurii lui Rolando, prin urmare, este atinsă zona corticală din jurul extremității superioare a acestei scizuri, foarte probabil prin o hemoragie extradurală, care s'a colectat în hematom în spațiul decolabil al lui Gerard-Marchant de ambele părți ale sinului longitudinal superior, producând prin comprimarea lobului paracentral deficitul motor al membrilor inferioare care are și un caracter cerebelos prin leziunea conexiunilor lui cu calea cerebeloasă (pedunculii mijlocii cerebeloși prin intermediul conexiunilor cortico-pontine), iar de altă parte sindromul senzitivo-cortical fiind datorit leziunilor zonei parietale învecinate.

#### SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI SIFILIGRAFIE SECȚIA CLUJ

Sedința din 18 Aprilie 1937.

Prezidează: Dl. Prof. Dr. C. TĂTARU.

D. I. AVRAM și Drd. I. CRIȘAN: **Considerațiuni asupra ichtiozel vulgare în legătură cu trei observații personale.**

Bolnavul S. E. de 23 ani de profesiune bărbier, intră în

Clinica noastră în ziua de 25 Februarie 1936 cu diagnosticul de Ichtioză serpentină.

În antecedentele heredo-colaterale: tatăl sănătos, mama moartă de febră tifoidă, are încă 3 frați dintre cari 2 suferinzi de o afecțiune identică și o soră sănătoasă.

Antecedentele personale: La 4 ani tuse convulsivă, la 8 ani febră tifoidă, la 10 ani gripă. Dela data de 15 ani suferă de astm bronșial.

Boala actuală datează din copilărie, dela vârsta de 6 ani, când a observat că pielea îi este uscată și se cojește. La intrarea în clinică afecțiunea este generalizată, mai pronunțată pe fețele antero-externe ale coapselor, gambelor, pe abdomen și flancuri și pe fețele extensore ale membrilor inferioare. Mai puțin pronunțată în regiunea dorso-lombară, respectând regiunea genitală, perigenitală, perianală, precum și plăcele articulare, fața și tălpile.

În general pielea este uscată și rugoasă, acoperită la suprafață de niște scoame variabile ca formă și dimensiuni după regiune. De culoare albă surie sau mai închise, aderente în partea centrală sau în totalitate, fiind delimitate de cutele pielii încât dau aspectul pielii de reptilă. Mucoasa nealterată.

Ganglionii inghino-crurali mai măriți de volum, duri, mobili, indolori, aflegmazici. Metabolismul bazal +2% (normal). R. W. negativă.

Tratament cu magnezia usta 10% în alifie și intern de 3+10 ctg. zilnic. Părăsește clinica pe ziua de 24 Aprilie vindecat.

CAZUL II. — W. E. F. de 26 ani, căsătorit, de profesiune ceasornicar intră în clinică în ziua de 21 Martie 1937 cu diagnosticul de Ichtioză nitidă și keratoză pilară.

Antecedente heredo-colaterale: ambii părinți trăiesc și suferă de ichtioză. Mai are 2 frați dintre care unul suferă de asemenea. Soția și fetița sănătoase.

Antecedente personale. În copilărie a suferit de astm bronșial, iar dela vârsta de 10 ani și până la intrarea în Clinică a suferit în repetate rânduri de exemă.

Boala datează din copilărie și s'a menținut tot timpul prezentând din când în când remisii. Este localizată pe întreaga suprafață a tegumentelor, respectând pliurile articulare. Pielea este uscată, aspră la palpare, acoperită de numeroase scoame de culoare albă cenușie, aderente prin centrul lor de planurile subjacente.

CAZUL III. — Bolnavul B. I. de 14 ani este primit în Clinică în ziua de 8 Aprilie 1937, cu diagnosticul de Ichtioză serpentină.

Antecedente heredo colaterale: Părinții sănătoși, are cinci surori sănătoase. Bunicul mamei sale a suferit de o afecțiune asemănătoare similară.

Antecedente personale: Cefalei nocturne la vârsta de 12 ani, cari au durat un an de zile, după care dispar dela sine.

Boala actuală datează dela vârsta de 2 ani când se observă că pielea devine mai strălucitoare, se usucă și se acoperă cu scoame de culoare albă, cari cu timpul devin negricioase. Vara scoamele se detașează, mai ales că face baie și afecțiunea e mai redusă, iarăși devine mai pronunțată. Se tratează singur cu oleu de floarea soarelui după care scoamele se detașează, dar se formează din nou.

Examinat observăm că afecțiunea cuprinde tegumentele aproape în totalitate, respectând pliurile articulare, fața, palmele, dosul mânilor, plantele și pielea păroasă a capului. Pielea întregului corp, cu excepția pliurilor articulare, este aspră la palpare, uscată, acoperită de scoame de mărimi și forme vair-

# AM INTRODUS pe piața românească pâinea, făina și toate produsele făinoase ale lui Dr. Senftner (Berlin, Londra) pentru bolnavii suferinzi de DIABET

Reprezentanța exclusivă:

## „Diabet“

CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA 11

abile, întretăiate de plfurile normale ale pielii, dând aspectul unei piei de șarpe. Perii sunt subțiați și rarefiați. Ganglionii inghinali măriți de volum, mobili, nedureroși, aplegmațici prezentând un grad de infantilism. R. W. negativă.

Printre multiplele teorii invocate ca factor etiologic a ichtiozei, caracterul ei ereditar și familiar, s'a manifestat mai constant și mai evident. În 50% din cazuri este familiară și și hereditară în 25% din cazuri, după unii chiar 50%.

Cele mai multe lucrări presupun în transmitere un caracter dominant neregulat. Cazuri în caracterul ereditar și familiar este bine evidențiat; publică F. Babier, unde timp de 5 generații ichtioza se transmite la aproape la toți copiii de sex masculin. K. Idelberger și S. Mabeler publică un caz unde din părinți sănătoși se nasc 4 copii cu ichtioză, dintre cari 2 au iarăși copii cu ichtioză, dintre cari unul are 2 copii dela două soții, ambii cu ichtioză.

În cele 3 cazuri ale noastre. singurele de alt fel intrate în ultimul timp clinică, se observă caracterul ereditar în cazul II și în cazul III, iar caracterul familiar se observă în cazul I.

De remarcat mai este și predominanța ichtiozei la bărbați, semnalată de Kaposi, Crocker, Walbe etc.

**Dr. M. PĂUNESCU și Drd. I. BRICIU: Lupus vulgar ulceros al glandului penian.**

Bolnavul C. Gh. în vârstă de 30 ani, căsătorit, de profesie fierar, se prezintă pentru internare în clinica noastră în ziua de 22 Februarie a. c. În antecedentele heredo-colaterale găsim important că soția în prezent este bolnavă la domiciliu și prezintă o ulcerățiune la organele genitale.

În antecedentele personale, bolnavul spune, că înainte cu doi ani a suferit de o blenoragie, tratată cu doi medici din provincie. Neagă alte infecțiuni veneriene și dermatoze.

Boala actuală a început înainte cu 13 ani, debutând prin apariția unor leziuni mici eritematoase și nedureroase pe nas. După câteva luni aceste leziuni s'au înmulțit, iar prin confluarea lor s'a format un placard ce cuprindea nasul aproape în întregime, extinzându-se și pe obrazul drept.

Bolnavul a urmat tratamente diferite cu medici, intrând în serviciul spitalului din Lugoj de 4 ori. Leziunea peniană care are un interes special, a apărut înainte cu 6 luni, când bol-

navul a observat în regiunea meatului urinar o ulcerățiune care nu-i producea dureri, ci numai o jenă în timpul micșunii.

Leziunile feții se manifestă sub forma unui placard ce cuprinde nasul în întregime și care se extinde și pe obrazul drept. Pielea din cuprinsul acestui placard este inflamată, infiltrată, edemațiată, deformând nasul ale cărui aripioare sunt în parte distruse. Prin examenul vitrosopic se evidențiază numeroase leziuni cu caractere tipice de lupomi. Se pune diagnosticul de lupus vulgar al nasului și al feții. Leziunea care prezintă un interes medical deosebit este cea localizată la nivelul meatului urinar. Această leziune cuprinde ambele laturi ale meatului, care sunt infiltrate, îngroșate, edemațiate. Deasemenea mucoasa uretrală este afectată pe o distanță de aproximativ 1½ cm. dela deschiderea meatului. În acest teritoriu se prezintă o leziune ce cuprinde mucoasa uretrală în întregime, care are o culoare roșie-eritematoasă, infiltrată, edemațiată, cu suprafața roșie-erozivă, acoperită în partea centrală cu un lichid seros transparent. În partea superioară și inferioară a deschiderii meatului se observă câte o suprafață de aproximativ ¼ cm², neregulată, ulcerată, acoperită cu o secreție albă-cenușie purulentă. Această leziune face ca ambele laturi ale meatului uretral să prezinte o întredeschidere permanentă, largă de aproximativ 1 cm. Pe ambele laturi ale meatului, dar mai ales pe cea dreaptă se observă câteva cruste neregulate de culoare cenușie-brună, rezultate din concretizarea secreției leziunii.

Subiectiv bolnavul nu acuză nici un simptom.

Pe mucoasa vălului palatului, în regiunea mijlocie și posterioară se observă asemenea leziuni bacilare.

Ganglionii submaxilari, preauriculari, occipitali, inghinali, dar mai ales cei submaxilari stângi sunt măriți de volum, mobili, duri, nedureroși.

Seroreacția B.-Wassermann în sânge negativă.

La examenul urinei, albumină, puroiu zahăr negativ.

Pentru a exclude și diagnosticul unei eventuale malformațiuni tumorale spino sau bazocelulare am făcut biopsia din leziunea uretrală, care dă rezultatul următor: Se observă în derm multipli noduli inflamatori cu caractere microscopice de tuberculoză. În urma acestor examinări se pune diagnosticul de lupus vulgar ulceros al glandului penian.

Tuberculoza ulcerosă localizată la genitale, atât la bărbat, cât și la femeie după Volk e foarte rară. Volk precizează că lupusul glandului penian cu toate caracterele lui specifice acceptate până în prezent a fost descris de pușini autori, deoarece cazuri clinice în literatura mondială până în prezent n'au fost decât numai câteva, în consecință și literatura lupusului la genitale este foarte redusă.

Astfel Blach, Krauss și Brandweiner au descris în mod sporadic câteva cazuri. Volk în toată activitatea sa a întâlnit numai două cazuri. Knizel a avut un caz asemănător cazului nostru. In ceea ce privește localizarea secundară a lupusului la gland se exclude propagarea infecțiunii pe cale limfatică plecând dela leziunea primară a feții, — distanța fiind foarte mare. Deasemenea se exclude propagarea hematogenă, deoarece la examenul obiectiv nu s'au găsit leziuni tuberculoase la organele căilor urinare superioare.

Volk admite propagarea infecțiunii la orice organ și la orice distanță, făcută prin auto-inoculare.

În cazul nostru chestiunea autoinoculării lupusului dela leziunile feții la gland e foarte evidentă, deoarece în antecedentele bolnavului s'a depistat o scurgere uretrală blenoragică deci mucoasa uretrală era traumatizată și cu o rezistență scăzută. Această scurgere producând inflamațiunea meatului urinar iar bolnavul căutând să-și facă fie igiena genitalelor, fie prin manopere personale de tratament — care un timp oarecare și l'a făcut singur — prin mâinile infectate dela leziunile feții a putut să-și inoculeze infecțiunea la nivelul mucoasei uretrale.

Credem deci că prezintă un interes medical deosebit, cazul nostru prezentat nu numai din acel punct de vedere al modului de extindere la un acelaș bolnav dintr'o leziune tuberculoasă exogenă.

Discuție: Dl Dr. Colbazi din descrierea cazului, din moulajul și fotografia ulcerajiunii peniene nu vede justificat diagnosticul de lupus vulgar, ci mai mult al unui ulcer tuberculos.

Dl Dr. Cîrlea spune că la intrarea bolnavului în clinică, în jurul ulcerajiunii se puteau evidenția numeroși lupomi cu toate caracterele tipice, diagnosticul fiind bazat pe prezența lor.

**Dr. N. LENGVEL, Dr. L. MODRAN și Dr. I. MIHALCA:**  
**Urticaria pigmentoasă.**

Bolnavul I. S. în vârstă de 31 ani, necăsătorit, fierar originar din comuna Remetea. Bolnavul ne a fost trimis la data de 16 III. 1936 pentru consultare și eventuală internare din partea Clinicii Neurologice unde fusese internat cu diagnosticul de tumoră hipofizară.

Lăsând la o parte considerentele de ordin neurologic cari se refereau în deosebi la turburări vizuale, cât și la cele mai variate senzații subiective, sub formă de parestezii, furnicături etc. cauzate de afecțiunea de fond, ceea ce ne interesa pe noi erau leziunile cutanate. Referitor la aceste leziuni anamnestice s'au putut stabili numai date foarte rudimentare, datorită pe de o parte faptului, că bolnavul nu vedea, pe de alta inteligenței lui reduse. După afirmațiile lui primele leziuni le simțea în regiunea perianală înainte cu 8 luni, cauzându-i un prurit intens ce-l determina să se grateze, ciupindu-și mici bucațele de piele, pe care el le caracterizează, datorită și senzațiilor subiective cu denumirea de păduchi, cari s'ar fi înglobat în piele mișcând acolo și crescând încontinuu. Leziuni similare simțea apoi și pe restul tegumentului, pe pielea capului ba și pe mucoasa bucală. A consultat o serie de medici fără a obține însă nici o ameliorare.

La examenul obiectiv se constată, că este un bolnav bine

nutrit și dezvoltat, puțin anemic cu o acuitate vizuală minimală și o inteligență redusă. Acest individ prezenta generalizat pe întreg corpul fără nici o localizare mai predilectă, respectând doar tălpile și palmile, o erupțiune care se caracterizează prin un polimorfism foarte pronunțat în ce privește aspectul leziunilor constituitoare, ele apărând parte ca niște macule de dimensiuni foarte variate, gutate, punctate, numulare etc. parte ca elemente papuloase și urticate, asemenea varind ca dimensiuni dela aceea a unei gămălii de ac până la aceea a unui bob de mazăre sau chiar și mai mari cu un infiltrat mai mult sau mai puțin pronunțat la baza lor. Aspectul bolnavului devine și mai bizar prin multiplicitatea variantelor de culori ce prezintă aceste leziuni trecând dela un roș-gălbui prin un galben deschis și închis, până la un brun intens.

Iritând aceste leziuni, îndeosebi pe cele papuloase, prin un grataj energetic ele se intensifică în sensul că devin mult mai proeminente iar culoarea lor se schimbă într'una roșie vie, leziunea luând aspectul unei papule urticate, că apoi după 1—2 ore săși recapete aspectul anterior.

Senzațiile subiective ce acompaniază aceste leziuni sunt la fel foarte variate, bolnavul acuzând pe lângă un prurit de o intensitate intermitentă și cele mai variate parestezii. R. W. în sânge și lichid negativă.

În fața acestui tablou se fixează diagnosticul de urticarie pigmentoasă, diagnostic ce se confirmă și prin examenul istopatologic a unei biopsii făcute prin un aspect prototip cu aglomerare de mastzellen policromatic.

Am ținut de interesantă comunicarea acestui caz, prin faptul, că deși u. p. nu se poate considera de o raritate dermatologică, astfel de cazuri survin la noi totuși destul de rar. În cel 16 ani petrecuți în serviciul acestei clinici. eu personal am văzut 4 cazuri dintre cari 3 interesau femei. Fără de a mai intra în generalități despre aceasta afecțiune, am insistat totuși puțin asupra momentelor etiologice în provocarea ei. Cum știți etiologia u. p. este încă neclarificată. Cazurile Clinicii noastre au prezentat însă niște particularități, cari după părerea noastră, nu pot fi trecute cu vederea și poate ar aduce oarecare lumină în capitolul etiologiei. Și anume: la primul caz s'a constatat o tumoră ovariană, în al doilea — publicat și în Clujul medical — o aplazie genitală cu amenoree totală, în al treilea amenoree în urma unei histerectomii suferite, iar în acest ultim caz leziunile cutanate coincid cu o tumoră hipofizară. Deci în toate cazurile turburări în sistemul endocrin. Am mai menționat că în toate aceste cazuri leziunile cutanate au apărut într'o vârstă mai înaintată. Ar duce prea departe de a intra într'o discuție detaliată a acestor constatări și eventualele legături ale lor, cu această dermatoză. Ne mulțumim deci cu o simplă înregistrare rămânând ca să le expunem ulterior într'un articol mai bine documentat.

**Dr. N. LENGVEL, Dr. V. TĂTARU și Dr. L. MODRAN:**  
**Purpura annularis teleangiectodes Majocchi.**

Observând pentru prima dată în Clinica Dlui Prof. Tătaru un caz de Purpura Majocchi, am crezut de bine al prezentă din două puncte de vedere; în primul rând a atrage atențiunea membrilor Societății asupra caracterelor acestei afecțiuni, deoarece omul vede de obicei ceea ce e obicinuit să vadă și dacă după știrea noastră, acesta ar fi primul caz observat în România, suntem absolut siguri că după publicarea lui numărul lor va crește într'un viitor f. apropiat. În al doilea rând Purpura Majocchi e o boală, care a rămas în cadrele Dermatologiei, negăsind însă răsunet în medicina internă și

Hematologie, iar cazul nostru prin faptele pe cari le vom re-leva la sfârșitul lucrării prezintă și o modestă contribuție la patogenia acestei boli.

În cazul nostru e vorba de un bărbat K. A. în vârstă de 32 ani de ocupație plugar, care se internează în clinică la 27 II. 1937.

În antecedentele personale ar fi suferit de febră tifoidă în copilărie.

Debutul bolii actuale e înainte cu 6½ ani, în luna Noiembrie 1930, fiind localizată la început pe fața dorsală a mânilor și picioarelor; leziunile prezentate de bolnav atunci ar fi fost asemănătoare celor actuale. Afecțiunea ar fi prezentat perioada de exacerbațiune și regresione chiar completă după afirmațiunile bolnavului, dar cari nu durau decât scurt timp, o lună. În acest timp bolnavul a fost internat de două ori în Spitalul din Oradea, unde prin tratamentul aplicat s'a ameliorat. În toamna anului 1933 boala a dispărut complet, pentru a reapare din nou după un an, adică în toamna anului 1934; de când afecțiunea are un caracter persistent, ne mai prezentând perioade de regresione, ba din contră ea progresând mereu. Sesizat de acest fapt un medic din Oradea îl îndrumă în clinica noastră.

La examenul obiectiv al pielii constatăm că bolnavul prezintă o afecțiune localizată în mod simetric, interesând fața în întregime, urechile, gâtul, regiunea superioară a pieptului, regiunea fesieră, fețele exterioare ale membrelor superioare și îndeosebi la nivelul membrelor inferioare pe cari le interesează aproape în întregime, la nivelul extremităților afecțiunea prezintă o progresiune distală.

Ceeace ne impresionează la această afecțiune nu e atât polimorfismul morfologic al leziunilor, cât polimorfismul evolutiv al lor, care formează tabloul caracteristic al bolii. Leziunile inițiale, cari se observă îndeosebi la nivelul extremităților superioare și inferioare, sunt niște pete punctiforme de culoare rosa roșie, cari grupându-se formează niște leziuni mai mari de forme semicirculare, sau anulare, cum se observă mai ales la nivelul coapselor și gambelor, unde tabloul morfologic este predominant de aceste formațiuni inelare, cu un diametru ce variază dela câțiva milimetri la 2—3 cm. Prin confluența mai multor leziuni semicirculare pot lua naștere formațiuni policiclice. La examenul cu lupa ne dăm mai bine seama că aceste leziuni sunt datorite unor teleangiectazii; într-o fază mai înaintată leziunile mai sus descrise prezintă o culoare roșie violacee, datorită faptului că la nivelul lor s'au produs mici emoragii.

Predominând tabloul clinic, îndeosebi la nivelul extremităților inferioare se observă pigmentațiuni întinse sub forma de plăci și placarde de dimensiuni și forme variabile; la nivelul lor pielea prezintă nuanțe de culori f. variabile: galbenă brună, brună albăstrue, brună negricioasă. Pe aceste suprafețe pigmentare observăm în unele locuri o descuamație furfuracee fină. La periferia acestor placarde pigmentare observăm sub forma unei borduri policiclice teleangiectazii și hemoragii punctiforme, leziuni tinere ale afecțiunii și care ne arată caracterul evolutiv centrifugal al bolii.

Pe palme și pe plante se observă numeroase peteșii hemoragice cu un sediu profund, iar epiderma deasupra lor în unele locuri prezintă un proces de filictezare, iar la nivelul marginii externe a palmelor și interne a plantelor prezintă niște excrescențe veruciforme.

La nivelul feței leziunile sunt mult mai polimorfe decât în rest, distingând pe lângă leziunile mai sus descrise numeroase leziuni papuloase, papulo-veziculoase și papulo-crustoase,

acoperite de niște cruste brune sanghinolente, ce se detașează cu greu, pielea la acest nivel fiind seboreică și presărată cu numeroase teleangiectazii.

Diseminat pe teritorii interesate de afecțiune, dar îndeosebi la nivelul feței, gâtului și plastronului sternal se prezintă numeroase leziuni cicatriciale de culoare albă sifidă, de dimensiunea unei boabe de linte, sau chiar mai mari și unde pielea prezintă un caracter atrofic.

Nasul, urechile, mâinile și picioarele prezintă o culoare cianotică, sunt reci, iar la nivelul palmelor și plantelor bolnavul prezintă o transpirație f. abundentă.

Din punct de vedere subiectiv bolnavul acuză un prurit moderat și dureri intermitente la nivelul extremităților inferioare.

Examenul intern. Pulmonar: aspect radiologic normal; prezintă o dispnee, Tensiunea arterială 14—8 (V. L). Metabolismul bazal +1%.

Examenul hematologic. Hematii 4.860.000 Hgb. 68%. Leucocite 7.000 Trombocite 248.000. Tabloul sanghin: Polinucleare neutrofile 58%, eosinofile 8%, limfocite 27%, monocite 7%. Timpul de sângerare 3 minute; timpul de coagulare 12 minute. Semnul lui Rumpel—Leede—negativ.

Examenul sistemului nervos organo-vegetativ: Reflexul oculo cardiac al lui Doguini și Aschner este inversat, înregistrându-se o accelerare de +16 bătăi pe minut ale pulsului. Reflexul pilomotor pozitiv. Proba atropinei combinată cu ortostatism, imaginată de Danielopolu, ca o metodă suverană în explorarea sistemului nervo-vegetativ ne arată: tonusul simpatocului 146, tonusul vagului 58; deci din toate acestea rezultă o simpaticotonie f. pronunțată.

Examenul istologic ne arată în derm numeroase capilare dilatate, pline de sânge în jurul cărora se remarcă o foarte accentuată infiltrație celulară constând din polinucleare, limfocite și fibroblaste; aceeași infiltrație se remarcă și în jurul unor foliculi piloși și glande sudoripare. Epidermul prezintă o parakeratoză și câteva celule vacuolizate în stratul filamentos.

Deci în acest caz e vorba de o Purpura Majocchi în care găsim toate cele 3 stadii ale afecțiunii: 1. Stadiu teleangiectazic 2. Stadiu emoragico-pigmentos și 3. Stadiu atrofic. În ce privește raportul dintre Purpura Majocchi și boala lui Schamberg suntem de părere că ambele sunt două aspecte morfologice ale aceleiași boli; la cea din urmă lipsind formațiunile anulare și predominând pigmentațiunea și suntem de părere că ambele să fie încadrate sub denumirea de Purpura Majocchi, termen propus de Gottron, deoarece lui Majocchi îi revine meritul de a fi descris pentru prima dată afecțiunea.

Diagnosticul diferențial față de celelalte purpuri (Schönlein, Werlhof), se face bazați pe prezența simptomelor clinice și hematologice în acestea și lipsa lor la Purpura Majocchi.

Etiologia afecțiunii nu e clarificată; Balzer a susținut originea tuberculoasă, iar Audry a și clasat-o ca tuberculide teleangiectazice. Majocchi și cu Pasini au susținut teoria toxică, Scherber și Lier invocând originea infecțioasă amigdaliană.

Pe când în ce privește etiologia nu domnește un consens unanim; în privința patogeniei autorii sunt de acord că turburările declansatoare sunt la nivelul circulației periferice, unde se produce o vaso-constricție spastică a micilor arteriole și consecutiv căreia se produce o copilaro dilatație compensatoare, fapte ce corespund cercetărilor lui Ricker, hemoragiile ce rezultă sunt produsul unei diapedeze.

Bazați pe simpaticotonia f. accentuată în cazul nostru și pe patogenia mai sus expusă, am administrat bolnavului 0,5 mgr. adrenalină subcutan și spre surprinderea noastră la 2 ore

după injecție, bolnavul a prezentat o frumoasă erupție de elemente anulare, tipice stadiului inițial al Purperei Majocchi. Faptele și-ar găsi următoarea explicație, după noi: în cazul de față ar fi vorba de o hiperfuncție a capsulelor suprarenale, care prin hiperadrenalinemia produsă ar declanșa vasoconstricția arteriolelor periferice, care la rândul ei dă naștere simptomelor clinice prezente în Purpura Majocchi. Care e cauza acestei hiperfuncții a capsulelor suprarenale, rămâne o problemă a viitorului.

**Discuție:** Dl Dr. Sglimbea întreabă dacă s'a încercat să se determine cantitatea de adrenalina în sânge?

Dl Prof. Tătaru spune că observația justă a Dlui Dr. Sglimbea referitor la apariția periodică a adrenalinei în sânge ar putea explica periodicitatea erupțiilor. Din punct de vedere istopatologic, autorii sunt nedumeriți asupra infiltrației și congestiei puternice, ceea ce s'ar putea explica prin papulele congestive cari apar la baza hemoragiilor cutanate. Este de remarcat rezultatele bune obținute prin iradiații cu Röntgen pe splină.

Sedința din 18. IV. 1937.

**Dr. P. CIRLEA, Dr. N. PĂCESCU: Un caz de infecție sifilitică profesională.**

Prezintă un caz de infecție sifilitică profesională, la un coleg medic din provincie.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nimic important, decât o eczemă la nivelul dosului mâinilor și a degetelor, de care suferă din primăvara anului 1936.

În ziua de 8 Apr. acest coleg se prezintă la ambulanța Clinicii noastre, cu o leziune la nivelul degetului mediu dela mâna dreaptă, care data de vre-o 12 zile, începând sub forma unei mici exulcerații, alături de alte elemente de natură exmatooasă, pe cari le prezenta și anterior.

Crezând că are de a face numai cu vechea lui eczemă, și-a făcut zilnic comprese cu acid tanic, dar exulcerația s'a mărit, ajungând la dimensiunea unui bob de linte, la scurt timp acoperindu-se cu o crustă galbenă brună, relativ groasă, de sub care la presiune se elimina o cantitate redusă de secreție purulentă. Leziunea prezentând în jur o reacție inflamatorie și devenind sensibilă, a procedat la decaparea crustei, urmată de un pansament cu Rivanol, apoi alternativ comprese cu sol. Burow și comprese cu acid tanic. În acest stadiu, s'a gândit la eventualitatea unui panarițiu, dar observă în zilele următoare, că fenomenele inflamatorii se mențin staționare, fără să se agraveze sau să regreseze.

Cu o zi înainte, a simțit o sensibilitate în axila dreaptă, unde la palparea constată, că un ganglion este mai tumefiat.

Aceste simptome l-au îngrijorat, cu atât mai mult, cu cât cu 6 săpt. înainte a avut în tratamentul particular un pacient care prezenta o parafimoză și niște leziuni pe cari le-a considerat de o balanită erozivă, omițând să-l examineze mai amănunțit, ci a încercat să-l reducă parafimoza, fără să reușească, făcându-i toaleta și tratamentul în consecință. Totuși după câteva zile părându-i suspect, la un examen general, observă niște condilome erozive la nivelul scrotului și în rest un exantem maculos și papulos, în urma căruia îi institue un tratament specific.

După aceste antecedente, leziunea pe care o prezenta colegul ne-a fost suspectă de un sifilom, deși aspectul ei clinic era în parte modificat de tratamentul făcut.

Leziunea localizată pe fața dorsală a ultimei falange a

degetului mediu drept, aproape de rădăcina unghiei, avea o formă ovalară, cu un diametru de un cm. cu marginile destul de regulate, acoperită cu o crustă de culoarea brună închisă, fără a putea percepe vre-o infiltrație deosebită la bază. Detașând crusta, fondul apărea neted, secretându-se o serozitate abundentă, transparentă, din care făcând un preparat ultra-microscopic am constatat prezența treponemilor.

Ganglionii axilari din aceeași parte măriți, izolați, scleroși, ușor sensibili.

R. W. negativă, menținându-se în această stare și în urma tratamentului specific de până acum.

Avem deci de a face cu un caz de sifilom extragenital, de origine profesională. În aceste cazuri, diagnosticul de multe ori se pretează la confuziuni, pentru că de obicei, ne gândim la sifilis când leziunea este localizată la organele genitale. În acest sens, Fournier spunea că este foarte ușor de diagnosticat un sifilom primar, de ex. al buzei, dar greutatea lucrului este de a ne gândi la el.

Bulkley împarte sifilisul extragenital în trei categorii mari:

1. Syph. economica: infecții contractate în împrejurările vieții casnice.
2. Syph. brephotrophica: infecții contractate prin îngrijirea sugarilor.
3. Syph. tehnica: infecții provenite din ocupațiuni profesionale.

Dintre diferitele modalități de infecțiune sifilitică, origina profesională este cea mai rară.

Înainte se semnalau mai des astfel de infecțiuni la unele ocupațiuni, ca la suflătorii de sticlă, dar în ultimul timp acestea s'au redus, cei interesați fiind în primul rând medicii, infirmierii și moașele. Aceștia se contaminatează de obicei în urma unei excoriațiuni a degetelor, de aceea șancrul indexului este cel mai frecvent.

După statistica lui Fournier, din totalul șancrilor extragenitali, șancrul degetelor reprezintă 0,5%. Cel mai frecvent afectat este indexul și mediul, apoi policele, inelarul și mai puțin degetul cel mic. Ca localizare, dintre 10 cazuri, 8 ar interesa ultima falangă.

Statistica lui Simm, arată deasemenea, că cel mai frecvent afectat în infecțiunile profesionale este indexul și anume cel drept, având 143 cazuri la indexul drept și 93 la cel stâng. Sexul bărbătesc ar fi mai expus, după Simm, 300 bărbați față de 123 femei.

După Fournier indexul stâng ar fi afectat mai des în urma manoperele erotice (attouchements érotiques) adică după cum spunea Ricord, acel organ este pedepsit care a păcătuit.

Dintre 49 scleroze ale degetului, Fournier găsește 27 la medici și studenți și 3 la moașe.

Rille din 55 cazuri, 25 la medici, moașe și infirmiere.

Mai în urmă, Bienfait găsește dintre 29 cazuri de localizări digitale, numai 4 profesionale, 18 prin manopere erotice, 5 prin mușcarea degetului și 2 cazuri întâmplător.

În statistica întocmită la noi de dl Dr. Lengyel pe o perioadă de 5 ani, dă un singur caz de sifilom al degetului la o moașe în anul 1921, far de atunci nu s'au mai semnalat cazuri de infecție sifilitică profesională.

Pentruca astfel de infecțiuni să se producă, este nevoie de oarecare condițiuni favorabile. Aceasta depinde în primul rând de abundența și virulența treponemilor dela nivelul leziunilor, astfel plăcile mucoase și șancrili fiind elemente contagioase prin excelență, ca și leziunile umede și zămuinde. În al doilea rând, intervine starea de receptivitate a individului, care tre-



bue să prezinte o soluție de continuitate a pielii, chiar dacă aceasta este mică și trece neobservată, știut fiind că treponemul nu poate pătrunde printr-o epidermă intactă

Aceste condițiuni demonstrează cu evidență producerea infecției la colegul nostru și prin prezentarea acestui caz, am căutat să atragem atenția asupra riscurilor profesionale la care suntem expuși și dacă în împrejurări normale, dată fiind slaba rezistență a treponemului, o bună săpuneală, este adesea unul din cele mai bune profilactice, în cazul când avem vre-o excoriație sau alte leziuni pe mâini, să fim cât se poate de atenți, foarte recomandabil fiind în aceste cazuri purtarea de mănuși de cauciuc.

#### Dr. PETRE CIRLEA: Un caz de sclerodermie în plăci.

H. E. manicuristă necăsătorită de 28 ani, din Cluj se prezintă la consultațiile clinice noastre la 28 Sept. 1935 pentru o erupție cutanată ce datează de 8 luni. În antecedentele eredo-colaterale nu găsim nimic important pentru boala ei, în familie nimeni nu suferă de asemenea afecțiune. În antecedentele personale neagă boli infecto-contagioase și venerice, găsim o cistită de proveniență neprecizată. Menstruată la 14 ani, perioadele catameniale urmează regulat dar cu o scădere progresivă a cantității încât de prezent durată este de 1—2 zile. Referitor la istoricul boalei, bolnava declară, că de aproximativ 8 luni, observă apariția în mod lent a unor teritorii circumscrie, roz-albicioase, infiltrate la nivelul antebrațului drept și în dreptul apendicelui xifoid, care afară de o ușoară senzație de tensiune, nu erau acompaniate de nici un simptom subiectiv supărător.

La examenul general bolnava se prezintă bine dezvoltată și nutrită, iar la examenul local, în dreptul fosetei olecraniene din dreapta și în treimea superioară și fața posterioară a antebrațului drept, am remarcat prezența a două placarde. unul rotund, măsurând un diametru de 1.5 cm. celalalt alungit, măsurând 5 cm. pe 2. La nivelul lor, pielea avea o colorație gălbue-albicioasă, întinsă, cu un luciu ușor ceros cu sediul în planul tegumentelor, marginile fiind net delimitate, regulate, anturate de o zonă roză-lividă de 1—2 mm., fără fenomene inflamatorii în vecinătate. Suprafața acestor placarde era netedă cu desenul normal al pielii ușor șters, și cu perli dispăruți; la palpație leziunile traduceau o infiltrație pergamentoasă a tegumentelor, cari nu se puteau plisa, infiltrația se limita însă la tegumente, fără cointeresarea țesuturilor profunde. Sensibilitatea tactilă și dureroasă la nivelul lor era redusă, iar subiectiv nici un simptom afară de o ușoară tensiune. În dreptul și puțin la dreapta apendicelui xifoid și în șanțul submamar stâng, trecând și pe fața inferioară a mamelei, se prezentau 2 placarde neregulate rotunde de mărimea a câte o palmă de copil, cu caractere similare, prezentând particularitatea, că pe suprafața lor se desemna o rețea reticulară pigmentară, brună gălbue.

În fața acestui tablou clinic am fixat diagnosticul de sclerodermie în plăci, în parte discromică, și am administrat fermentii pancreatici, sub formă de tablete de Pancretotan. Bolnava apoi am pierdut-o de sub control și ea revine abia după 2 ani în 10 Februarie a a. c. spunând că tratamentul cu Pancretotan l'a urmat timp de 1 lună și de atunci n'a mai făcut nici un tratament. Motivul, care a determinat-o să se prezinte din nou la consultații este schimbarea aspectului erupțiilor și scăderea cantitativă a menstruațiilor, cari în ultimul timp s'au redus la câteva picături.

Bolnava și de data aceasta se prezintă bine nutrită, cu

starea generală bună. La examenul local placardele dela nivelul antebrațului drept de aceleași dimensiuni și formă, având însă o colorație albicioasă-cafenie difuză, cu pielea lucioasă, subțiată, ușor increștabilă, putându-se depista chiar și microscopic un oarecare grad de atrofiie. La baza lor se percepe însă o infiltrație moderată, scleroasă. Lilacringul dela periferie în mare parte dispărut, persistând o vagă colorație roz-lividă pe alocuri, fără a forma un inel propriu zis. Placardele dela nivelul regiunii submamar se prezintă cu aceleași modificări, pigmentația reticulară fiind însă mai exprimată, în ochiurile rețelei cuprinzându-se teritorii circumscrie albicioase, infiltrate. Lilacringul prezent numai în câteva segmente. Subiectiv aceiași absență de simptome. Din partea mucoaselor sistemului ganglionar și a organelor interne nimic patologic. Sero-reacțiile și urina normală. Avem deci în fața noastră o sclerodermie în plăci în stadiul final atrofic-pigmentar reprezentând forma numită „Morfea plana atrofica”. Procedând la studierea mai amănunțită a cazului, examenul isto-patologic dintr'un placard medio-toracic a confirmat diagnosticul clinic, dând următorul aspect: epidermul subțiat, papilele atrofice și înlocuite cu lame de țesut sclero-fibros. Țesutul subcutan este hiperplasiat. Se văd foarte puține vase cu o cantitate mare de fibroblaști. Se văd și nervi cu teaca foarte îngroșată, formată din straturi de celule tecale. Metabolismul basal normal. Tabloul sanguin de asemenea. Calciul în sânge în limite normale. Titrarea hormonilor sexuali relevă o insuficiență a funcțiunii foliculare ovariene. Bolnava însă și de data aceasta după terminarea examinărilor a dispărut, încât nu l-s'a putut începe tratamentul hormonal pe care în cazul de față îl considerăm singurul tratament etiologic, având în vedere și scăderea progresivă a menstruației din punct de vedere cantitativ.

Cazul acesta prezintă interes prin faptul, că s'a putut urmări evoluția sclerodermiei în plăci timp de 2 ani până la stadiul final, la o femeie cu turburări hormonale ovariene, constituind o dovadă în favoarea etio-patogeniei endocrinene, în etiologia mult discutată a sclerodermiilor.

Discuție: Dl Dr. Lengyel remarcă că prof. Neuber bazat pe etiologia infecțioasă a sclerodermiei încearcă malarioterapie și aur cu rezultate bune.

Dl Prof. Tătaru este de părere că în cazuri ușoare și localizate ar fi nemedical ca să se inoculeze o afecțiune gravă cum este malarie, când se pot obține rezultate bune și prin alte metode.

#### Docent Dr. AXENTE IANCU și Drd. ELENA RUSSU: Ichtioză congenitală la un băiat de 6 ani.

Copil de 6 ani, se prezintă cu leziuni pe piele cari se observă: pe cap, pe brațe, mai accentuat pe fața extensorică a antebrațelor, pe trunchi, la nivelul mamelonar, pe abdomen, pe spate: părțile superioare, la nivelul foselor-supraspinoase până în regiunea lombară, apoi deasupra genunchilor, la tendoanele lui Achille, pe fața dorsală și externă a picioarelor (este cruțată regiunea meleoară înt.). Trunchiul e atins în întregime, cu o concentrare în jurul mamelonului și în jurul axilei. Sunt respectate axilele, marile plci inguinale, regiunile maleolare interne, palmele și plantele. Pielea e uscată, iar în regiunile mai sus amintite prezintă niște scuame uscate aderente, de diferite mărimi, 3—8 mm. poligoanele de culoare gris-murdară.

Din anamneză rezultă că, copilul prezintă aceste formațiuni pe piele dela vârsta de 2 ani, dar mama observase o oarecare uscăciune a pielii copilului chiar dela naștere. (câteva

zile după naștere pielea s'a descuamat, apărând pe urmă o piele aproape normală). Mama a mai observat o oarecare ameliorare vara, când nici pielea nu rămânea așa de uscată, iar solzii sunt mai rari, mai furfuracei. Copilul a fost văzut de mai mulți medici, tratamentul a rămas însă ineficace, excepționând doar timpul în care copilul lua fer, As. și se ungea pe corp cu untură de pește.

Interogată, mama ne-a putut referi următoarele: Are 3 copii, primul băiat (cel cu leziuni) de 6 ani, o fetiță de 5 ani (are gușe, la fel și mama) și una de 2 ani sănătoasă. Mama copilului recunoaște că avusese un frate mai mare, care prezenta aceleași leziuni, ca și copilul ei, dar a murit la vârsta de 20 de tbc. A mai avut 2 surori care au murit de mici și are un frate sănătos la Buda-Pesta.

Tatăl ei se căsătorește după moartea mamei sale cu o verișoară de a soției lui, din care căsătorie au un băiat care e sănătos și trăește la Milano și o soră la Buda-Pesta.

Mama copilului își amintește că un unchlu de al ei (fratele mamei sale, adică a bunicii copilului) a suferit de aceeași boală, murind la vârsta de 36 ani de tbc. Copiii lui trăesc și afirmativ sunt sănătoși.

Ichtiioza la naștere în primii ani ai vieții și se caracterizează printr'o uscăciune și o cornificare a pielii. Există o alterație permanentă a funcției corneene a epidermului. Tegumentele sunt uscate, rugoase și se descuamează în permanentă.

S'a observat că ereditatea joacă un rol important ca și în cazul observat de noi. Cei vechi stabileau diagnosticul chiar și pe simpla anamneză.

Kaposi, care a făcut cercetări în acest domeniu, a constatat că, transmiterea ereditară a afecțiunii se face fie în felul că o primesc toți copiii dela părinți, fie că ea se transmite numai printr'un sex la sexul de acelaș fel sau la sexul opus. În cazul nostru ichtiioza a fost observată în 3 generații, făcându-și apariția în mod sistematic și mereu la copilul cel mai mare din familie care aparține în acelaș timp și sexului masculin. (un exemplu este citat când ichtiioza a fost întâlnită atât la mamă cât și la cei 5 băieți ai săi, în timp ce cele 3 fete ale sale au rămas scutite).

Alteori se observă o ereditate recesivă când boala sare peste o generație, apărând abia la a doua generație. O întreprindere nu s'a putut stabili. Gassman și Siemens susțin, că consanguinitatea joacă un rol important în patogenia ichtiiozei congenitale.

Cei mai mulți autori recunosc în primul rând ereditatea ce servind drept cauză, este acuzată și o turburare la nivelul ectodermului (Kromayer localizează drenajul în mezoderm). Unna, consideră afecțiunea ca fiind de natură inflamatorie. Tommasoli plecând dela leziunile histologice ca: infiltrația țesutului și alterațiunea vasculară și dela turburările cronice alimentare cu modificarea urinelor, suspectează existența unei autointoxicațiuni.

După alții, în afară de ereditate, ar mai contribui și turburările endocrinene, în special disfuncțiunea glandei tiroide, căci s'a observat concomitent în unele cazuri și căderea părului, hipogenitalism, diabet, hipotricoză, infantilism și acestea toate se reduc la turburările endocrinene, apoi insuficiența paratiroidei cu turburări în metabolismul calciului.

În concluziune: Este prezentat un caz de ichtiioză congenitală întâlnită în trei generații succesive, interesând de fiecare dată prima progenitură care este în acelaș timp și de sex masculin.

Discuție: Dl Dr. Modran cere lămuriri asupra concepției

autorilor în privința ichtiiozei congenitale și vulgare. Tratamentul obișnuit dă rezultate imediate și efemere, iar tratamentul opoterapic se va putea dovedi eficace numai în cazul dacă se va sista tratamentul local.

Dl Prof Tătaru spune că în cazul de față caracterul familiar al afecțiunii este evident. Așa așteaptă rezultate bune prin tratamentul opoterapic.

Dl Dr. Iancu consideră cazul ca o ichtiioză vulgară; ameliorarea o pune în contul opoterapiei deoarece local nu s'a aplicat nici un tratament.

#### Prof. Dr. C. URECHIA și Dr. P. CIRLEA: **Adenome sebacee multiple tip Pringle la un epileptic.**

B. I. plugar de 19 ani din comuna Radna jud. Arad, este internat în Clinica Psihiatrică din Cluj, la data de 4 Febr. 1937 cu dg. Epilepsie. În antecedentele credo-colaterale tatăl și trei frați sănătoși, în familie nu suferă nimeni de o boală similară sau de alte boli cu caracter familiar. În antecedentele personale nimic de remarcat. Dela vârsta de 8 ani suferă de accese de epilepsie, accesele apărând săptămânal, mai frecvent primăvara. Din mica copilărie, de când își aduce aminte, prezintă niște tumorete pe față, la început mici și în număr redus, cari apoi cu timpul s'au înmulțit și au crescut în volum, luând înfățișarea actuală.

La examenul general, vedem un boinov mijlociu dezvoltat și nutrit cu un oarecare grad de infantilism. În ceea ce privește tegumentele, observăm că pielea feței în general este seboreică, îngroșată, lucioasă, cu o nuanță gălbue, presărată cu numeroase leziuni papulo-pustuloase acneiforme și comedoane. Localizat în partea centrală a feței și în mod perfect simetric, ocupând rădăcina, dosul și arșpile nasului, părțile limitrofe ale obrazilor, șanțurile nazo-geniene și în număr mai redus șanțul mentonier, se prezintă un număr mare de formațiuni tumorale mici, ca niște gămălii de ac, boabe de meu, hemisferice sau ușor conice, de culoare normală a pielii, cu o nuanță roșietică, ce ține la teleangiectaziile numeroase punctiforme și reticulare, cari se observă atât pe suprafața de altfel netedă a erupțiunilor, cât și printre ele. Leziunile în general sunt izolate, prezentându-se însă și conglomerat, sub aspectul unor formațiuni multilobate. În regiunea medio-frontală, la limita dintre pielea păroasă și cea glabră, la dreapta liniei mediane, se observă o tumoră fibroasă rotundă, de mărimea unei piese de un leu, cu marginile ridicate, cu centrul deprimat, suprafața fiind ușor lobată și având culoarea normală a tegumentelor, fără reacțiuni inflamatorii la nivelul ei. Consistența acestei formațiuni este fibroasă. Din punct de vedere al mucoaselor, al sistemului ganglionar și al organelor interne, nu prezintă nimic patologic. Din partea sistemului nervos și din punct de vedere psihic, se remarcă o timiditate și ușoară debilitate mintală, uneori echivalente epileptice, fără manifestațiuni clasice de epilepsie de când este internat. Examele serologice din sânge și lichidul cefalo-rachidian, precum și urina, normale. Biopsia unei tumorete dă următorul aspect tipic: Un număr foarte mare de foliculi piloși, în jurul cărora se văd glande sebacee abundente. Unele izolate, altele în legătură cu foliculii. Bulbii piloși dilatați prezintă în interiorul și în jurul lor, o infiltrație leucocitară cu polinucleare.

Cazul nostru are deci toate caracteristicile adenomelor sebacee tip Pringle, atât clinic, cât și isto-patologic, prezentând în acelaș timp asociația frecventă a acestei boli, cu epilepsia.

Boala aceasta până acum câțiva ani, a fost considerată ca aparținând tumorilor benigne, azi însă această concepție este combătută de școala germană în frunte cu Riehl, Jadasohn, Arzt și Fuchs, fiind considerată ca o afecțiune nevică,

dându-i denumirea de „naevus Pringle“ Neuro-psichiatria nu admite însă boala lui Pringle ca entitate dermatologică, după concepția ei, această afecțiune fiind manifestarea cutanată a unui (sindrom, numit „scleroză tuberoasă“. Acest sindrom este caracterizat prin prezența unor formațiuni tumorale fibroase în diferite țesuturi și organe: rinichi, miocard, fundul ochiului, creier, piele, mucoase. Clinic, cazurile de scleroză tuberoasă, în cazurile tipice, apar ca epilepsii cu debilitate mintală și manifestări cutanate tip Pringle, sau cu debilitate mintală fără epilepsie, ori cazuri cu simptomele unei tumori cerebrale. După Josephy, aceste varietăți aparțin grupei I. În grupa a doua clasează cazurile la care predomină fenomenele din partea organelor, la nivelul cărora se localizează formațiunile tumorale fibroase caracteristice pentru acest sindrom, astfel tumori renale în primul rând, acompaniate sau nu de fenomene psihice. În grupa a treia intră cazurile numite abortive, numai cu manifestări cutanate, sau numai cu alterațiuni ale fundului ochiului sub formă de pete albe, ori papilome în apropierea sau la nivelul nervului optic, ori cazuri fără nici o manifestare clinică, pe care le diagnosticăm numai la autopsie.

În general, pentru a recunoaște o scleroză tuberoasă, de cele mai multe ori, n'avem la îndemână, decât manifestările cutanate numite „naevus Pringle“, fibromele cutanate tip Barlov-Kofhe — ca acela de pe frunte a bolnavului nostru —, fibrome subunguiale, gingivale, vezicale și ale intestinului gros.

Scleroza tuberoasă este un sindrom relativ rar, ceva mai frecvent la bărbați, cu caracter familiar-ereditar, după tipul dominant. Consanghinitatea părinților și sfilsul par a juca un rol important.

Evoluția este variabilă, bolnavii însă rar ating vârsta de 30 ani.

Alterățiunile isto-patologice variază după localizări. Cele mai importante sunt în creier, sub aspectul unor infiltrate difuze ce pot interesa segmente întinse chiar circumvoluțiunii întregi sau numai teritorii circumscrise nodulare, constituite din proliferarea gleei fibrilare, a țesutului de susținere, fiind caracteristice celulele monstruoase ganglionare descrise de Hartdegen. Aspectul istologic al formațiunilor tumorale cutanate este foarte caracteristic, prin numărul mare de glande sebacee izolate în majoritate și în număr mai redus în legătură cu foliculii piloși, dilatarea vaselor, ce se pune în evidență mai greu, față de predominarea proliferației epiteliale de tip bazal, cu punctul de plecare dela foliculul pilos, cu trabeculele epiteliale anastomozate în varietatea Balzer și proliferarea conjunctivoscleroasă a elementului epitelial glandular în tipul Hallopeau-Leredde-Darier.

Patogenia sclerozei tuberoase se încadrează în aceea a afecțiunilor nevlice, fiind la malformațiuni din partea ecto — și mezodermului sub forma unor proliferațiuni tumorale, a căror potență malignă lipsește, cum spune Steinbliss.

Cazul acesta am ținut să-l prezentăm pentru raritatea afecțiunii numită naevus Pringle și pentru a insista asupra concepției interesante a sclerozei tuberoase, căreia în dermatologie nu i se dă importanța pe care o merită.

Prof. Dr. C. TĂTARU, Dr. L. POP, Dr. P. CIRLEA:  
**White spot disease cu cearoză vulvară.**

Bolnava M. M. în etate de 54 ani, căsătorită, de ocupație casnică.

În antecedentele heredo-colaterale nimic de remarcă, iar din antecedentele personale aflăm că bolnava a avut 6 nașteri, dintre care 3 copii i-au murit, 2 de tuberculoză pulmonară. Bol-

nava a avut prima menstruație la vârsta de 13 ani, iar de 7 ani este la menopauză. De 5 ani bolnava suferă de tulburări climacterice, însoțite de un prurit vulvar foarte rebel, însoțit de insomnie și nervozitate. La scurt interval după aceasta îi apare o eczemă perigenitală; consultă pe un medic care îi prescrie o alifie, după care eczema îi dispare, pruritul însă îi rămâne ani de-a rândul, până de prezent. De 7 săptămâni mâncărimea se accentuează din nou, totodată îi apare pe regiunea vulvară o erupțiune.

Din vara anului trecut îi apar bolnavei niște pete, localizate pe regiunea sternală, cât și pe regiunea cervico-dorsală, însoțită de o ușoară mâncărime de piele.

Bolnava intră în Clinică în ziua de 25. III. 1937.

La examenul obiectiv constatăm o bolnavă mijlociu dezvoltată și nutrită, anemică. Localizat la genitale bolnava prezintă o afecțiune caracterizată printr'un proces sclero-atrofic, având ca urmare retracția labiilor mari, cari fiind ectropionate, lasă întredeschis introitul vaginal. Labiile mari sunt retractate și diminuate ca volum, labiile mici sunt rudimentare, iar asemenea proces sclero-atrofic observăm și la clitoris.

Mucoasa labiilor mici, cât și fața internă a labiilor mari este retractată și întinsă, cu pliurile normale dispărute, proces care de altcum îl observăm că se extinde asupra întregii mucoase vulvare, până la nivelul mucoasei vaginale.

Suprafața mucoasei este în parte erosivă madidantă, având o culoare roșie vie, iar în parte prezintă pe suprafață niște formațiuni papuloase rotunde, dela mărimea unor gămălii de ac, până la mărimea unor boabe de mei, având o culoare albicioasă, opalină. Aceste leziuni leucoplasice se detașează cu greu, lăsând în urmă o suprafață erosivă, ușor sângerândă. Pe pielea labiilor mari cât și pe perineu, dealungul rafeului ano genital aflăm câteva placarde eczematoase, lichenificate. Perii dela nivelul buzelor mari sunt rarefiate, în parte rupți. Subiectiv acuză o mâncărime foarte pronunțată, însoțită și de arsuri. Bolnava are o leucoree foarte pronunțată, cu floră bacteriană mixtă.

Bolnavei i se aplică un tratament local desinfectant cu spălături vaginale, radioterapie cât și un tratament hormonal, cu foliculina Progynon B administrându-i-se zilnic câte 5000 unități i. muscular. În urma tratamentului aplicat bolnava de prezent este mult ameliorată, suprafața mucoasei vulvare este uscată, erosiunile dispărute, în parte și plăcile leucoplasice.

Pruritul este diminuat, însă mai persistă.

Bolnava prezintă pe piele o erupțiune cutanată; cu localizare pe regiunea intermamară, cât și regiunea cervico-dorsală. Această erupțiune se compune în regiunea intermamară din mici grupuri de leziuni lenticulare, dela mărimea unei gămălii de ac, până la mărimea unei boabe de fasole, leziuni cari proemină ușor din nivelul pielii, având o culoare sifidie sau porțelană. Leziunile mai vechi, pe lângă o ușoară infiltrație de bază, prezintă o mică depresiune în centru, sunt de o culoare sifidie lucioasă, cu aspectul de atrofie la acest nivel. Aceste leziuni la margine sunt delimitate de o bordură ușor proeminentă, care la unele sunt de o culoare roză și au o lizieră discretă de o nuanță lila. Dacă executăm un grataj la nivelul acestor leziuni, la unele ne reușește să detașăm o scoamă de culoare albă, groasă, aderentă de bază, care acopere întreagă suprafața leziunii, până la bordura marginală. Detașând această scvamă, suprafața leziunii apare într'o culoare roză, pe fondul căreia putem distinge cu ajutorul lupei sau chiar și cu ochiul liber o arborizație vasculară fină. Pielea dintre leziunile acestea are aspectul de piele absolut normală.

La periferia leziunilor descrise mai sus observăm niște formațiuni cornoase, cu localizare peripilară, cari se ridică din nivelul pielii, de mărimea unei gămălii mică de ac, având o culoare surie sau porțelanică.

Leziuni asemănătoare aflăm în regiunea cervico-dorsală, anume în partea dreaptă a treimii superioare a spatelui, între vertebra VII cervicală și marginea superioară a omoplatului, cât și câteva leziuni solitare în regiunea cervicală stângă. Leziunile acestea sunt mai mari decât cele din regiunea intermară, sunt mai deprimite în centru și cu aspectul mai pronunțat de atrofie. La aceste leziuni deasemenea avem o bordură mai ridicată, de o culoare roz la unele iar la altele ușor pigmentată.

Să remarcă lipsa fanerelor la nivelul acestor leziuni. Subiectiv bolnava n'acuză nimic.

La examenul radiologic al toracelui se constată calcifieri hilare și o aortită incipientă.

Metabolismul bazal normal.

Reacția Wasserman n'gativă.

Cantitatea de calciu în ser este ușor ridicată = 11,9%.

La examenul sucului gastric se constată o aclorhidrie (aciditatea totală 4, acid clorhidric liber 0).

Tabloul sângelui:

Hematii	3.830.000
Leucocite	6.300
Polinucl.	59%
Limfocite	25%
Monocite	14%
Eosinofile	11%

Bolnavei i-se face o biopsie din regiunea dorsală. La examenul preparatului colorat după Weigert și cu hematoxilina eosină, constatăm la nivelul secțiunii o îngroșare ușoară a stratului cornos, papilele subțiate și turtite. Alterațiuni profunde a țesutului conjunctiv în sensul unei proliferări și îngroșări a fasciolelor colagene. La nivelul focarului atrofic se observă lipsa totală a fibrelor elastice, pe lângă păstrarea țesutului collagen alterat. Pornind dinspre periferie din țesutul sănătos, observăm încă unele resturi de fibre elastice cari tind spre centrul atrofic, care este cu totul lipsit de fibre elastice. La periferie cât și în jurul vaselor dilatate se observă o infiltrație cu rotundo-celulare.

Pe baza acestor examinări cât și pe baza simptomelor clinice punem la bolnavă diagnosticul de White spot disease ori morfea, cu crauză vulvară.

Va trebui să facem diagnosticul diferențial cu sclerodermia adevărată în unele cazuri cu lichenul plan scleros atrofic, cu anetodermia, vitiligo cât și cu lepra formă maculoasă.

În ce privește etiologia morfeei, cauzele nu le cunoaștem. Se presupune o asociație de tulburări funcționale ale glandei tiroide, paratiroide cât și a sistemului nervos simpatic evoluând uneori pe un teren tuberculos sau sifilitic.

Alții presupun tulburări fermentative din partea stomacului, pancreasului și duodenului.

În cazul nostru, ca moment etiologic s'ar putea invoca achlorhidria și tulburările climacterice evidente la bolnava prezentată.

Dr. E. COLBAZI, Dr. A. DUMITRESCU, Dr. A. KÉRI :  
**Experiențele noastre cu „Salbi”.** (Apare în articol).

Autorii expun rezultatele bune cu un nou preparat bismutic al dlui Dr. Sonea. Dlor recomandă acest preparat ca fiind eficace, fabricat în țară și fiind mai ieftin ca celelalte preparate.

**Discuție:** Dl Dr. Cirlea confirmă rezultatele bune obținute cu acest preparat, administrat la dispensarul clinicii Dermato-Venerice, la un număr considerabil de bolnavi. D sa remarcă un fenomen curios că aproape toți bolnavii imediat după administrare a injecției, prezentau o tuse seacă, cu toate că s'au luat toate precauțiunile obișnuite la injecțiile intra musculare.

Dl Dr. Lengyel se alătură părerii antevorbitorilor observând deasemenea fenomenul de tuse, însă și la alte preparate bismutice.

## REVISTA CĂRȚILOR

**Klinik und Therapie der Herzkrankheiten** de Docent Dr. SCHERF. Wien. Ediția Springer 1936\*

Intr'o carte de aproximativ 230 pagini docentul Scherf dela Viena expune problemele cele mai importante de diagnostic și terapeutică din domeniul cardiologiei. Scrisă într'un stil clar și un limbaj simplu, ușor de înțeles chiar și pentru aceia cari nu posedă în mod perfect limba germană. Lucrarea constituie un manual admirabil pentru studenți și pentru medici practicieni.

Partea întâi se referă la SIMPTOMELE GENERALE ale afecțiunilor cardiace și în special ale insuficienței circulatorii (dispneea paroxistică cu diferitele ei manifestări, staza pulmonară și hepatică, edemele, icterul, emboliiile pulmonare etc). În afară de descrierea simptomelor, autorul discută și patogenia lor.

Partea a doua, cea mai importantă, o formează DIAGNOSTICUL afecțiunilor cardiace. Sunt trecute în revistă toate capitolele principale ale radiologiei: insistându-se mai ales asupra tabloului clinic și asupra diagnosticului diferitelor afecțiuni. Tratamentul lor este redat mai pe scurt. Dintre diferitele capitole remarcăm pe acela, care cuprinde problema anginei pectorale și a diferitelor ei aspecte, care are o dezvoltare mai largă. Capitole speciale sunt consacrate afecțiunilor cardiace în legătură cu gravitatea și cu intervențiunile chirurgicale. Autorul are întotdeauna în vedere să redea ceea ce este necesar medicului practician. Autorul nu tratează tulburările ritmului cardiac, deoarece azotemiile ar necesita un spațiu prea mare. Deasemenea lipsesc malformațiunile congenitale și afecțiunile oaselor periferice.

În partea a treia expune TERAPIA afecțiunilor cardiace trecând în revistă principalii agenți terapeutici, în special digitala și strofantina.

Subliniem încă odată cele două însușiri remarcabile ale acestei cărți: claritatea expunerii și nota practică, discuțiile teoretice fiind redade numai atunci când ele sunt absolut necesare pentru înțelegerea subiectului.

Dr. AUREL MOGA

\* Cartea se află de vânzare în România la librăria Welther Sibiu.

## CONGRESE

### Al doilea Congres Național de Radiologie și Electrologie Medicală ținut la Cluj în zilele de 21, 22 și 23 Mai 1937.

La acest congres au luat parte peste 120 medici radiologi din țară și străinătate.

Di Prof. Dr. D. Negru Președintele Congresului, asistat de Domnii Dr. Emil Bordet - Paris, Dr. Dimitrievic Dušan - Zagreb, Medic Colonel Dr. G. Giurea Președintele Societății de Radiologie Română, Agregat Dr. G. Severeanu - București și Dr. Marius Hângănuș Secretarul General al congresului, în fața unei numeroase asistențe salută pe Domnii congresiști și reprezentanții autorităților prezente, dă apoi citire telegramelor expediate M. S. Regelui Carol al II-lea și Dlui Costinescu, Ministrul Sănătății. În continuare dă cuvânt reprezentanților autorităților prezente și delegaților Societăților științifice. Vorbesc domnii: Dr. Emil Bordet delegatul Societății franceze de Radiologie și de Electroradiologie și al Comitetului Congresului anual al medicilor electro-radiologi de limba franceză, Dr. Dimitrievic Dusan delegatul Societății de Radiologie Jugoslavă, Dr. Eugen Durca Prefectul județului Cluj în numele guvernului, Dl Inspector General Sanitar Dr. S. Baritiu în numele Ministrului Sănătății, Dl Prof. Nicolae Drăgan în numele Universității și al Municipiului Cluj, Medic Colonel Dr. G. Giura în numele Societății de Radiologie Române, Dl Prof. D. Michail în numele Facultății de Medicină din Cluj, Dl Agregat Dr. G. Severeanu fost președinte al Soc. Dl Prof. E. Radu în numele Facultății de Medicină din Iași, Dl Prof. E. Țeposu în numele Societății Științelor Medicale din Cluj, Dl Prof. Cristea Grigoriu în numele Societății de Endocrinologie și Gynecologie, Dl Prof. G. Popovici în numele Societății de Pedriatie. Dlor aduc salutul în numele Instituțiilor ce reprezintă și urează bună reușită Congresului.

Dl Prof. Dimitrie Negru, Președintele Congresului după ce mulțumește tuturor pentru urările făcute declară deschis al doilea Congres Național de Radiologie și Electrologie Medicală.

Se trece apoi la deschiderea și vizitarea expoziției de aparate radiologice, de electrologie medicală și de medicamente în care remarcăm standurile: Siemens, Philips, Koch și Sterzel, Dobion, Merck, Ufarom-Egger.

După amiază la orele 15 s'a început prezentarea rapoartelor: Dl Doc. L. Daniello a prezentat raportul său despre *diagnosticul radiologic al afecțiunilor scisurale și periscisurale*. Dl Președinte Dr. G. Giurea luând cuvântul feliicită pe Dl raportor atât pentru

fondul științific al raportului cât și pentru deosebita claritate și ținuta academică a expunerii. D-sa își exprimă credința că astfel început congresul și cu atari raportori, reușita este asigurată și deplină.

Urmează al doilea raport, prezentat de D-nii Conf. Dr. E. Lazeanu, Dr. Marius Hângănuș, Dr. A. Moga despre *diagnosticul radiologic al afecțiunilor arterei pulmonare*. Raportul d-lor a fost urmat și întregit de interesanta comunicare făcută de maestrul Dr. E. Bordet, asupra *rolului mare ce-l are în diagnosticul afecțiunilor cardiace, radiokymografia*. Comunicarea a fost ilustrată de o serie de frumoase diapozitive, pe care D-sa a binevoit a le aduce cu sine.

Seara a avut loc în saloanele Cercului Militar din Cluj, o recepție oferită de D-na și Dl Prof. Dimitrie Negru în onoarea congresiștilor. În cadrul acestei recepții a avut loc o audiție muzicală la care au dat concursul D-na Prof. D. Negru, D-na și Dl Prof. Ciomac.

A doua zi Dl prof. D. Negru a prezentat raportul său asupra *Röntgenterapiei în boala lui Basedow*. Raportul a fost documentat pt. partea clinică cu cazurile tratate în clinica Profesorului Iuliu Hațieganu, de către Dl Doc. Ioan Gavrilă asistent al Clinicei.

Dl Agr. Dr. G. Severeanu a prezentat raportul al IV-lea despre *Curieterapia neoplasmelor cavității bucale*. Coraportor, Dl Doc. I. Jovin, a vorbit despre *tratamentul radiologic al adenopatiilor cervicale canceroase*.

Ultimul raport despre *rezultatele tratamentului cu unde ultra-scurte* a fost dezvoltat cu deosebită competență de către Dnii Doc. I. Bistriceanu și dr. T. Spârchez.

Toate raporturile prezentate la acest congres au fost tipărite într'un elegant volum, pe hârtie cromo, sub directa îngrijire a D-lui Dl Dr. Marius Hângănuș, secretarul General al Congresului.

Seara a avut loc un banchet în saloanele Automobil-Clubului Regional Cluj, la care au participat aproape toți congresiștii.

În afară de rapoartele prezentate s'au făcut în ziua a treia a congresului foarte interesante comunicări, majoritatea ilustrate de proiecțiuni de către Domnii: Dimitrievic Dusan — Zagreb, Dr. Ladislau Rosa — Budapesta, Dr. E. Weisenberg — Wien, Dr. M. Atanasiu, — Berlin, Doc. I. Bistriceanu, Dr. C. Berariu, Ing. Balcu, Dr. Simion Ciomac, Conf. Dr. N. Dabija, Dr. Dimitriu Arsenie, Dr. Dobrescu—București, Dr. M. Eliescu, Bacău, Dr. G. Gatoschi, Dr. Victor Gherman, Dr. E. Graur—Cluj, Dr. M. Hângănuș, Dr. I. Herskovits, Dr. S. Herscovici, Dr. Koleszar Ladislau, Dr. A. Lambescu, Dr. Maier Beno, Dr. Oscar Meller, Dr. Vasile Nicolescu—Reghin, Dr. Ioan Popescu Cluj, Dr. Ioan

Pop, Doc. Dr. P. Leonida—București, Dr. Pop Leonida—Cluj, Dr. Popescu Ștefan—Sibiu, Dr. Prăgoiu Ioan, Dr. Alex. Rădulescu și D-șoara Dr. G. Dragoteanu, Dr. V. Rusu Cluj, Dr. S. Sfințescu, Dr. Eugen Suci, Dr. Traian Vasulescu, Dr. Bertalan Tarjan, Dr. Ursache Tg.-Mureș, Dr. D. O. Vasiliu, București, Ing. Zikely Ernest.

S'au vizitat în această zi inst. Radiologic al D-lui Prof. Dim. Negru, Clinica Medicală a Profesorului Iuliu Hațieganu, Clinica Neurologică a Profesorului Ioan Minea, Centrul Radiologic al Ministerului Sănătății de sub direcția D-lui Prof. Dimitrie Negru unde domniile congresiști au putut vedea între altele și un aparat Röntgen construit în întregime în acest atelier. S'a vizitat de asemenea și Inst. de Cancer, unde Dl. Doc. Dr. C. Stanca a făcut să se ruleze un interesant film documentar.

La orele 18 Dl. Prof. Dr. D. Negru asistat de Dnii Med. Col. Dr. G. Giurea, Dr. Hângănuș, Secretarul General al Congresului și Dr. St. Preotesoiu, după ce a mulțumit congresiștilor pentru participare și prețiosul concurs dat pt. buna reușită a congresului, a dat citire următoarei moțiuni, care a fost aprobată în unanimitate :

Moțiune. Se propune și se aprobă următoarele :

1. Congresul viitor științific va avea loc peste 2 ani la Iași sub președinția D-lui Prof. E. Radu.

2. Programul acestui congres va fi alcătuit de către comitetul local de organizare din Iași în colaborare cu Soc. de Radiologie și Electrologie din România.

3. Constatând că unele deziderate cu caracter științific formulate la congresul profesional dela Timișoara din 1935, nefiind încă satisfăcute, și le asumă și roagă autoritățile în drept să binevoiască a le realiza. Aceste deziderate sunt :

a) Crearea unei catedre de radiologie și electrologie medicală la Facultatea de medicină din București.

b) Instituirea cursurilor de specializare în radiologie și electrologie medicală la Facultățile de medicină.

4. Pentru chestiunile profesionale urgente Soc. de Radiologie din România este însărcinată a fixa data, localitatea și programul celui de al doilea congres profesional.

A patra zi o parte din congresiști sub conducerea D-lui Dr. M. Hângănuș au făcut o excursie la Stâna de Vale, unde pe lângă pitoreasca pozițiune a acestei localități, una din cele mai frumoase stațiuni climatice ale Ardealului, au putut admira realizările demne de laudă făcute într'un timp foarte scurt de către neobositul creator, Excelența Sa Arhiepiscopul Frențiu al Oradiei. S. Sa a avut și gentileja de a socoti pe congresiști, ca oaspeți personali.

Cu-trenul de a doua zi participanții împreună cu D-na și Dl. Dr. E. Bordet au plecat spre București.

Dr. ST. PREOTESOIU

## INFORMAȚIUNI

A APĂRUT: **MEDICINA LEGALĂ** în conformitate cu dispozițiunile Codului Penal și ale Procedurii Penale Regele Carol al II-lea, de: *Profesor Dr. M. Kernbach*, cu 207 figuri (10 în culori). — 744 pagini. — Prețul Lei 520. — De vânzare la toate librăriile din țară și la administrația Universității Cluj.

**Congresul Internațional al Insuficienței hepatice**, va avea loc în zilele de 16—18 Sept 1937 la Vichy (Franța) sub președinția dlui Prof. Loeper. Acest congres va fi precedat de *Congresul Internațional de Gastro-Enterologie*, care va avea loc la Paris în zilele de 13, 14 și 15 Sept. 1937. Pentru orice informațiuni, a se adresa: Dr. I. Pavel, Str. V. Lascăr 18. București.

### Două premii de câte 10.000 Lei Fondul Jonel N. Iliescu, Cluj

Banca Iliescu S. A. Cluj ca administratoare a fondului »Jonel N. Iliescu« publică concurs pentru acordarea a două premii în valoare de câte 10.000 Lei fiecare. Solicitorii trebuie să întrunească următoarele condițiuni :

1. Premiul I. de 10.000 Lei se va acorda celui mai bine clasificat la diligență și purtare dintre absolvenții români ai Școlii Superioare de Comerț din Cluj, care s'a dedicat comerțului practic și exercită comerț pe cont propriu având firma înregistrată.

2. Premiul al doilea de Lei 10.000 se va acorda acelui medic român care a publicat în cursul anului 1936 cea mai bună lucrare despre maladiile de oase de felul »POTT« de care a suferit defunctul în viață.

Solicitorii vor înainta cererile însoțite de dovezile cerute Direcțiunei Băncii Iliescu S. A. din Cluj până la data de 1 August 1937.

Se notează că premiile de acest fel se acordă în fiecare an. Acordarea premiilor se va face de către Direcțiunea Băncii, care va cere avizul Direcțiunei Școlii Superioare de Comerț din Cluj, și a unei comisiuni de medici.

BANCA ILIESCU S. A. CLUJ  
ss. Victor Iliescu  
administrator delegat unic.