

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Facultatea de Medicină din Cluj — Clinica oto-rino-laringologică
Profesor: Dr. G. BUZOIANU

SINDROM VERTIGINOS OTOLITIC ÎNSOȚIT DE NISTAGM DE POZIȚIE

de:
Prof. Dr. G. BUZOIANU
și
Dr. E. SALAMON

Vertijul auricular constituie în clinică un simptom pe care-l întâlnim în numeroase afecțiuni. Unele din aceste afecțiuni sunt locale interesând aparatul auditiv în unul din cele trei componente anatomo-topografice ale sale (ureche externă, ureche mijlocie, ureche internă) sau în toate trei concomitent; alte afecțiuni sunt distanțate de aparatul auditiv, însă acționează asupra lui pe cale circulatorie sau nervoasă influențând partea posterioară a urechii interne, adică porțiunea a cărei alterare funcțională sau anatomică poate produce vertijul.

Vertijul auricular este datorit unei turburări în funcțiunea vestibulului.

Acest vestibul este constituit din partea posterioară a urechii interne. El cuprinde cele trei canale semicirculare: extern, posterior, anterior și două formațiuni anatomice cuboide cari poartă numele de utriculă și saculă. Întreg acest aparat vestibular primește un nerv special, nervul vestibular, care împreună cu nervul coclear sau acustic formează cea de a opta pereche sau nervul auditiv. Nervul vestibular nu servește însă deloc la audiere. Pentru audiere nu servește decât labirintul anterior sau cocleea sau melcul și nervul coclear. Acest labi-

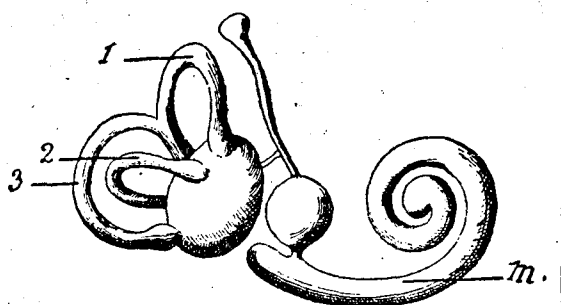


Fig. 1.

Labirintul membranos

1, 2, 3: canale semicirculare, m: melcul.

rint anterior constituie de fapt adevărata ureche internă, adică adevăratul aparat care recepționează undele sonore și le transmite la centrul cortical.

Vestibulul sau labirintul posterior este un organ cu o funcțiune complet diferită de funcțiunea auditivă, deși acest organ este atașat aparatului auricular. Vestibulul servește funcțiunea echilibrului, este deci un aparat care contribuie la starea organismului de unde și numele de labirint static, sau labirint posterior sau vestibul.

La om vestibulul sau labirintul posterior este un organ în plină regresie. El are o importanță fiziologică mai mare cu cât coborâm mai jos în scara zoologică, cu deosebire la animale care se deplasează în medii fluide: peștii și păsările. Peștii lipsiți de vestibul pot înota însă cu mare dificultate; nu mai descriu direcții pe cari să fie absolut stăpâni; se răstoarnă sau se răsucesc adesea. Păsările deasemenea își desfac aripile însă nu mai pot zbura.

La om funcțiunea vestibulară distrusă, este repede compensată prin alte organe cari produc reflexe extra-vestibulare regulatoare ale tonusului muscular. La om vestibulul nu constituie un organ indispensabil, iar lipsa lui este repede înlocuită în așa fel încât omul nu prezintă nici o turburare specială spontană când labirintul posterior este complet distrus.

Constituția histologică a vestibulului este aceea a unui aparat sensorial și există între această constituție histo-anatomică vestibulară și structura organului sensorial al lui Corti, (situat în coclee sau labirintul anterior acustic) o analogie care impresionează. Cu toate acestea pe când aparatul coclear adică labirintul anterior își are un centru cortical, aparatul vestibular sau labirintul posterior pare că este lipsit de acest centru, căile vestibulare centrale fiind încă necunoscute, deși experiența și clinica pledează pentru faptul că ele ar atinge hemisferele (Musckens, Spiegel, Delmas-Marsallet).

Căile nervoase vestibulare sunt însă mai dezvoltate la vertebralele inferioare (calea vestibulo-spinală și fasciculul longitudinal posterior care cuprinde calea vestibulo-mezencefalică, sunt mai dezvoltate ca la om). Este deci natural ca acestei regresii anatomice la om să-i corespundă și o regresie în funcțiune.

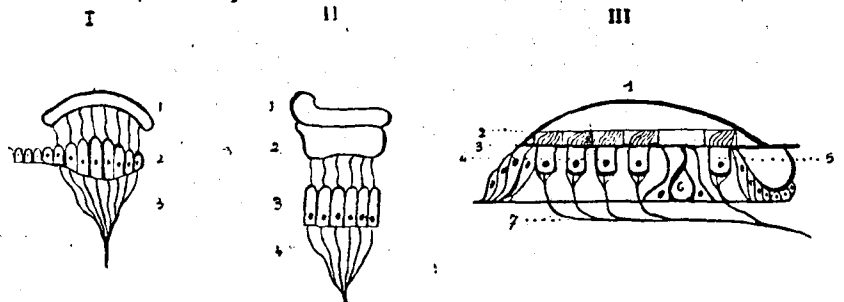


Fig. 2.

Schema organizării elementare a unei creste ampulare, a unui organ otolitic și a organului lui Corti (Bonain).

- I. Cresta ampulară 1. cupula 2. celule ciliate 3. fibrile ale nervului ampular.
- II. Organul otolitic 1. membr. otolitică 2. masa gelatinoasă otolitică 3. celule ciliate 4. fibrile ale nervului utricular s. sacular.
- III. Organul lui Corti: 1. tectoria, 2. membr. sa vibrantă, 3. membr. reticulată 4. celule ciliate externe, 5. celulă ciliată internă, 6. tunelul lui Corti, 7. fibrilele nervoase ale nervului coclear.

În adevăr turburările în funcțiunea vestibulară nu se manifestă decât atunci când o cauză patologică este în plină acțiune. Din moment ce vestibulul a fost disiruz, supleanțele funcționale (sistem nervos, ochi, sensibilitatea tactilă) intră repede în acțiune. Nu se mai constată nici un semn spontan al acestei distrugerii. Mai mult: pentru că simptomele turburării funcționale vestibulare să fie aparente, să fie constatabile în clinică trebuie ca turburarea funcțiunii vestibulului să se producă cu oarecare intensitate. O cauză care distruge vestibulul lent nu produce adesea nici o turburare sensibilă clinic. Când însă distrucția vestibulului se face brusc, când deci cauze patologice produc un dezechilibru masiv în funcțiunea vestibulară, atunci simptomele turburării funcționale vestibulare sunt sensibile. Așa se explică de ce uneori găsim vestibule care abia mai au un rest de funcțiune și totuși bolnavul nu a acuzat niciodată nici o turburare care să fie pusă în legătură cu starea patologică vestibulară: pentru că distrugerea funcțiunii vestibulare s'a făcut progresiv, însă foarte lent. Din contra întâlnim aparate vestibulare a căror funcțiune este puțin diminuată, dar turburările spontane sunt evidente (vertij, turburări ale echilibrului) acolo unde cauzele patologice produc un dezechilibru brutal, prin acțiune masivă.

Iată pentru ce și la sănătoși și la bolnavi suntem obligați pentru a putea aprecia starea de sănătate sau de boală a aparatelor vestibulare să întrebuijm diferite metode de excitațiune a funcțiunii lor, excitațiune care nu corespunde stărilor fiziologice normale.

Lucrările ultimului timp arată că în domeniul patologiei, labirintul posterior sau vestibulul prezintă un mare interes. Când funcțiunea sa este turburată și când așa cum am arătat mai sus cauza patologică acționează ceva mai intens, turburările spontane care apar în legătură cu această funcțiune vestibulară sunt:

1. vertijul
2. turburările de echilibru.

Nu ne vom ocupa special de cel de al doilea simptom; de turburările de echilibru. Vom spune numai că ele pot să se manifeste la nivelul globilor oculari sub formă de nistagmus, la nivelul membrelor inferioare sub formă de deviație în mers sau de cădere, în poziție verticală (semnul lui *Romberg* care se modifică după poziția capului).

Ceeace cu deosebire ne interesează în rândurile de față este vertijul produs printr'o turburare în funcțiunea vestibulului. Se știe ce este vertijul: o senzație subiectivă falsă de mișcare liniară sau rotatorie a însăși bolnavului sau a obiectelor inconjurătoare. Impresiunea aceasta sensorială este eronată deoarece nu corespunde nici unei mișcări reale, care să aparțină pacientului sau obiectelor din jur. Vertijul este adesea însoțit de fenomene vaso-motorice: greață, paloare, transpirație, modificări ale pulsului, care se explică prin apropierea nucleilor pneumogastrici cu nucleii vestibulari.

Vertijul auricular este numit în clinică încă vertijul lui Menière. Menière este primul care a constatat raporturi ana-

tomo clinice între vertij și labirint (1861). El a găsit la o bolnavă tânără sucombată în câteva zile, în urma unei maladii însoțită de vertij, hemoragie în canalele semicirculare. Moartea bruscă a acestei bolnave permite ipoteza diagnosticului retrospectiv a unei meningite fruste cerebro-spinale însoțită de labirintită. De atunci sindromul de hemoragie labirintică s'a numit boala lui Menière, într'o accepțiune mai largă orice vertij auricular apoplectiform s'a numit sindromul lui Menière.

Vertijul auricular cunoscut până la lucrările lui *Magnus, Klejn și Quix*, esta acela care se raportează la o turburare funcțională, care privește întregul labirint posterior, adică întregul vestibul sau mai bine zis funcțiunea globală vestibulară. Dela lucrările acestor autori însă în interiorul aparatului vestibular se deosebesc astăzi două porțiuni deosebite: aparatul semicircular, care cuprinde cele trei canale semicirculare și ampulele lor și aparatul otolitic compus din utriculă și saculă. Deosebirea actuală se face mai ales din punct de vedere fiziologic și patologic, deosebirea anatomică fiind evidentă de mai multă vreme.

În adevăr se consideră azi vertijul auricular obișnuit așa cum am amintit în turburările funcțiunii vestibulare ca aparținând cu deosebire unei stări patologice a aparatului semicircular.

Utricula și sacula formând împreună ceace denumim *aparat otolitic* sunt capabile și ele să producă vertij sau turburări de echilibru însă de o cercetare clinică mai delicată și de o intensitate mai mică, mai atenuată.

Prin urmare vertijul auricular poate fi datorit turburării funcționale a două sisteme organice diferite:

1. *vertijul legat de o alterare a aparatului semicircular sau de o alterare a funcțiunii globale vestibulare.*

2. *vertijul datorit unei alterări care vizează numai aparatul otolitic.*

Faptul că atunci când întreaga funcțiune vestibulară este deficientă obținem un vertij identic cu vertijul sistemului semicircular, ca și cum acesta ar fi turburat izolat în funcțiunea sa, ne îndreuește să considerăm că importanța canalelor semicirculare apare funcțional mai mare decât aceea a aparatului otolitic.

Aparatul otolitic nu-și manifestă autonom suferința decât atunci când este alterat singur; imediat ce se adaugă alterării otolitice o alterare a aparatului semicircular, simptomele vestibulare apar ca și când numai acest ultim aparat este bolnav. Tabloul clinic al alterării semicirculare acoperă eventualele simptome otolitice, care se pierd și nu pot fi făcute perceptibile decât numai când deficiența semicirculară este neînsemnată.

Un alt argument în sprijinul ideii că aparatul otolitic este mai puțin important funcțional este faptul că

turburările legate de o alterare otolitică sunt mai greu cercetabile în clinică, din cauza evoluției sale mai benigne.

Unul din noi în volumul »*Elemente de otologie*»¹⁾ a arătat pe cât posibil mai sistematizat caracterele clinice ale vertijului auricular legat de o alterare a funcțiunii vestibulare globale. Ne îngăduim în rândurile de față cu ocaziunea unei bolnave în vârstă de 39 de ani admisă în clinica O. R. L. din Cluj în cursul anului acestuia să insistăm asupra caracterelor particulare pe cari le are vertijul legat de o alterare localizată preponderent sau izolat asupra aparatului otolitic.

Funcțional se admite azi (*Magnus și Klejn*) că aparatul otolitic servește pentru echilibrul static, pe când aparatul semicircular pentru echilibrul cinetic. Vertijul semicircular are caracterul de a da iluzia de mișcare rotatorie (cel mai frecvent vertij auricular, impresia rotatorie în acelaș sens cu bătaile rapizi ale nistagmusului) pe când în vertijul otolitic această senzație rotatorie este mult mai atenuată sau este net liniară.

După cum pentru a ne fixa dacă un vertij este sau nu auricular (funcțiunea vestibulară globală) este necesar să studiem funcțiunea vestibulului (cercetarea semnelor vestibulare, spontane sau provocate — proba calorică, rotatorie) tot astfel pentru a preciza dacă un vertij este otolitic este necesar să cercetăm prezența semnelor otolitice obiective asociate. — Vertijului otolitic fiind datorit unei turburări în funcțiunea otolitică, turburarea funcțională otolitică se va însoși și de alte semne clinice a căror prezență simultană cu un vertij îi fixează acestuia originea. — Cari sunt aceste semne obiective asociate?

În primul rând nistagmul de poziție. În al doilea rând turburările de tonus ale mușchilor membrelor puse în evidență relativ recent de *Quix*.

Ce este nistagmusul de poziție? Nistagmusul de poziție este un fenomen ocular particular demonstrat în prezent că își are originea în turburarea funcției otolitice; el consistă într'o tremurătură oculară care apare numai în anumite poziții imprimare capului, totdeauna aceiași pentru un anumit bolnav. Imediat ce această poziție imprimată încetează, nistagmusul încetează. Nistagmusul otolitic de poziție este însoțit de vertij de poziție; sau de o accentuare a vertijului dacă el preexistă pozițiunii particulare a extremității cefalice. Nistagmusul și vertijul de poziție se reproduc, ori de câte ori se reproduce poziția primă. În clinică examinarea se face în modul următor: se înclină ușor capul în față, în spate, ori lateral, cercetând dacă în una din aceste înclinări apare sau nu un nistagm și

dacă bolnavul acuză o senzație de vertij. Pentru ca nistagmusul de poziție să fie considerat în mod cert în legătură cu alterarea funcțiunii otolitice trebuie să împlinească pe lângă calitatea de a se reproduce indefinit la poziția dată și calitatea de a perzista sau reproduce în aceeaș poziție a capului, independent de poziția pe care o are corpul în spațiu. Dacă prin urmare într'o înclinare la stânga a capului, corpul fiind situat vertical apare un nistagm de poziție, acest nistagm dacă este legat de o alterare otolitică trebuie să apară și atunci când pacientul este situat în decubitus lateral stâng. Altfel nistagmul care se modifică atunci când schimbăm situația corpului este considerat în legătură cu o turburare a reflexelor musculo-articulare cervicale (*Magnus, Klejn*).

Sunt unele nistagme care apar în unele înclinări cefalice și care sunt totuși în legătură cu o turburare a aparatului semicircular. Acestea spre deosebire de nistagmele otolitice apar imediat ce se înclină capul, nu durează decât foarte puțin și nu se pot reproduce la infinit. Acelaș fapt caracteristic pentru vertijul ampular. Nistagmusul otolitic apare în înclinarea capului câteva secunde (5—15) după ce poziția a fost efectuată și se menține cât timp durează această poziție.

Tot în legătură cu turburările de echilibru al globilor oculari în raport cu funcțiunea otolitică alterată se poate cerceta fenomenul de contrarotație a ochilor (*Gegenrollung*-ul), fenomen însă mai delicat de apreciat, pentru care se cere dealtfel un apareiaj de care clinica O. R. L. din Cluj încă nu dispune.

În fine turburarea funcțiunii aparatului otolitic se mai poate manifesta la nivelul membrelor superioare prin modificările de tonus muscular pe care le reproduce. *Quix* din Utrecht a studiat amănunțit modul cum aceste turburări se produc și felul cum ele trebuie studiate în clinică. Admitem astăzi că utricula

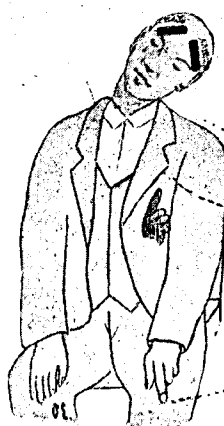


Fig. 3.
Hiperexcitabilitate saculară stângă.



Fig. 4.
Inexcitabilitate saculară stângă.

¹⁾ Prof. GH. BUZOIANU: *Elemente de Otologi*. Cluj 937 un volum 504 pagini 207 figuri.

acționează tonusul adductorilor și al abductorilor (cu toate că pentru *Benjamin* mai recent sacula ar avea un rol nu static, ci acustic pentru șgomote, ipotetic încă). În clinică explorarea excitațiilor sau pareziilor aparatului otolitic consistă în cercetarea semnului indexului în plan sagital (sagita-sacula) sau orizontal (lapillitricula), capul fiind așezat în anumite poziții optime sau minime pentru acțiunea pe care otoliții o au asupra tonusului unui anumit grup muscular.

Natural nu vom reda în aceste rânduri tehnica acestei explorări care intră în domeniul strict al specialității oto-neurologice. Reamintim că în »Elemente de otologie« tipărit de unul din noi recent, ea este rezumată astfel să poată servi medicului care dorește să se documenteze asupra ei. În excelenta carte a lui *Rigaud* »Le labirinte« *Baillière* 1935, în cartea lui *Baldenweck* »Exploration clinique de l'appareil vestibulaire« 1928 tehnica explorării aparatului otolitic este foarte bine redată.

În clinica O. R. L. din Cluj alături de explorarea funcțiunii globale vestibulare în cazurile în care funcțiunea labirintului posterior trebuie cercetată și pentru care încă din 1934 am întocmit o foaie de observație clinică tip (am tipărit-o și în Revista Științelor O. R. L. din Cluj cu ocazia publicării unui caz de sindrom vestibular tip Eagleton¹⁾), medicii care lucrează în clinică sunt în prezent familiarizați cu modalitatea tehnică a explorării funcțiunii otolitice. Această explorare nu intră evident în cauză decât în împrejurările în care se simte nevoia cercetării funcționale separate a sistemului otolitic. Aceste împrejurări survin cu deosebire în fața unui vertij căruia nu-i se poate atribui o cauză nervoasă.

În prezența unui vertij, diagnosticul originii auriculare este simplu în numeroase cazuri când urechea este sediul unei afecțiuni în mod clinic prea evidentă (otorei cronice, otite catarale, etc.). Când însă leziunea otică este latentă, când afecțiunea labirintică este puțin pronunțată, diagnosticul poate întâmpina multiple dificultăți. Drept metodă de orientare clinică pentru găsirea relațiunii de cauză la efect între labirintul vestibular și vertij; în clinica O. R. L. din Cluj se urmează următoarea conduită:

1. *examenul labirintic* (coclear și vestibular-aparatul semicircular, aparatul otolitic). 2. *examenul sistemului nervos*, 3. *examenul organic general* (aparatul cardio-vascular, renal, gastro-intestinal, sifilisul, ureea, uricemia, tensiunea arterială).

Dacă notăm o hipofuncțiune labirintică asociată

¹⁾ Prof. G. BUZOIANU și Dr. SALAMON: Sindrom tip Eagleton într'un caz de tumoră ponto-cerebeloasă. Revista științelor oto-rino-laringologice No. 1 Ianuarie 1937. Cluj.

unei otopatii a urechii medii, examenul neurologic și general medical poate fi superfluu; otopatia urechii mijlocii explică labirintita vestibulară, generatoare a vertijului (cu toate că poate exista concomitent o cauză nervoasă sau medicală).

Dacă am stabilit turburarea funcțională vestibulară, iar auricular nu găsim nici o otopatie susceptibilă să explice labirintita posterioară, recurgem la examenul neurologic și medical organic pentru fixarea neuropatiei sau organopatiei cauzale (tensiune arterială, sifilis, nefrită, etc).

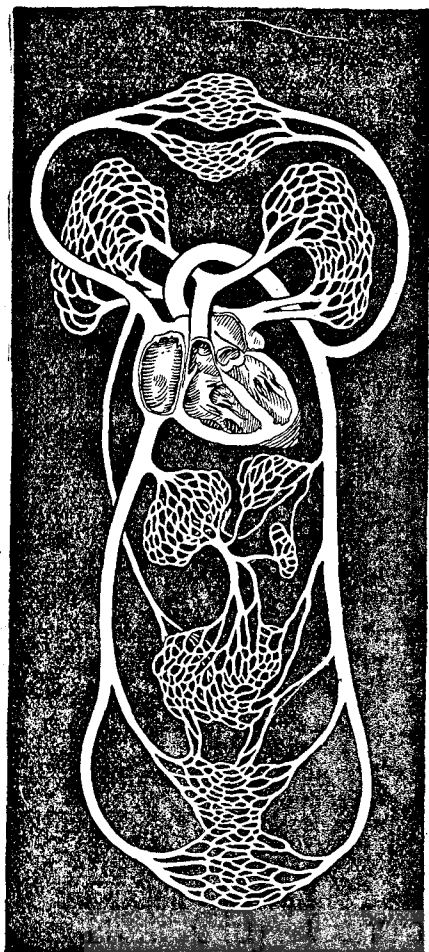
Vertijul datorit unei origini vestibulare centrale neurologice prezintă unele caractere speciale notate rezumativ de profesorul *Buzoianu* în »Elemente de otologie« (pag. 371). *Isaac Jones* este acela care s'a ocupat foarte mult și recent profesorul *Barré* din Strassbourg (congresul O. N. O. 1937. Revue d'O. N. O. Mai 1937) cu stabilirea caracterelor simptomatice vestibulare, a leziunilor centrale.

Când un pacient se plânge de vertij, prima grijă a noastră este să cercetăm existența sau inexistența unui nistagmus spontan și să-i studiem caracterele. Cine vrea să abordeze studiul vertijului labirintic și să-l diferențieze de vertijul care însoțește turburările centrale este obligat să aprofundeze semiologia nistagmusului vestibular care constituie un element de diagnostic fundamental pentru înțelegerea labirintitelor.

Iată acum observațiunea clinică a bolnavei Zs. M. care prezintă o labirintită otolitică predominantă-asociată cu o labirintită cocleară dreaptă. Intră în clinică în 22 I. 1937.

Femea de 39 ani, căsătorită. Tatăl mort de febră tifoidă, mamă-sa este sănătoasă. A avut 10 frați dintre cari 4 au murit în copilărie, 6 trăiesc și sunt sănătoși. Neagă orice îmbolnăvire în trecut. Menstruată la 12 ani, perioadele îi sunt regulate. A avut 7 faceri și un avort spontan acum 7 ani, de atunci n'a mai rămas gravidă. 6 copii îi trăiesc, sunt sănătoși, unul mort de meningită cerebro-spinală (?) la 2½ ani. Soțul este sănătos. Ultima menstruație la 2—5 Ianuarie. De aproximativ 7 ani nu vede bine cu O. D.

Boala actuală datează din ziua de 5 Ian. 1937, când dimineața trezindu-se din somn are o pocnitură puternică în U. D. și vrând să se scoale din pat nu reușește fiindcă amețește puternic: simte că ea însăși cât și obiectele din jur se învârt, nu poate preciza cu siguranță, dar crede că spre stânga. Concomitent are și greață și a vărsat de mai multe ori și încearcă niște văjăituri în U. D. care le aseamănă cu șgomotul ce se percepe într'o sală cu mașini. Vărsăturile veniau mai ales când vroia să se scoale din pat. Această stare gravă o ține 3 zile în care timp nu se poate alimenta deloc. Un medic consultat îi recomandă fbl. monotrean după care amețeala mai încetează ceva, încât acuma se poate scula din pat. Vertijul persistă și actualmente dar devine din ce în ce mai atenuat. Dela data îmbolnăvirii a remarcat că nu mai aude nimic cu urechea dreaptă. Bolnava declară că în prețuia îmbolnăvirii a mâncat



La îmbolnăviri ale circulației,

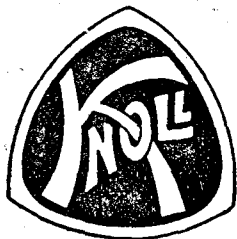
însoțite de

insuficiență a miocardului;
angiospasmе,
hipertensiune,
edeme,

se va prefera pentru terapia cu teo-
bromină

Calcium-Diuretina «Knoll»

deoarece componenta calciu mărește
efectul Diuretinei și face medicațiunea
și mai bine suportabilă.



Rp. Tablete Calcium-Diuretină «Knoll» à 0,5 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăți.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă.
Tabletele se vor lua topite în puțină apă.

KNOLL A.-G., Fabriци de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen-Rin.

București III. Strada Atena 29

conserve de pești și cremă de gelatină. Vine la clinică îndrumată fiind de medicul care a văzut-o și tratat-o acasă.

La examenul clinic oto-rino-laringologic găsim următoarele: Rinoscopia anterioară și posterioară: deviația septului nasal cu creastă inferioară dreaptă, nimic patologic în rino-faringe și coane; la fel la faringo-laringoscopie și timpanoscopie.

La examenul coclear:

Urechea dreaptă: audifia aeriană este zero transmisiunea osoasă deasemenea zero — cu fals Rinne negativ (Lermoyez — Hautant) Weber lateralizat la stânga.

Urechea stângă: V. Ș. peste 5 m.; Orologiul: 1 m.; Schwabach 35^o Rinne pozitiv.

La examenul aparatului vestibular:

1. NISTAGMUS SPONTAN. Fine bătăi nistagmice bilaterale (gr. I). Capul aplecat 30° (sau trunchiul în întregime) în dreapta ori stânga nistagmusul se accentuează mult și devine rotator, dirijat în partea unde capul este aplecat. Concomitent apare vertij. Nistagmusul și vertijul apar după o latență de 10'' și dispar după 10'' readucând capul la poziție verticală.

2. INDICAȚIUNEA (BÁRÁNY) în poziția verticală a capului negativă. Capul fiind aplecat 30° la dreapta: mâna dreaptă rămâne pe loc, stânga deviază în afară. Capul aplecat 30° la stânga: mâna stângă pe loc; dreapta deviază în afară.

3. ROMBERG deviere în dreapta independentă de poziția capului.

4. PROBA VOLTAICĂ (Cl. Psihiatrică) normală.

5. PROBA CALORICĂ. URECHEA DREAPTĂ: 10 cmc. apă 28° C. nistg. spontan dr. anihilat după 10 sec., cel stâng accentuat (orizontal-rotator gr. II). Injectând 10 cmc. apă 28° C după injectarea prealabilă în U. S. a 30 cmc. care a dat o anihilare a nistg. spontan stg. 60°, nistg. stg. reapare la 30 sec. Excitația nu se poate provoca în poziția II Brünings: nistg. drept nu se anihilează nici cu 100 cmc. apă 22°C. În poz. III Brünings nistg. devine rotator. Ambele indexe deviază în dreapta.

URECHEA STÂNGĂ 10 cmc apă 28°C nistg. spontan stâng se anihilează, cel drept devine orizontal-rotator de gr. II. Injectând 10 cmc. după inj. U. D. 50 cmc. care a dat o anihilare pt. 75'' a nistg. spontan drept, nistagmusul în dreapta reapare după 35''. În poz II Brünings nistagm. stg. nu se anihilează nici cu 100 cmc. apă 22°C (fiindcă apare cel de poziție). În poz. III nistg. devine rotator. Ambele indexe deviază în stânga.

6. PROBA ROTATORIE (10 rot. în 20 sec). U. D.: Nistg. spontan drept este accentuat (gr. II) timp de 10 sec., cel stâng nu este complet anihilat.

U. S.: Nistg. spontan stg. se accentuează (gr. II) cel drept rămâne complet anihilat 25''.

Nu se produce vertij la rotație.

Examenul urinei pentru albumină, zahăr și puroiu — negativ. Sânge: reacția Wassermann negativă.

Lichid cefalo-rachidian: Pandy și reacția Wassermann negative.

Examenul medical general nu găsește nici o modificare patologică.

La examenul oftalmologic (Prof. Michail): O. D. miopie forte (> 20 d.) și conus miopic larg cu ambliopie consecutivă (1/60). Leziune congenitală. O. S. normal.

La examenul neurologic (Prof. Urechia): Nu se găsește nimic care să pledeze pentru o tumoră ponto-cerebeloasă, tumoră acustică sau scleroză în plăci.

Din analiza acestei foi de observații reținem: Un nistagmus care apare ori de câte ori punem capul în anumite poziții, care ține câtă vreme capul își păstrează această poziție, apare după un timp de latență de aproximativ 10'' și dispăre după tot atâta timp când capul este readus în poziția verticală, se asociază de vertij. O deviație a indexului în plan orizontal când capul este aplecat pe umărul din partea opusă. La probele instrumentale ușoară hipoexcitabilitate calorică și rotatorie bilaterală, cea rotatorie mai accentuată în dreapta. Proba voltaică normală. Desființarea totală a funcțiunii auditive la urechea dreaptă. Examenul neurologic negativ, lipsesc semne de asociație de leziuni nervoase. Diagnosticul este evident: o turburare în funcțiunea aparatului vestibular periferic, adică o labirintită vestibulară bilaterală asociată în dreapta de o labirintită anterioară sau cocleară totală apoplectică. Aceasta este punctul unde după cum am văzut mai sus, trebuie de cele mai multe ori să ne limităm diagnosticul deoarece suferința globală a vestibulului și suferința canalelor semicirculare cu ampulelelor se manifestă prin aceiași simptome clinice. Astfel atunci când lângă canalele semicirculare suferă și aparatul otolitic, în cele mai multe cazuri suferința acestui din urmă aparat nu va putea fi depistată, deoarece nu se manifestă prin semne proprii. La cazul observat de noi însă lângă semnele suferinței vestibulului semicircular, semnele suferinței vestibulului otolitic sunt evidente, ele fiind cele care predomină tabloul clinic în momentul examinării bolnavei. Băzându-ne pe semnul deviației indexului alui *Quix* am putea merge și mai departe cu diagnosticul nostru, putând localiza turburarea funcțională la nivelul saculei, a cărei otoliți: sagittale acționează asupra tonusului mușchilor adductori și abductori, producând astfel turburarea de indicație în planul frontal.

În ce privește etiologia cazului nostru cea mai verosimilă pare a fi intoxicația acută și masivă probabil alimentară, care a interesat ambele vestibule mai ales partea lor otolitică. În dreapta datorită unei predispoziții patologice probabil s'a supraadăugat o apoplexie labirintică, care a dominat debutul bcalei și datorită căreia bolnava a rămas cu o distrugere funcțională totală a cocleei sale.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA POSSIBILITĂȚILOR ACTUALE DE DIAG- NOSTIC IN TUMORILE INTRACRANIENE

De :
Agregat Dr. D. PAULIAN și Docent Dr. LEONIDA POPP

Dacă în unele tumori cerebrale, ca de exemplu în tumorile acusticului, semnele clinice sunt de multe ori sigure, în multe cazuri de tumori cerebrale aceste semne sunt necaracteristice sau simulează o localizare de distanță.

Astfel *Flügel* dela Clinica Neurologică din Leipzig, a publicat o statistică de 1500 cazuri, între cari a găsit prin examen encefalografic făcut pe cale suboccipitală în 10% tumori intracraniene la indivizi cari clinicește prezentau semne de neurastenii, de depresiune, de scleroză multiplă incipientă etc. fără ca în anamneză sau la examenul neurologic și oftalmologic să prezinte vreun indiciu pentru tumoră cerebrală.

Bazat pe această statistică, *Flügel* susține, că la toți bolnavii de nervi, la cari nu poate fi stabilit un diagnostic neurologic sigur, să ne gândim la posibilitatea dezvoltării unei tumori cerebrale. Orice leziune organică, cât de mică, chiar și microsimptome, ca de exemplu o mică diferență a reflexelor abdominale, este după acest autor suspectă.

Dacă *Flügel* este de părere că în toate aceste cazuri să se facă, pentru precizare, o encefalografie pe cale suboccipitală, aproape toți autorii consacrați ca *Stenvers*, *Schüller*, *Mayer*, *Olivecrona*, *Farberov*, etc., cer, ca întâiu să se procedeze la examenul radiologic al craniului și numai în caz de nevoie la ventriculografie, encefalografie, ori eventual arteriografie.

Credem, că acest punct de vedere este cel exact și facem mai jos un scurt rezumat al principalelor simptome radiologice de explorare ale craniului, urmat de o scurtă critică a acestora și a celorlalte metode de explorare.

Examenul radiologic al craniului ne dă semne indirecte nelocalizatoare, semne indirecte localizatoare și semne directe localizatoare de tumoră. Unele din semnele aparținând grupului al doilea și al treilea ne indică și caracterul histopatologic al tumorii.

Semnele radiografice indirecte nelocalizatoare de tumoră intracraniană, sunt semnele de tensiune intracraniană mărită. Cele mai importante dintre acestea sunt: impresiunile digitale adâncite, juga cerebrală ascuțită, veneclasiile, ectazia canalelor diploice, ectazia paturilor ramificațiilor arteriilor meningeie, dehiscența suturilor, subțierea squamei occipitale și a osului frontal, a planului sfenoidal și a aripelor mici sfenoidale, ascuțirea vârfului stâncilor, osteoporoza și eventual

uzura acestora, adâncirea eminenței arcuate de la conturul superior al stâncei și ectazierea găurilor bazale (fantele sfenoidale, găurile rotunde, ovale și spi-

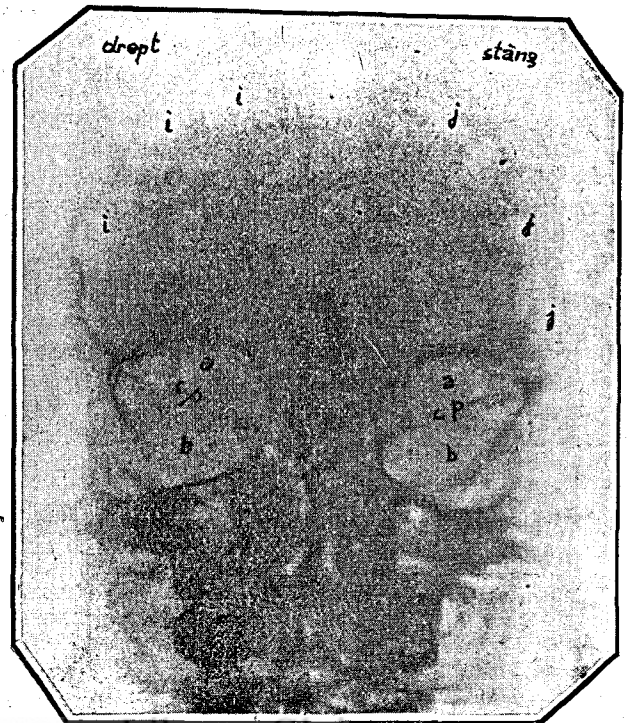


Fig. 1.

Impresiuni digitale adâncite, juga cerebrală ascuțită, planul sfenoidal deplasat în jos.
i=impresiuni digitale.
j=juga cerebrală.
p=planul sfenoidal.
a=aripa mică sfenoidală.
b=aripa mare sfenoidală.
cp=conturul post. al aripei mici sfenoidale.
Semne de tensiune intracraniană mărită la un chist gliomatos parietal drept.

noase, găurile auditive, interne și canalele optice. Fig. I, II, III și IV).

La acestea se adăuga modificările șelei turcești, provocate în mod indirect de către tumoră, prin compresiunea apeductului lui *Silvius*, eventual al ventriculului al IV-lea, ori a găurilor lui *Magendi* și *Luschka* ale acestuia și producerea consecutivă a unui hidrocefal intern. Acesta ectaziind ventricolul al treilea situat deasupra șelei turcești, provoacă distrugerea ei prin compresiune.

Această distrucție șelară provocată de hidrocefalul intern, se deosebește de distrucția provocată de o tumoră intrașelară prin faptul, că distruge mai întâiu apofizele clinoidale posterioare, apoi clivusul și dorsul șelar și ca urmare intrarea șelei turcești se lărgeste; în sfârșit îi urmează subțierea și apoi distrucția clinoidelor anterioare. (Fig. V.)

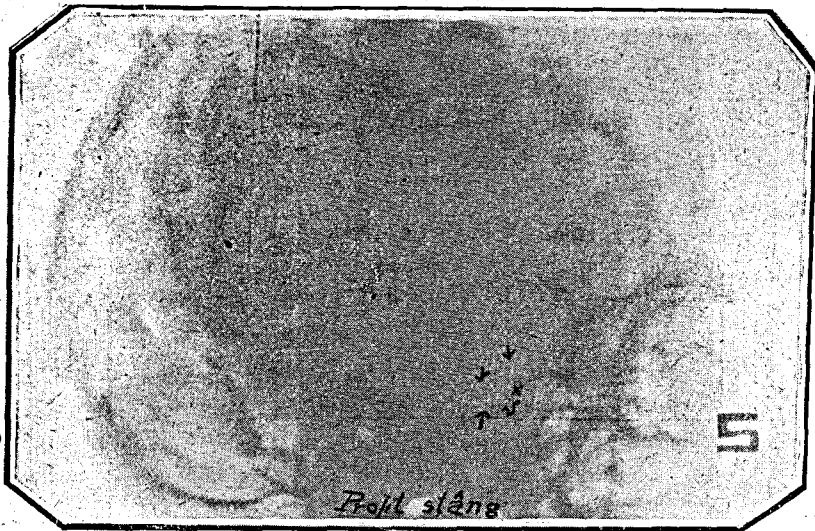


Fig. 2.

Acelaș caz din profil: pe lângă joga cerebrală ascuțită și impresiuni digitale f. adâncite, se observă distrugerea caracteristică a șelei turcești provocată de hidrocefalul intern al ventric. III consecutiv tumorei. (Șeaua marcată prin săgeți, v=fundul ventriculului III enorm ectaziat atârână lateral de șeaua turcească și devine vizibil în sinusul sfenoidal, care e turtit).

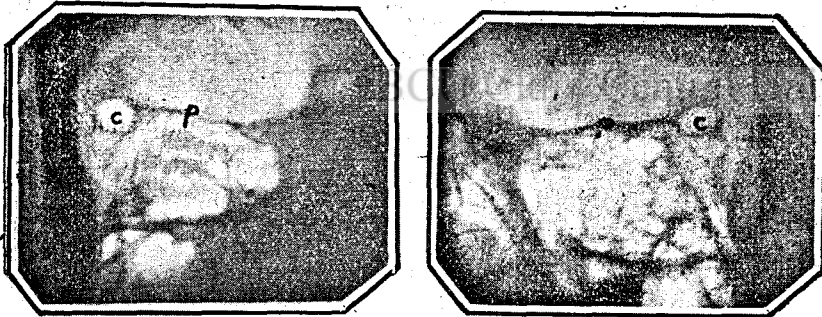


Fig. 3.

Canalele optice după Rhese-Goalwin.

Hiperostoză ușoară a canalelor optice, la un caz de tumoră centrală cu hipertensiune consecutivă și stază papilară dublă.
c=canalul optic; p=plan sfenoidal.



Fig. 4.

Radiografia stâncilor după Stenvers:

Ușoară uzură simetrică a vârfului ambelor stânci (săgeți) provocată de tensiunea intracraniană mărită.
c=canal auditiv intern.

Numai în cazuri foarte înaintate, cu hidrocefal enorm, acesta modifică șeaua și în adâncime, turtește și sinusul sfenoidal și ne aduce în situația de a nu deosebi modificările provocate de hidrocefalul intern, de cele provocate de o tumoră intrașelară enormă, care a distrus de jos în sus șeaua turcească.

Bineînțeles, că și o tumoră suprașelară poate provoca modificări șelare identice cu cele provocate de hidrocefalul intern.

În aceste cazuri diagnosticul diferențial ni-l vor da semnele clinice și celelalte probe radiologice, eventual ventriculografia ori arteriografia.

Ca semne indirecte localizatoare, adică ca semne locale provocate de o tumoră aflătoare în vecinătate, deosebim semne indirecte localizatoare intrașelare și extrașelare.

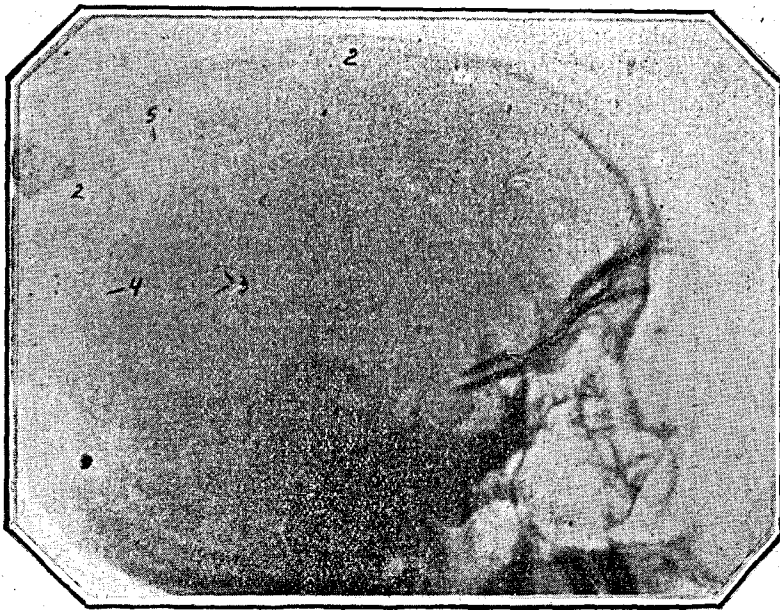
Tumorile intrașelare ne dau de multe ori modificări radiologice ale scheletului de absolută siguranță și anume bombarea uniformă (în formă de balon) a șelei turcești, uzurarea fundului șelar, subțierea și alungirea clivusului, ridicarea apofizelor clinoidale posterioare, scurtarea ori ascuțirea și ridicarea apofizelor clinoidale anterioare, turtirea omogenă a sinusului sfenoidal. Ca reacție de vecinătate din partea tumorii, mai constatăm de multe ori o periosită, osificări la acest sinus și eventual calcificări intrașelare. (Fig. VI.)

Ca cele mai importante semne indirecte, cari ne indică o localizare în loja posterioară craniană avem: uzura eventual hiperostoză squamei occipitale, uzură la vârful stâncei, uzura dorsului șelar, ectazia canalului auditiv intern, subțierea și turtirea crestei occipitale de către tumora învecinată. (Fig. VII și VIII.)

Ca semne localizatoare indirecte pentru tumorile lojei mijlocii craniene, găsim uzura osului sfenoidal și a șelei turcești, uzura stâncei, uzura ori hiperostoză aripei mari și mici a osului sfenoidal, lărgirea canalului optic, a fantei sfenoidale, a găurilor rotunde, ovale și eventual spinoase ale aripei mari sfenoidale, de către tumora din vecinătate. Prin comprimarea sinusului cavernos de către tumoră, se poate provoca stază și deci o voalare la sinusurile etmoidale și sfenoidale. Mai ales în cazurile însoțite de nevrită retrobulbară, Mayer e de părere să ne gândim și la această eventualitate. (Fig. IX. și X.)

Ca modificări indirecte caracteristice în loja anterioară craniană, putem observa hiperostoză sau uzura aripei mici a sfenoidului ori a osului frontal, uzurarea ori turtirea laminei cribroasă, a peretelui superior al orbitei și a planului sfenoidal.

Vedem deci, că avem o serie de fenomene radiologice indirecte localizatoare, identice cu cele indirecte nelocalizatoare, adică provocate de tensiunea intra-



Profil stâng.

Fig. 4 bis.

- 2) calcificări în coasă.
- 3) ectazie stelată a canalelor diploice.
- 4) venectasie.
- 5) ectazie venoasă stelată.

craniană mărită. Depinde de celelalte fenomene radiologice și de fenomenele clinice, pentru a le judeca la justa lor valoare și a le diferenția. Aici accentuăm numai, că semnele indirecte localizatoare sunt de re-

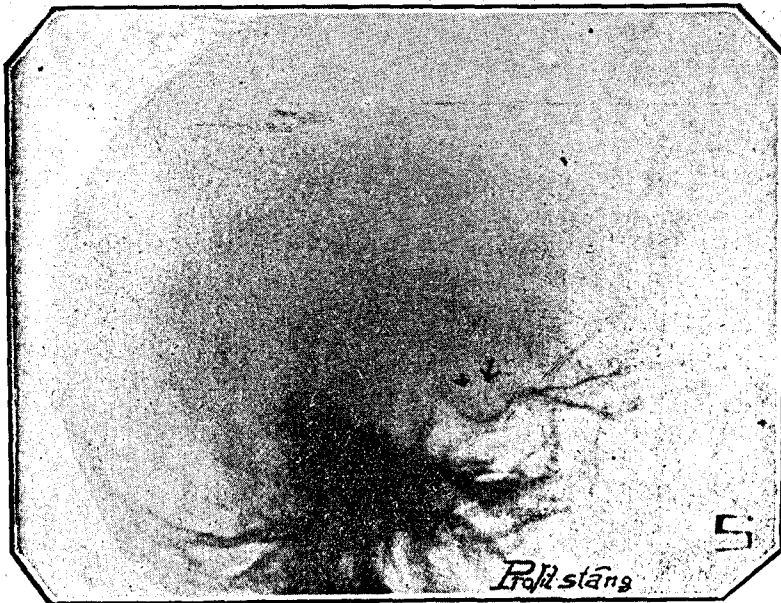


Fig. 5.

Șeaua turcescă turtită de sus în jos în formă de cuvertă; clinoidele post. distruse; clivusul decalcificat este turtit în jos. Diametrul longitudinal al șelei mărit; clinoid ant. scurtat (săgeți). Destrucția șelară provocată de hidrocefal intern la o tumoră a hemisferei drepte.

gulă unilaterale, pe când cele provocate de tensiunea intracraniană mărită, de regulă bilaterale.

Avem și semne radiologice localizatoare indirecte, cari ne indică și caracterul histologic al tumorii.

Astfel uzura, apoi defectul osos cu bombare la calota craniului, este caracteristic — după Schüller — pentru meningiome mari. Numai colestatoamele situate între os și dura Mater, pot provoca încă — după acest autor — atari modificări la calotă.

Uzura ori turtirea lamei ciuruite și a peretelui superior al orbitei, sunt — după Schüller — caracteristice pentru meningiomele situate la baza lobului frontal și anume, de regulă în fossa olfactivă.

Hiperostozele parțiale, însoțite de regulă de venectazii locale și de fosse adâncite ale lui Pacchioni, sunt caracteristice — după Schüller — pentru meningiome aflătoare în vecinătate.

Dacă hiperostoza ne indică prezența unui meningiom învecinat, nu ne indică însă și mărimea tumorii. Astfel putem avea un meningiom mic cât o alună, care provoacă hiperostoza unei suprafețe osoase mari și invers.

Meningiomele — chiar mici — pot provoca chiar hiperostoza unei jumătăți craniene, provocând așa zisa hemicranioza lui Brissaud și Lereboullet.

După unii autori, între cari Olivecrona, hiperostoza este provocată prin infiltrația directă a osului de către meningiom și stază venoasă consecutivă.

Dacă aceasta poate fi adevărat în unele cazuri, tot așa de adevărat este că, în o serie de cazuri controlate la necropsie și publicate de autori consacrați, hiperostoza a fost găsită ca reacție de vecinătate de la o tumoră învecinată. Ne referim aici, și de data asta, în prima linie la autoritatea necontestată a lui Schüller.

După Brüll, Neumann și Schmitt, hiperostoza provoacă — în afară de meningiome — și encondromele intracraniene aflătoare în imediata vecinătate a laminei interne.

În afară de semnele radiologice indirecte sus descrise, avem și semne radiologice directe de tumoră intracraniană și anume, osificările și calcificările intratumorale. Acestea, pe lângă că ne dau siguranța de diagnostic și localizație precisă, de multe ori ne indică și caracterul histopatologic al tumorilor intracraniene. Vom avea însă să deosebim aceste semne directe tumorale, de o serie de calcificări și osificări netumorale.

Astfel avem: 1, așa zisele calcificări și osificări zise fiziologice, între cari amintim: calcificare în epifiză, în plexurile chorioidee (glomeruli chorioidei) în coasa creierului, foleblijii granulațiilor lui Pacchioni, osificări și calcificări în tentoriumul creierului mic, în

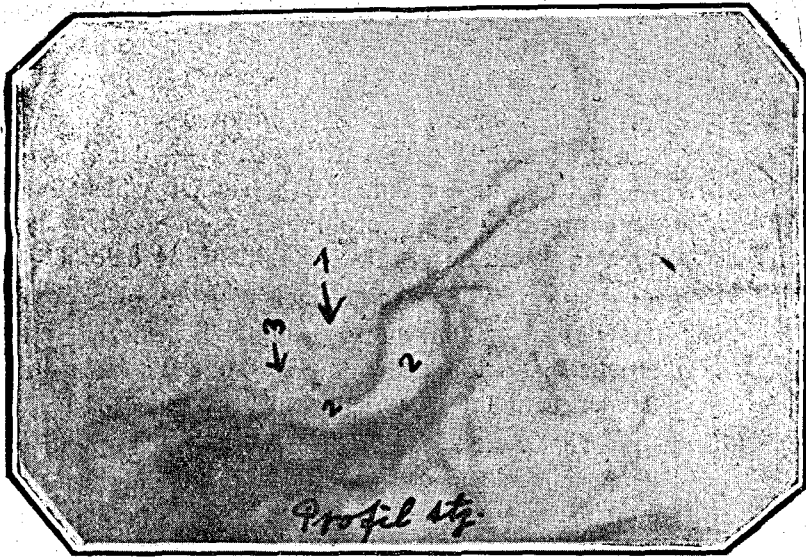


Fig. 6.

Bombarea în formă de balon a șelei turcești (1).

Elongație și subțiere la dosul șelar cu ridicarea clinoidelor posterioare. Ascuțirea și decalcifierea clinoidelor anterioare. Ireșularitate la conturul fundului șelar. Voalarea reactivă la partea posterioasă a sinusului sferoidal (2).

(Tumoră Intrașelară).

Ca variație, osificarea ligamentului petroclinoid (3).

meningele moi (arachnoida și pia mater) și în ligamentele interclinoide ale șelei turcești.

Avem apoi: 2, calcificări patologice, de ex.: calcificările din peretele vaselor bazale sclerozate (art. carotidă internă, bazilară, art. cerebrală mijlocie și oftalmică) și în anevrismele acestora, calcificări în parazii (chiști hidatici), calcificări în procese inflamatorii specifice și nespecifice, adică în tuberculi, în gome, în focare de ramolisment encefalitic ori post-traumatic; în fine în hematomele durei mater (pachimeningitis haemorrhagica osificans durae matris).

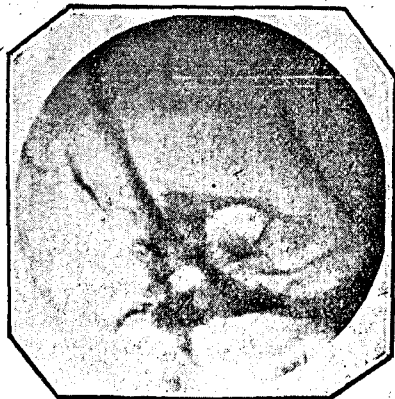


Fig. 7.

Radiografia stâncel după Stenvers. Ectazia enormă a canalului auditiv intern (săgeată) consecutivă unui meningiom pontocerebelos.

Cele mai dese calcificări intratumorale le găsim în meningiome și în tumorile suprașelare tip *Erdheim*. Mai rar și în alte tumore suprașelare (în gliomele nervului optic și a hipotalamusului, în meningiomele și adenomele suprașelare, etc.). Calcificări găsim încă uneori în psamomele plexului choroidian, în adenomele hipofizei, în anomalii vasculare și dintre, acestea, mai ales în angiome, în gliome, în oligodendrogliome și în fine în astrocitome.

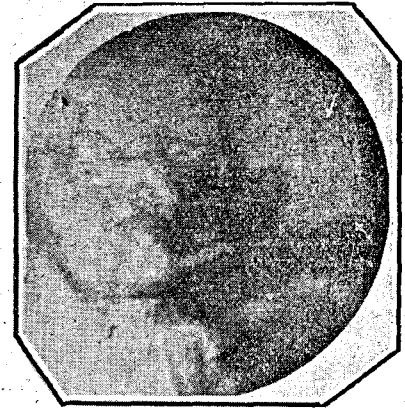


Fig. 8.

Radiografia stâncel după Stenvers.

Uzurarea vârfului stâncel provocată de un meningiom pontocerebelos. (săgeți).

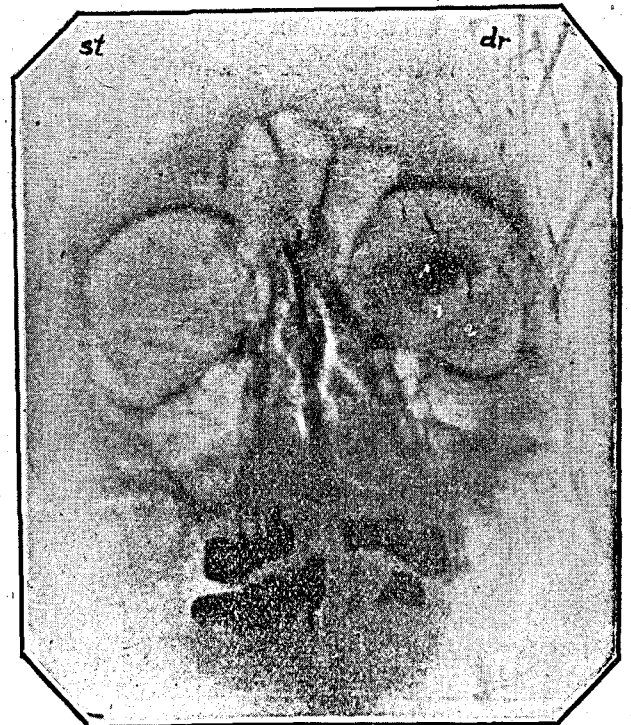


Fig. 9.

Hiperostoza aripei sferoidale mici (1) și mari (2) drepte. Fanta sferoidală dreaptă ectaziată (3) Conturul fantei neregulat. Modificări provocate de un meningiom suprașelar.



TRATAMENTUL MALARIEI PRIN

Atebrin

și

Plasmochin

s'a dovedit oare a fi eficace?

La aceasta răspunsul nu poate fi decât »da!«, deoarece despre un preparat care nu oferă rezultate terapeutice mulțumitoare, nu pot apare niciodată.

1300 de publicațiuni
din toate părțile lumii.

Aceasta se întâmplă numai când e vorba de un progres în adevăr epocal.

Tratamentul malariei cu ATEBRIN și PLASMOCHIN este astăzi cea mai bună, cea mai sigură și cea mai economică metodă de tratament.

Admis și întrebuințat în serviciile
Casei Asigurărilor Sociale din România



»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA“ S. A. R. București I. str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9285 și 3-9286.

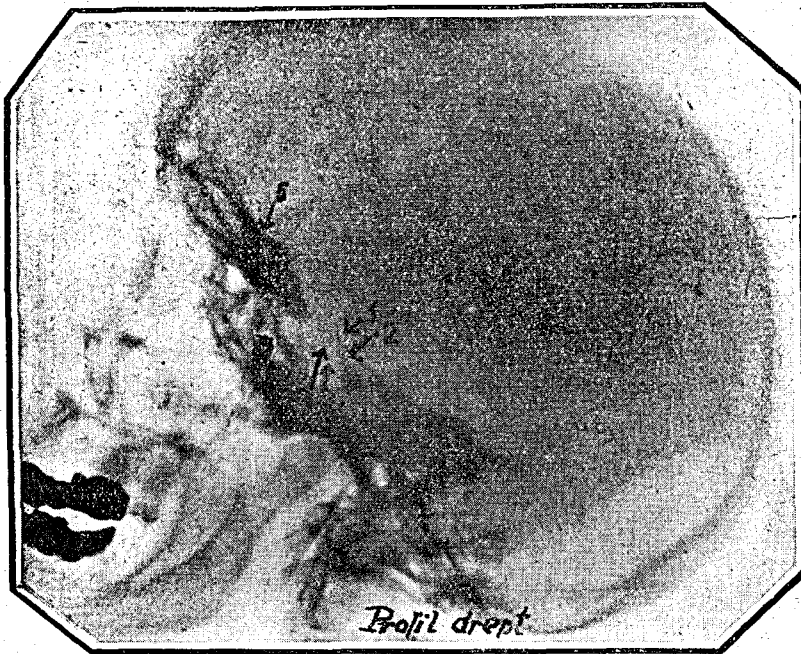


Fig. 10.

Acelaș caz din profil. Uzura apofizelor clinoid, post. (1); uzura dorsului gelar (2); șeaua mărită în diametru longitudinal; dublă conturare la fundul selei (3) Hiperostoza aripel sfenoidale mici drepte.

Meningiom suprașelar.

Cu diagnosticul diferențial detaliat al calcificărilor și osificărilor tumorale și netumorale — cari constituiesc un capitol vast — ne vom ocupa pe larg în altă lucrare.

Nu se poate însă nega, că atât semnele radiologice indirecte cât și cele directe de tumoră intracra-

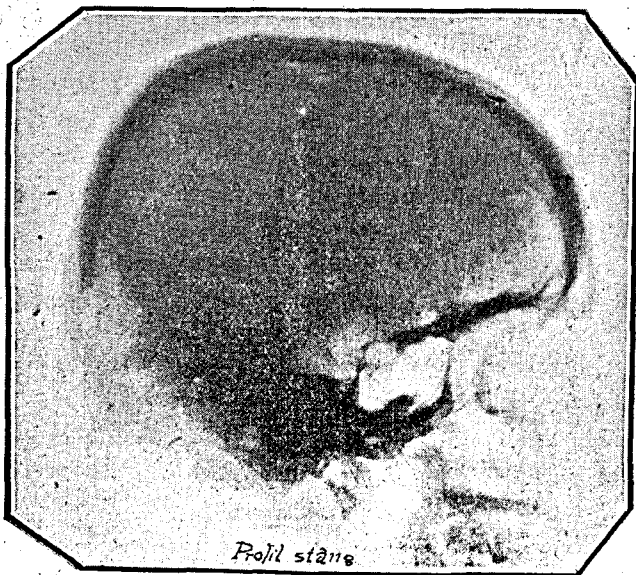


Fig. 11.

Hiperostoza idiopatică la calotă și aripile mici sfenoidale.

niană pot lipsi, alte ori se găsesc numai semne radiologice de importanță secundară sau necaracteristice.

Astfel, *Le Wald* susține, că impresiunile digitale adâncite pot surveni fără ca tensiunea intracraniană să fie mărită. Bineînțeles, aceasta se referă mai ales la indivizii tineri, cari au o calotă subțire și ușor modelabilă.

Stenvers, publică un caz de tumoră ventriculară pe care l-a urmărit timp îndelungat și la care au apărut numai după un an și jumătate, impresiuni digitale adâncite.

Pe când *Schüller* consideră ectazia canalelor diploice ca o consecință a compresiunii sinusului de către tumoră, *Elberg* și *Chas*, susțin că, ei nu au

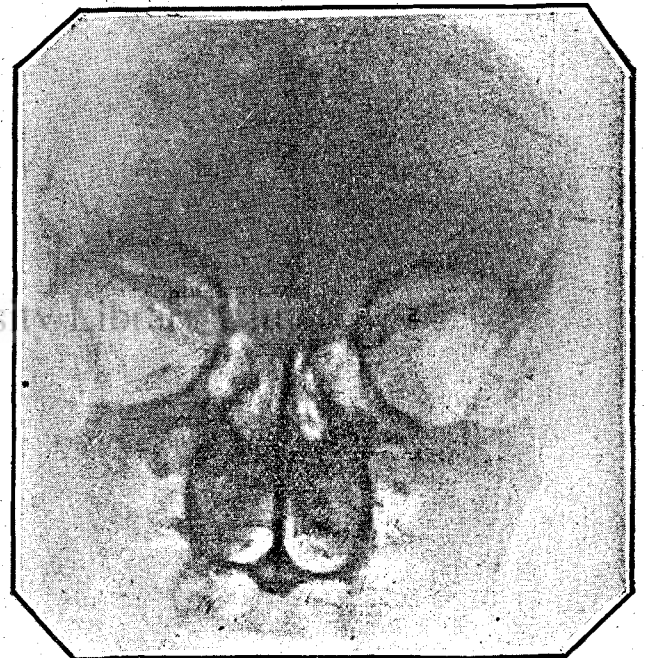


Fig. 12.

Hiperostoza idiopatică a arpiilor mici sfenoidale (a), a planului sfenoidal (p) și a calotei.

găsit în autopsiile făcute pe cazuri de gliome, atari venectazii. — După acești autori numai venectaziile diploice unilaterale ar fi caracteristice și anume numai pentru meningiome.

Le Wald este de părere că, venectaziile sunt de importanță secundară.

De aceeași părere este și *Stenvers*, care publică un caz de gliom cerebral difuz, controlat prin autopsie, care nu a prezentat venectazii, alături de cazul unui neurastenic cu venectazii mari și multiple. El susține că venectaziile se găsesc des la nevropați și le crede ca aparținătoare constituției psihopatică.

După ultimul autor, atât impresiunile digitale

adâncite, cât și ectazia vaselor, sunt semne sigure de tumoră numai atunci când le vedem producându-se.

Ne-ar duce prea departe o privire critică asupra importanței tuturor semnelor radiologice. Afirmăm numai că diagnosticul unei tumori cerebrale trebuie să fie produsul coroborării fenomenelor clinice cu a celor radiologice.

Ilustrăm această afirmație a noastră, cu câteva exemple:

Găsind sindromul chiasmatic alături de ectazia mare unilaterală a canalului optic la un copil, ne vom gândi în prima linie la un gliom al nervului optic.

Aceleași simptome la un pacient vârstnic pledează — după *Olivecrona* și alți autori — mai mult pentru un meningiom sau pentru altă tumoră suprașelară, (colesteatom, craniofaringiom, etc.)

Semne clinice de tumoră cerebrală asociată cu hemipareză stângă, deci cu localizație aproape sigură în hemisferul drept, — alături de semne radiologice de tensiune intracraniană mai mărită pe latura stângă decât pe dreapta, este o indicație că tumora hemisferului drept a comprimat și colabat ventriculul lateral drept. Hidrocefalul intern provocat de tumoră, a putut deci ectazia numai ventriculul lateral stâng, adică al hemisferei sănătoase, provocând astfel semne radiologice de tensiune intracraniană mărită mai pronunțată pe latura sănătoasă decât pe latură tumorală.

Ne vom gândi și la eventualitatea că tumora crește difuz peste suprafața hemisferului drept și scutește craniul de efectul hipertensiunii și în consecință, aceasta se repercutează asupra suprafeței craniene stângi.

Ectazia unilaterală a găurei auditive interne este considerată — după cum am mai amintit — ca semn foarte prețios, ba chiar sigur radiologic de tumoră pontocerebeloasă, dar numai atunci când și semnele clinice sunt concludente.

Schüller, *Mayer*, *Olivecrona* și alți autori consacrați, au avut cazuri în cari meatul auditiv intern, situat pe latura tumorei pontocerebeloasă, era normal și cel de pe partea opusă, ectaziat. *Mayer* explică acest fenomen prin faptul că în aceste cazuri tumora care acopere canalul auditiv intern, servește ca un fel de scut pentru aceasta, iar tensiunea intracraniană mărită, lărgeste numai canalul auditiv al laturei sănătoase.

La diagnosticarea cazurilor, vom avea să fim conștienți și de multiplele varietăți pe cari ni le poate prezenta scheletul cranian și cari — după cum o accentuează aceasta mai ales *Farberov* — adeseori frizează (simulează perfect) patologicul. Mai ales stâncile prezintă atari varietăți.

Pe baza celorlalte fenomene radiologice și a fenomenelor clinice trebuie să deosebim și diversele modificări patologice, cari uneori se imită la perfecție.

Aducem ca exemplu hiperostoza ex vacuo (în urma reducerii volumului cerebral, de ex. la paralizii generali, ori la un hidrocefal vindecăt) și hiperostoza idiopatică, cari se confundă des cu hiperostoza provocată de meningiome. Va trebui să excludem și o eventuală osteită fibroasă Recklinghausen sau o eventuală maladie a lui *Paget*, etc. (Fig. XI și XII.)

Experiența sa vastă și bunul său simț critic, l-au adus pe marele neurochirurg *Cushing*, prin coroborarea exactă a semnelor clinice și radiologice, la stabilirea sindromului caracteristic pentru tumorile suprașelare necalcificate, cunoscut în literatură sub numele de sindromul chiasmatic al lui *Cushing*.

El a demonstrat anume că șeaua turcească normală este un semn radiologic important în diagnosticarea timpurie a tumorilor suprașelare necalcificate, atunci când există turburări oculare. *Cushing* spune textual: »Atrofia simplă a nervilor optici, hemianopsia bilaterală și șeaua turcească normală, sunt un sindrom tipic pentru meningiome și alte tumori suprașelare«. Autorități ca *Farberov*, *Hirsch* și *Schüller*, etc., au confirmat sindromul chiasmatic al lui *Cushing*.

Mai ales *Schüller*, în publicațiile sale accentuează aceasta, arătând erorile grave ce se comit și azi în practică, prin faptul, că primul și singurul simptom al tumorilor suprașelare incipiente, sunt tulburările oculare uni sau bilaterale, provocate prin comprimarea directă a nervului, a chiazmei ori a tractului optic. Cauza acestor erori ar fi — după *Schüller* — faptul, că aceste compresiuni provoacă după sediul lor, hemianopsie temporală, ori bitemporală, hemianopsie homină, scotome centrale și diverse modificări ale câmpurilor vizuale, etc., pe când fundul ochiului rămâne timp îndelungat normal. Cum radiologicește șeaua este încă nealterată, oculiștii pun diagnosticul și tratează atari cazuri, ca o nevrită retrobulbară de altă natură (inflamatorie, vasculară ori degenerativă).

În concluzie, afirmăm că pe baza simptomelor clinice coroborate cu cele radiologice ale scheletului cranian putem obține azi aproximativ în 50%, după *Olivecrona* în 40% a cazurilor, nu numai un diagnostic de localizare al tumorei, ci și unul histopatologic.

În restul de 50% al cazurilor, va trebui să localizăm tumora prin una din multiplele metode de insuflație cu aer în ventriculii cerebrali, (ventriculografie după *Dany*, *Kocher* ori *Jüngling*; encefalografie pe cale lombară, după *Laruelle* ori pe cale suboccipitală după *Flügel*, etc.), eventual prin arteriografia cu thoro-thrast a lui *Monitz*.

Ultimele metode de explorare radiografică, sunt mijloace foarte prețioase de diagnostic și ne dau posibilitatea de a localiza o serie de tumori, în cazurile când simptomele clinice și radiografice ale craniului nu ne dau indicații suficiente.

Dacă arteriografia lui Monitz, cere o tehnică dificilă și este puțin răspândită, în ce privește ventriculografia, trebuie să accentuăm că metoda dă și unele eșecuri.

Astfel sunt după *Olivecrona* ventriculogramele în caz de tumoră, chiar și cu localizație hemisferică și mai ales cele cu localizație frontoparietală, adeseori necaracteristice.

Mai ales nu se pot localiza — după acest autor — tumorile hemisferice atunci, când un ventricul lateral nu se umple cu aer. Aceasta se poate întâmpla când tumora a comprimat și colabat total ventriculul.

Tot așa neprecise sunt ventriculogramele în cazuri de tumori pontocerebeloase. Avantajul e, că aici simptomele clinice sunt de regulă clare; adăugând la acestea și explorarea radiografică a craniului, vom găsi ca simptom de siguranță în plus, ectazia găurii auditive interne, etc.

Ventriculografia în cazurile de tensiune intracraniană mărită este — după *Löhr*, *Olivecrona* și alți autori — numai atunci relativ nepericuloasă, când acestea îi urmează imediat fie operația, fie extracția aerului injectat, altfel tensiunea aerului injectat, suprapusă hipertensiunii existente, dă o mortalitate de 5—10%; ca atare, ventriculografia poate fi executată numai în clinică și numai de un neuro-chirurg.

În fine, neurochirurgul *Peiper*, publică în 1935 un caz de tumoră parietală stângă cu diagnostic clinic bine precizat, la care ventriculografia a dat un rezultat negativ. Aceasta a devenit pozitivă, numai când tumora a devenit inoperabilă și *Peiper* a trebuit să se mulțumească cu o decompresie.

Americanii *Kobb*, *Pilcher* și *H. Wilson*, au publicat mai multe cazuri de tumori diagnosticate și localizate precis clinicește, la cari ventriculogramele erau negative.

Pe baza acestor cazuri și a cazului său, *Peiper* se exprimă textual: »Astăzi este absolut sigur că o ventriculogramă normală nu exclude existența unei tumori cerebrale«.

În ce privește reperajul ventricular prin insuflație de aer în cantitate mică pe cale lombară sau suboccipitală, pe lângă unele localizări precise, poate induce și în eroare, căci umplerea parțială cu aer și imaginea de multe ori nesimetrică a ventriculilor laterali, pot da imagini caracteristice pentru tumoră acolo, unde aceasta nu există, sau induc în eroare în ceea ce privește localizarea.

Nici aceste metode nu sunt complet nepericuloase.

Din aceste motive, ele au fost abandonate de către cei mai mulți neurochirurghi.

Din cele de mai sus reese — credem — clar că este o mare eroare a neglija explorarea radiografică a craniului și a căuta a face diagnosticul radiologic al tumorilor intracraniene, numai prin ventriculografie.

Neurochirurgia modernă are năzuința, nu numai de a diagnostica și localiza o tumoră, ci și de a preciza pe cât posibil caracterul histopatologic al acesteia și a exclude dela intervenție tumorile inoperabile. Menționăm aici, dintre multele tumori inoperabile, numai gliomele nervului optic și formele inoperabile ale pinealomelor, adeseori bine diagnosticabile pe baza calcifierilor ce prezintă uneori, prin explorarea radiografică a craniului.

O precizare a caracterului histopatologic al tumorilor intracraniene, ni-l poate da — deși numai în cca. 50% a cazurilor — numai explorarea radiologică a scheletului cranian, ventriculografia limitându-se numai la localizarea tumorii. După *Olivecrona*, numai celesteatomeme intraventriculare pot fi diagnosticate sigur ca atari, pe baza imaginii ventriculografice.

Cu drept cuvânt spune *Stenvers* la Congresul Radiologic din Berlin, din 1935: »Cutez să afirm, că este absolut necesar să se exploreze întâiu complet roentgenografia craniană, înainte de a se face ventriculografia sau arteriografia. Ventriculografia se va face în caz numai de absolută nevoie«.

Ne asociem și noi afirmațiilor lui *Stenvers* și într'o serie de articole viitoare, vom demonstra cu cazuri personale concludente, veracitatea concluziilor noastre.

Bibliografie.

- E. G. MAYER: Otologische Roentgendagnostik, 19 0. — H. MEYER: Roentgendiagnostik in der Chirurgie, 1927. — FARBEROV: Roentgendiagnostik der Tumoren der Gegend der Sella turcica. Fortschr. a. d. Gd. Röntgenstrahlen November 34. — HAAS: Einzelheiten aus der Röntgendiagnostik der Sella turcica. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen November 1934. — HAAS: Einzelheiten aus der Röntgendiagnostik der Sella turcica. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen November 1934. — KOVACS A.: Untersuchungen über die Sellagröße von Haas bei Kindern u. Erwachsenen. Fortschr. a. d. G. der Röntgenstrahlen November 1934. — SCHÜLLER: Kurze Darstellung der Röntgendiagnostik, kranialzerebraler Affektionen, Röntgendiagnostik, kranialzerebraler Affektionen, Röntgenpraxis, Heft 14 1930. — SCHÜLLER: Über suprasellare Tumoren. Wiener klinische Wochenschrift 1935. No. 32. — MAYER: Zur Röntgenuntersuchung der Schädelbasis bei basalen Tumoren (Methodik Diagnostik Kasnistik). Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen, Band 87 Heft 2. — PEIPER: Über die ventrikulographische Voraussage des Charakters von Hirngeschwülsten). Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Feber 1935. — SCHÜLLER: Haematoma

durae matris ossificans. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Feber 1935. — ERDELYI: Die Röntgendiagnostik der Hypophysengeschwülste. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Feber 1935. — GRUBER: Über raumbeengende Neubildungen im Schädel. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — OSTER-TAG: Über raumbeengende Neubildungen im Schädel. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — STERNVERS: Über die Drucksymptome am knöchernen Schädel bei den Hirngeschwülsten. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — FLUGEL: Grenzen u. Anzeige der Enzephalographie. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — OLIVECRONA: Bedeutung des Röntgensildes für die Anzeigestellung und Behandlung der Gehirntumoren. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — LOHR: Veränderungen am Arteriogramm der Gehirnarterien bei Hirngeschwülsten. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Oktober 1935. — ENGELMANN: Die Röntgenuntersuchung der Schädelbasis bei Verdacht auf Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen August 1935. — LOHMAN: Über die Bedeutung der Seella turcica im Rahmen der Konstitutionsforschung. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen August 1935. — WORNER: Die Bedeutung der Verlagerung der verkalkten Glandula pinealis für die Röntgendiagnostik der Hirntumoren. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen August 1935. — DYES: Systematisches zur Darstellung von Knochenveränderungen am Schädeldach. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen August 1935. — W. MÜLLER: Multiple intrazerebrale Verhalkungsherde. Fortschr. a. d. G. Röntgenstrahlen Januar 1936.

Clinica Medicală din Cluj
Director: Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

TRATAMENTUL ERIZIPELULUI CU PRONTOSIL (*)

de:
Doc. Dr. I. GAVRILĂ
și
V. GAVRILĂ

Incercările făcute de către diverși chimiști și bacterologi de-a găsi în bolile microbiene propriu zise substanțe chimice cu acțiune bactericidă, multă vreme au rămas fără rezultat mai important. Totuși în ultimii ani s'a preparat o serie de agenți chimici cu efect incontestabil în unele infecțiuni microbiene, în special din grupa substanțelor chimice colorante.

S'au preparat în special așa numitele substanțe azoice sulfamidate de către *Mietzsch și Klarer*, care fac parte din grupa materiilor chimice colorante, din care grupă face parte și prontosilul, preparat de casa »Bayer«.

Se pare că acest preparat, prontosilul, ar fi o substanță foarte activă în unele stări infecțioase, și

*) Comunicare făcută în ședința din 27, III. 1937 a Societății Științelor Medicale din Cluj.

dintre acestea mai ales în erizipel acțiunea lui e mai evidentă; însă se pare că se obțin rezultate bune și în alte infecțiuni streptococice apoi în infecții stafilococice sau chiar în infecțiuni cu alți agenți microbieni.

Compoziția chimică, farmacologia și cercetările experimentale. Tabletele de prontosil conțin după datele indicate de fabrică 0.30 gr. de 4-sulfonamidă-2', 4' diaminoazobenzol, pentru fiecare tabletă.

Prontosilul solubil care se utilizează sub formă de injecțiuni, conține sarea disodică a acidului 4-sulfonamidă—fenylazo—7—acetyl amino—1—oxinaftalin 3,6-disulfonic în soluție de 2,5%.

După datele fabricii ambele forme de prontosil sunt indiferente din punct de vedere farmacologic; chiar în doze mari injectate nu produc nici o modificare a funcțiunii cardio-vasculare, nu provoacă nici o modificare de tensiune; n'au nici o acțiune, atât în vitro cât și în situ asupra musculaturii netede a intestinului, uterului sau a altor organe, la fel nu influențează funcțiunile fiziologice ale acestor organe.

S'a arătat pe cale experimentală la animale că substanța activă din tablete și soluție de prontosil se elimină nemodificată prin urină fără să provoace o diureză mai însemnată. Urina animalelor și a oamenilor tratați cu această substanță ia o culoare roșie care este datorită însuși substanței colorante eliminate și nu unei hematurii. Colorația în roșu a urinei se produce aproximativ deja după o jumătate de oră dela administrarea medicamentului, câte odată chiar se colorează și tegumentele în mod discret după o utilizare mai îndelungată; totuși nu se observă fenomenul de fotosensibilizare, prin care acești compuși azoici se deosebesc de alte substanțe colorante utilizate în chimio-terapie cum sunt derivații de acridină.

În mod experimental s'a încercat de către *Gerhard Domagk* toleranța diferitelor animale față de acest nou medicament, obținându-se următoarele date toxicologice:

Tabletele de prontosil administrate prin sondă sunt suportate de către șoareci în cantitate de 0.50 gr. pe Kgr. fără simptome de intoxicație; cobaii suportă la fel 0.50 gr. pe Kgr. fără simptome, pisicile suportă 0.20 gr. pe Kgr.

S'a administrat mai multe zile de-arândul (10) 0.20 gr. substanță pe Kgr. la cobai, fără a se produce nici o turburare sau modificare în compoziția sângelui sau apariția vreunei substanțe patologice în urină. Greutatea și starea generală a animalelor a rămas neschimbată.

S'a stabilit și toleranța față de prontosilul solubil administrat în injecțiuni, obținându-se următoarele date toxicologice: Șoarecele suportă 10 gr. substanță

pe Kgr. intramuscular sau pe cale bucală fără simptome; cobaiul suportă 0,1 gr. substanță pe kgr. intramuscular fără simptome. Tot așa tratând în mod îndelungat aceste animale, zilnic 0,1 gr. substanță intramuscular sau pe cale bucală, nu s'a constatat nici o turburare din partea animalelor în experiență.

S'a stabilit pe cale experimentală, în special la șoareci, acțiunea curativă a prontosilului. S'a constatat că șoarecele inoculat cu doza mortală de streptococi hemolitici, foarte virulenți, se vindecă dacă li se administrează după inoculare, fie sub formă de injecțiuni, fie pe cale bucală, prontosil, pe când martorele, cărora nu i s'a administrat această substanță sucombă în 24—48 de ore, cu fenomene de septicemie. Preparatul este activ în cantitate de 1/100 până la 1/500 din doza tolerată, mai ales dacă infecțiunea nu este așa de virulentă.

S'a constatat o oarecare influență a preparatului chiar în infecțiunile experimentale cu stafilococi la cobai, observându-se o evoluție mai favorabilă a acestor infecțiuni experimentale sub acțiunea unor doze mari de medicament; totuși în aceste afecțiuni stafilococice acțiunea nu este așa de evidentă ca în cele streptococice.

S'a încercat acțiunea prontosilului și în infecțiunile pneumococice experimentale și în alte infecțiuni microbiene, fără însă a se obține vreun rezultat deosebit.

Este de remarcă că prontosilul n'are nicio acțiune asupra streptococilor sau altor microbi în »vitro«, ci el acționează numai în »vivo« în organismul viu, deci el își dezvoltă acțiunea ca o veritabilă substanță chimico-terapeutică.

Utilizarea prontosilului în clinică. După ce partea experimentală a acestui preparat a fost pusă la punct, casa »Bayer« a pus preparatul la dispoziția clinicilor și spitalelor spre experimentare. Preparatul se utilizează deja de vre-o patru ani în terapia diferitelor infecțiuni streptococice. La început a fost pus în comerț sub numele »Streptoson«, mai târziu casa i-a schimbat numele în »Prontosil«.

Astăzi prontosilul se găsește în comerț: 1. sub formă de tablete (tuburi de 10—20 tablete) reprezentând 0,30 gr. substanță pe tabletă; 2. sub formă de fiole de 5 cm. soluție de 2,5% prontosil care se administrează prin injecțiuni intra-musculare. Atât tabletele, cât și soluția prezintă o colorație roșie, mai nou există în comerț tablete de prontosil decolorate, albe.

Prontosilul a fost întrebuințat deja în clinică, de către numeroși autori în tratamentul diferitelor infecțiuni microbiene. Însă rezultatele mai bune s'au obținut în infecțiunile streptococice și dintre acestea acțiunea

mai favorabilă se obține în erizipel. Iată câteva nume de autori cari au oficiat prontosilul în clinică: *Slătineanu, Bălțeanu, Franche, Pop, Angelescu, Lăzărescu, Pascal, Poenaru, Crivăț, Fasal, Scherber, Schreus, Lampert, Gmelin, Püschel, Raubitschek, Kramer, Forstreuter, Scheurer, Klee, Römer, Biegel, Fuge, Anselm, Schranz, Imhauser, Recknagel, Bingold, Gaustenberg, Thimme, Temming, Roth, Pernice, Schmidt, Klose, Hofman, Angelberger, Gigon, Tibing, Colebrook.*

Noi am utilizat prontosilul la 30 bolnavi cu erizipel, dintre cari 3 au fost internați în spitalul epidemic din Cluj, 3 în Clinica Ginecologică din Cluj, fiind vorba de erizipel în lăuzie, iar restul de 24 bolnavi în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale Cluj.

Vom da pe scurt folie de observație a acestor bolnavi.

OBSERVAȚIA 1. — P. Rozalia, femeie de 24 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale Cluj în 11 IV 1936 cu un erizipel al feței, de gravitate mijlocie, în a 2-a zi de boală. Placa erizipelatoasă ocupă nasul și obrazul stg. pe ea există multe vezicule. Temperatura la intrare 39,8°. Starea generală ușor alterată. Imediat la intrare se institue un trata-

OBS. 1. Ziua de boală

T.	P.	R.	U.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
0,5	150	70	2200						
39	140	65	2000						
0,5	130	60	1800						
38	120	55	1600						
0,5	110	50	1400						
37	100	45	1200						
0,5	90	40	1000						
36	80	35	800						
0,5	70	30	600						
35	60	25	400						
0,5	50	20	200						
34	40	15	0						
DATA				11. IV	12	13	14	15	16

1936

Dispepsiile fermentative sunt foarte frecvente în timpul verii. — Faza de diaree este urmată de obicei, de o perioadă de constipație.

Pentru combaterea acesteia prescrieți

Carbolax tablete

CĂRBUNE MEDICINAL
EXTRACT DE SENNĂ

laxativ

desinfectant

IN FLATULENȚĂ, METEORISM ENTERITE ACUTE ȘI HIPERACIDITATE

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

Neplăcerile verii: diareea, intoxicațiunile alimentare, disenteria, enteritele acute

le combateți cu succes prin:

Tannocarbon tablete

Carbune medicinal

Tannin albuminat

Antiseptic = Astringent

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

Gedeon Richter

BUCUREȘTI, STRADA PLANTELOR 21, BUCUREȘTI

ment cu prontosil, și pe față comprese cu Burow. Se administrează dimineața și seara câte o injecție intramusculară de 5 cmc. de prontosil solubil, dând în același timp 3 tablete prontosil pe zi pe cale bucală. După 2 zile de acest tratament temperatura scade critic la normal, și se menține așa mai departe, extensiunea plăcii erizipelatoase se oprește, roșeața cedează încet, tumefacția se reduce progresiv. După scăderea temperaturii se mai administrează încă 2 zile tablete de prontosil, 3 pe zi. Vindecarea completă a leziunii locale se produce în 5 zile dela scăderea temperaturii. În a 8-a zi de afebrilitate bolnava părăsește serviciul complet vindecată. În cursul tratamentului bolnava n'a prezentat nici un fenomen de intoleranță față de medicament, urina s'a colorat în roșu-portocaliu; în urină nimic patologic.

OBSERVAȚIA 2. — I. Maria, copilă de 3 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 2 V. 1936 cu un erizipel al gabei stg. de gravitate mijlocie în a 4-a zi de boală. La intrare prezintă o temperatură de 39 grade, starea generală bună. Leziunea erizipelatoasă cuprinde gamba stg. până la 3 degete sub genunchiu. Se începe imediat un tratament cu prontosil: pe zi câte o injecție intramusculară de 3 cmc. prontosil solubil și de 3 x 1/2, tabletă pe cale bucală. Local comprese cu Burow. După 2 zile de astfel de tratament tem-

peratura scade critic, progresiunea plăcii erizipelatoase se oprește, apoi regresează și în 4 zile dispăre complet. După căderea temperaturii mai primește 2 zile prontosil 3x1/2 tabletă pe zi. În a 6-a zi de afebrilitate pleacă acasă complet vindecată. Copila n'a prezentat nici o reacție de intoleranță față de medicament, urina s'a colorat în roșu închis, albuminurie negativ, în timpul tratamentului tegumentele au luat o colorație portocalie care a dispărut repede după suprimarea medicamentului.

OBSERVAȚIA 3. — L. R. femeie de 29 ani, este lăuză în Clinica Ginecologică Cluj, în a 15-a zi de lauzie (în 15 Martie 1936), face brusc temperatură 40 grade, frison, cari sunt datorite unui erizipel al mamelei drepte. În a 2-a zi de boală placa erizipelatoasă cuprinde jumătate mamela, temperatura 39,8°, tahicardie, starea generală ușor alterată. Se începe imediat tratamentul cu prontosil, dimineața și seara câte-o injecție intramusculară de 5 cmc. acompaniată de 3 tablete pe zi, pe cale bucală. Local comprese cu Burow. După 3 zile de tratament, temperatura scade critic la normal, procesul erizipelatos care cuprindea întreaga mamela se oprește apoi regresează și în 3 zile de afebrilitate e complet vindecată. După ce a devenit afebrilă, bolnava a mai luat încă 3 zile prontosil pe cale bucală câte 3 tablete pe zi. Medicația a fost bine suportată neproducându-se nici-o reacțiune patologică din partea organismului.

OBS. 3. Ziua de boală

T.	P.	R.	U.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
0.5	150	70	2200						
39	140	65	2000						
0.5	130	60	1800						
38	120	55	1600						
0.5	110	50	1400						
37	100	45	1200						
0.5	90	40	1000						
36	80	35	800						
0.5	70	30	600						
35	60	25	400						
0.5	50	20	200						
34	40	15	0						
DATA				15 VII	16	17	18	19	20

1936

OBS. 4. Ziua de boală

T.	P.	R.	U.	2.	3.	4.	5.	6.
0.5	150	70	2200					
39	140	65	2000					
0.5	130	60	1800					
38	120	55	1600					
0.5	110	50	1400					
37	100	45	1200					
0.5	90	40	1000					
36	80	35	800					
0.5	70	30	600					
35	60	25	400					
0.5	50	20	200					
34	40	15	0					
DATA				8 VII	9	10	11	12

1936

OBSERVAȚIA 4. — M. M. femeie de 24 ani, în a 10-a zi de lăuzie normală, în 8 Iulie 1936 face un erizipel al mamelei drepte, cu temperatură de 40 grade starea generală ușor alterată, leziunea erizipelatoasă extinzându-se în a 2-a zi de boală asupra jumătății mamelei. Se instituie în a 2-a zi de boală tratament cu prontosil, 2 injecții intramusculare a 5 cmc. și 3 tablete pe cale bucală pe zi. Local comprese cu Burow. După 24 ore de tratament temperatura scade brusc, rămânând afebrilă mai departe, placa erizipelatoasă se vindecă în 3 zile de afebrilitate. În primele 3 zile de afebrilitate bolnava primește numai pe cale bucală câte 3 tablete de prontosil pe zi. Preparatul a fost foarte bine suportat de bolnavă, în urină nimic patologic.

OBSERVAȚIA 5. — F. A. de 21 ani, în a 10-a zi de lăuzie (Clinica Ginecologică), în 15 I 1936, face un erizipel al mamelei drepte, debutând cu frison, temperatura de 40 grade. Starea generală prezintă ușoară albuminurie febrilă. În a 2-a zi de boală când se începe tratamentul cu prontosil, placa erizipelatoasă cuprinde aproape întreaga mamela dreaptă, temperatura 39°8, starea generală alterată. Primește 2 injecții cu prontosil intramuscular a 5 cmc. pe zi și 3 tablete pe cale bucală la zi. Local comprese cu Burow. După 24 ore de administrare a preparatului, deferveșcența se face în criză, e definitivă, placa erizipelatoasă se vindecă în 3 zile de afebrilitate. În primele 2 zile de afebrilitate bolnava primește pe cale bucală 2 tablete prontosil pe zi. Tratamentul a fost foarte bine suportat.

OBSERVAȚIA 6. — G. Paraschiva, de 53 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale Cluj în ziua de 16 V. 1936 cu un erizipel al coapsei stângi. La intrare bolnava este în a 7-a zi de boală. Temperatura la intrare este de 39°5. Starea generală ușor alterată. Placa erizipelatoasă ocupă cele $\frac{2}{3}$ inferioare coapsei stângi. Se începe imediat un tratament cu prontosil de 2x1 injecție intramusculară a 5 cmc. și 3 tablete pe cale bucală pe zi, local se aplică comprese cu Burow. În același timp se administrează și cardiotonice. După 24 ore de administrare de prontosil temperatura scade la 37°1, în ziua următoare mai face o oscilație de 37°7, apoi scade definitiv. Starea generală se ameliorează rapid, placa erizipelatoasă se vindecă în 5 zile de afebrilitate. După ce a devenit afebrilă a mai primit 4 zile tablete de prontosil pe cale bucală câte 4 pe zi. În a 9-a zi de afebrilitate părăsește serviciu complet vindecată. Medicația a fost foarte bine tolerată.

OBSERVAȚIA 7. — S. Maria de 24 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii medicale din Cluj în 30 I 1937. Prezintă un erizipel al piciorului stg., cuprinzând întreaga plantă și dosul piciorului, plecat dela o excoriație pe plantă. Temperatura este de 40 grade, starea generală alterată fenomene toxice, este în a 2 zi de boală. Se instituie imediat un tratament cu prontosil: pe zi 2 injecții a 5 cmc. intramuscular și 3 tablete pe cale bucală. Local se aplică comprese cu Burow. Se mai administrează cardiotonice. După 36 ore de tratament temperatura scade critic la normal și se menține afebrilă. Starea generală se ameliorează rapid, placa erizipelatoasă se vindecă în 5 zile de afebrilitate. În primele 2 zile de afebrilitate primește prontosil numai pe cale bucală, 3 tablete pe zi. În a 6-a zi de afebrilitate părăsește serviciu complet vindecată. Medicația a fost foarte bine suportată.

OBSERVAȚIA 8. — B. Adalbert, de 34 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale Cluj, în 26 I 1937. La intrare prezintă un erizipel al piciorului stg., care interesează întreg piciorul stg., temperatura este de 39°4, tachicardie (120'),

starea generală alterată, ușoare fenomene toxice. La intrare este în a 3-a zi de boală. Se instituie imediat un tratament cu prontosil: câte-o injecție a 5 cmc. pe zi intramuscular și de 3x1 tabletă pe cale bucală, local comprese cu Burow, primește și cardiotonice. După 2 zile de administrare a medicamentului, temperatura scade la normal, placa erizipelatoasă regresează. În primele 2 zile de afebrilitate mai primește câte 3 tablete de prontosil pe zi. Roșeața erizipelatoasă dispăre după 4 zile de afebrilitate, însă tumefacția incompletă. În a 5-a zi de afebrilitate se produce un abces post erizipelatos pe fața dorsală a piciorului acompaniat de o nouă ascensiune de temperatură de 37°8 care e deschis pe cale chirurgicală, după aceea bolnavul devine afebril, afebrilitate care se menține. Plagă chirurgicală se vindecă în 10 zile, după care timp părăsește serviciul. Medicația a fost foarte bine suportată fără nici o reacțiune patologică din partea organismului.

OBSERVAȚIA 9. — Z. Silviu, de 72 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale Cluj în 9 I 1937, în a 3-a zi de boală cu un erizipel al feței. El este transpus la noi dela Clinica Urologică unde i s'a executat o cisto-stomie pentru hipertrofie de prostată. La intrare prezintă o placă erizipelatoasă care interesează nasul și întreg obrazul stg., temperatura 39°. Starea generală ușor alterată. Se instituie un tratament cu prontosil: pe zi, pe cale bucală câte 4 tablete și intramuscular câte-o injecție a 5 cmc., deasemenea se administrează cardiotonice în injecțiuni. Local pe leziunea erizipelatoasă se aplică comprese cu Burow. După 2 zile de tratament bolnavul devine afebril; mai primește prontosil pe cale bucală în primele 2 zile de afebrilitate. Leziunea erizipelatoasă se oprește în progresiune cu scăderea temperaturii și se vindecă după 4 zile de afebrilitate. Medicația a fost foarte bine suportată. După 11 zile de afebrilitate este retranspus la Clinica Urologică.

OBSERVAȚIA 10. — C. Ema, femeie de 31 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 18 VIII. 1936 cu un erizipel al gambei drepte, în a 3-a zi de boală. La intrare prezintă o temperatură de 39°6, starea generală relativ bună, placa erizipelatoasă cuprinde întreaga gamba dreaptă. Se instituie un tratament cu prontosil, câte o injecție intramusculară de 5 cmc, și 3 tablete pe cale bucală pe zi. După 2 zile de tratament temperatura scade la normal, 3 zile mai făcând ușoare suferințe, în care timp primește numai 3 tablete prontosil pe zi. Placa erizipelatoasă se vindecă după 7 zile de afebrilitate. Părăsește serviciul în a 8-a zi de boală. Preparatul a fost bine tolerat.

OBSERVAȚIA 11. — L. Năzărca, femeie de 47 ani intră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale — Cluj, în 10. I. 1937, cu o pustulă malignă a amelor pleoape ale ochiului stg., care în curs de 2 săptămâni se vindecă cu tratamentul obișnuit în astfel de cazuri. După detașarea crustei negre, rămâne o ulcerăție profundă a ambelor pleoape și face un erizipel cu punct de plecare dela pleoapa inferioară stg., în 26 II. 1937, începând cu temperatura de 40; frison, stare generală alterată, ușoară albuminurie febrilă; a 2-a zi se prezintă placa erizipelatoasă, care în curs de o zi cuprinde întreg obrazul respectiv. Se aplică imediat, deci în a 2-a zi de boală, câte-o injecție de prontosil de 5 cmc. intramuscular pe zi și 3 tablete prontosil pe cale bucală. După 24 ore de la administrare temperatura cade critic și se menține afebrilă. Leziunea erizipelatoasă se oprește apoi se reduce și se vindecă în 3 zile de afebrilitate. În primele 2 zile de afebrilitate primește pe cale bucală câte 3 tablete pe zi. În a 13-a zi de afebrilitate bolnava face o re-

căldură de erizipel pe acelaș loc unde a fost primul, cu temperatura de 40° în prima zi. Se administrează imediat din nou prontosil în acelaș fel ca prima dată; sub influența căreia în 3 zile bolnava este afebrilă, placa erizipelatoasă care se extinsese puțin și pe frunte și obrazul opus se vindecă în 5 zile, apoi în a 10-a zi de afebrilitate bolnava pleacă complet vindecată.

OBSERVAȚIA 12. — F. Vasile, bărbat de 72 ani, întră secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 2. I. 937, cu un erizipel al gabei stg. în a 4-a zi de boală. La intrare temperatura este 38'5. Starea generală foarte gravă, puls frecvent (125'), placa erizipelatoasă cuprinde extremitatea inferioară stg. până la genunchiu. Se instituie imediat un tratament cu prontosil: 2 injecții pe zi de 5 cmc. și 4 tablete pe zi pe cale bucală; cardiotonice în injecțiuni și tratament local cu comprese cu Burow. După 5 zile de tratament erizipelul regresează încet; temperatura scade însă nu complet făcând oscilațiuni între 36'5—38'; starea generală se ameliorează. În a 8-a zi dela intrare în serviciu, roșeața erizipelatoasă este complet dispărută, însă tumefacția gabei până la genunchi persistă și tinde să devină fluctuantă, care fluctuență devine tot mai evidentă desvoltându-se un flegmon post erizipelatos pe tot tractul gabei. Se execută mai multe inciziuni, eliminându-se o cantitate mare de puroiu, în care s'a găsit streptococi. Temperatura scade, însă după 2 zile de afebrilitate din nou se urcă, apoi temperatura evoluează foarte neregulat, cu oscilații variate între 36'7—38'5, existând câte-odată și perioade afebrile de 1—2 zile. Bolnavul este în serviciul nostru vre-o 6 săptămâni, în care timp a primit aproape în mod continuu prontosil zilnic câte-o fioală a 5 cmc. intramuscular și cardiotonice în injecțiuni. Pansamentul plăgii în fiecare zi. Bolnavul era un teren foarte debilitat, denutrit, anemiata dela intrare, astfel că vindecarea diferitelor abcese incizate, progresa extrem de încet. În cele din urmă aparținătorii l-au dus acasă fără ca abcesele să fie vindecate, cu stare generală destul de gravă.

OBSERVAȚIA 13. — P. Alexandru, bărbat de 30 ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în ziua de 5, XI. 936, cu un erizipel al regiunii cervicale stg. și a feței, în a 3-a zi de boală. Bolnavul a făcut radioterapie în regiunea cervicală stg. pentru limfogranulomatoză. După a 6-a sedință în 3, XI. 936 bolnavul a prezentat brusc temperatură 40°, frison, greață, vărsături, starea generală gravă, albuminurie febrilă și a 2-a zi a apărut o placă erizipelatoasă în regiunea cervicală tratată cu raze X; placa erizipelatoasă s'a extins repede pe partea stg. a feței și are tendință de-a trece pe torace. Immediat după intrare se începe un tratament cu prontosil câte 2 injecții intramuscular de 5 cmc. și 3 tablete bucal pe zi. După 3 zile de administrare, temperatura scade, rămânând subfebrilă, placa erizipelatoasă regresează încet și dispare în 6 zile. După 10 zile de subfebrilitate până la 37'5 bolnavul face din nou temperatură desi primise prontosil în perioada subfebrilităților câte 3 tablete pe zi. Această nouă urcare de temperatură, care variază între 38—39° esta cauzată de către o serie de artrite septice cari au devenit ulterior purulente, necesitând incizii chirurgicale, la articulația piciorului drept și a cotului stg. În puroiul eliminat s'au găsit streptococi hemolitici și diplococi. Bolnavul mai primește în perioada aceasta cu temperatură mare câte-o injecție de 5 cmc. intramuscular pe zi, timp de 10 zile, concomitent și electrargol în injecțiuni intramusculare și cardiotonice. Temperatura în unele zile era mai mică (37'—37'8), în alte zile era mai mare (33—39°), mai târziu a mai făcut o colecție purulentă la gamba stg., care iarăși a fost incizată. După acela, toate plăgile tindeau spre vindecare, bolnavul pre-

zentând oscilații variabile între 37—38 grade. După 2 luni de ospitalizare, bolnavul este transportat acasă într-o stare relativ bună urmând a urma pansamentele la domiciliu. Deși în acest caz prontosilul s'a administrat timp destul de îndelungat, el a fost bine suportat neproducând nici o turburare.

OBSERVAȚIA 14. — D. Aurica, fată de 12 ani, întră în secția bolii contagioase a Clinicii Medicale în ziua de 27, VI. 936 cu un erizipel al gabei stg., în a 6-a zi de boală. La intrare se constată că placa erizipelatoasă cuprinde întreaga gamba stg. până la genunchiu cu tendință la progresiune spre coapsă. Temperatura 39'9. Pulsul 125' starea generală alterată, fenomene de intoxicație. Se începe un tratament cu prontosil: zilnic câte-o injecție a 5 cmc. intramuscular și 4 tablete pe cale bucală. Local comprese cu Burow; însă timp de 5 zile de administrare a prontosilului erizipelul progresa, cuprinde întreaga coapsă, în acelaș timp temperatura se menține între 38'—39', starea generală ușor alterată. În a 6 a zi de administrare temperatura scade eritic la normal și se menține mai departe. Bolnava mai primește în primele zile de afebrilitate prontosil numai pe cale bucală 3 tablete pe zi, apoi se suprimă. Placa erizipelatoasă se vindecă complet în primele 5 zile de afebrilitate. În a 8-a zi de afebrilitate, bolnava părăsește serviciu complet vindecată. Medicația a fost foarte bine suportată.

OBSERVAȚIA 15. — G. Vasile, bărbat de 44 de ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în ziua de 19, II. 937, cu un erizipel al feței, în a doua zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde nasul, ambi obraji în jumătățile lor mediane, prezentând vezicule deasupra plăcii erizipelatoase, temperatura 38'—39'5, puls 120'. Starea generală alterată, fenomene toxice. Se instituie imediat un tratament cu prontosil: zilnic câte-o injecție intramusculară de 5 cmc. și 4 tablete pe cale bucală, local comprese cu Burow. După 4 zile de acest tratament temperatura scade eritic, starea generală se ameliorează rapid și rămâne definitiv afebril leziunea erizipelatoasă se vindecă în decurs de 4 zile de afebrilitate. În primele 2 zile de afebrilitate mai primește câte 3 tablete prontosil pe zi per os. În a 7-a zi de afebrilitate pleacă acasă complet vindecat.

OBSERVAȚIA 16. — C. Grigore, bărbat de 45 ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în ziua de 15, II. 937, cu un erizipel al feței în a 2-a zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde nasul și obrazul stg. Temperatura 39,7, starea generală ușor alterată. Se administrează imediat zilnic: câte-o injecție intramusculară de 4 cmc. prontosil și 4 tablete prontosil pe cale bucală, local comprese cu Burow. A 2-a zi după acest tratament temperatura scade la 36'5. Starea generală se ameliorează, în următoarele 3 zile temperatura se menține între 37'—38' apoi devine definitiv afebril. În acelaș timp placa erizipelatoasă care a mai progresat și la obrazul opus, cu scăderea temperaturii regresează și se vindecă în cele 5 zile afebrile. Cât timp a prezentat temperatură, a primit dozele de prontosil amintite, după scăderea temperaturii s'a mai administrat 2 zile pe cale bucală 3 tablete prontosil pe zi. În a 8 a zi de afebrilitate părăsește secția complet vindecat.

OBSERVAȚIA 17. — O femeie de 25 ani, întră în Spitalul epidemic Cluj în 15 II. 1937 cu un erizipel al feței în a 3-a zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde nasul și jumătatea obrazului drept. Temperatura 40', starea generală ușor alterată. Se administrează imediat zilnic câte-o injecție intramuscular de 5 cmc. prontosil și per os 3 tablete; local comprese cu Burow și cardiotonice în injecțiuni. După 2 zile de

tratament, temperatura cade critic dela 39'5 la 36'7 starea generală se ameliorează rapid. Roșeața erizipelatoasă regresează și se vindecă în 4 zile de afebrilitate. În primele 2 zile fără temperatură, bolnava mai primește câte 2 tablete prontosil pe cale bucală. În a 8-a zi de afebrilitate bolnava părăsește serviciul complet vindecată.

OBS. 18. — O. Dumitru, bărbat de 60 ani. Intră în secția de boli contagioase a Clinicei Medicale în ziua de 5 II. 1937 cu un erizipel al extremității superioare stg. în 2-a zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde întreg brațul și antebrațul stg., cari sunt în același timp foarte tumefiate în special antebrațul și cotul. Temperatura este 40°. Starea generală foarte gravă, ușoară albuminurie fenomene intense de agitație cerebrală. Se începe imediat un tratament cu prontosil 2 injecții de 5 cmc. intramuscular pe zi și 4 tablete pe cale bucală pe zi. Local se aplică comprese cu Burow, apoi injecțiuni cu cardiotonice. După 2 zile de acest tratament leziunea erizipelatoasă se oprește, roșeața regresează încet, temperatura începe a scădea în mod litic, astfel că în 4 zile este afebril și roșeața erizipelatoasă este complet dispărută, însă tumefacția antebrațului persistă unde se dezvoltă o colecție supurativă subcutanată care necesită incizie largă și care după aceea se vindecă în mod progresiv. După scăderea completă a temperaturii, prontosilul se mai administrează încă 3 zile câte 3 tablete pe zi și pe cale bucală, după aceea se suprimă, bolnavul fiind numai pansat pentru abcesul posterizipelatos incizat până la vindecare, care se produce în curs de 2 săptămâni.

OBSERVAȚIA 19. — N. Maria, fetiță de 14 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicei Medicale în ziua de 18 II. 1937, cu un erizipel al feții, în a doua zi de boală. La intrare leziunea erizipelatoasă cuprinde nasul și ambii obraji în jumătățile lor interne. Temperatura 39'8, pulsul 125', starea generală ușor alterată. Se instituie imediat un tratament cu prontosil, zilnic o injecție cu 5 cm. c. intramuscular și 3 tablete pe cale bucală; local comprese cu Burow, cardiotonice starea generală se ameliorează, placa erizipelatoasă a mai progresat puțin ocupând obraji și jumătatea frunții, după alte 2 zile bolnava devine afebrilă, leziunea erizipelatoasă se oprește în progresiune și dispăre încet astfel că bolnava este complet vindecată în 5 zile de afebrilitate.

OBSERVAȚIA 20. — B. Ana, fetiță de 15 ani, intră în Spitalul Epidemic Cluj, în 21 XII. 1936 cu un erizipel al feții, în a 3-a zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde nasul, ambii obraji în întregime și pleoapele. Temperatura — 40°. Starea generală alterată, ușoară albuminurie febrilă. Primește imediat tratament cu prontosil: zilnic o injecție cu 5 cmc intramuscular și 3 tablete bucal. Local comprese cu Burow și cardiotonice în injecție. Fenomenele locale se mai mențin încă 3 zile dela instituirea tratamentului cu prontosil, chiar se mai extind și la frunte, la fel și temperatura persistă împreună cu starea generală ușor alterată, însă după 3 zile de tratament temperatura cade critic dela 39'5 la 36,7 și mai departe se menține afebrilă, Fenomenele locale la fel regresează astfel că în 4 zile de afebrilitate dispar complet. În primele două zile fără temperatură, bolnava mai primește câte 2 tablete prontosil pe zi. În a 9 zi de afebrilitate părăsește serviciul complet vindecată.

OBSERVAȚIA 21. — K. Ioan, bărbat de 39 ani, intră în Spitalul Epidemic Cluj în 16 XII. 1936 cu un erizipel al extremității inferioare stângi, în a 7 zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde gamba și jumătatea inferioară a coapsei, temperatura 38'4, starea generală bună. Se instituie un tratament

cu prontosil: zilnic câte o injecție intramusculară cu 5 cmc. și 3 tablete pe cale bucală, local comprese cu Burow. După 3 zile de tratament temperatura scade la normal, placa erizipelatoasă după ce progresase puțin se reduce și dispăre în decurs de 5 zile de afebrilitate. Tumefacția extremității se reduce încet astfel că numai după 2 săptămâni de afebrilitate extremitatea bolnavă la dimensiunile normale când părăsește serviciul.

OBSERVAȚIA 22. — T. Maria, femeie de 43 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicei Medicale în 8 IX 1936, cu un erizipel al nasului în a treia zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde întreg nasul și foarte puțin din obraz. Temperatura 38°, starea generală bună. Se administrează câte o injecție intramusculară de 5 cmc. prontosil pe zi și 2 tablete din prontosil bucal. Local comprese cu Burow. După 24 ore de tratament temperatura scade la normal, roșeața erizipelatoasă nu mai progresează, se reduce și dispăre complet în 3 zile de afebrilitate. În primele 3 zile de afebrilitate bolnava a mai primit pe zi câte 2 tablete prontosil pe cale bucală. În a 4-a zi de afebrilitate părăsește serviciul complet vindecată.

OBSERVAȚIA 23. — M. Ion, bărbat de 44 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicei Medicale în 8 IX. 1936 cu un erizipel al cotului drept în a 6-a zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde regiunea cotului drept până la jumătatea antebrațului și jumătatea brațului. Temperatura 38,2°, starea generală bună. Primește zilnic câte o injecție intramusculară de 5 cmc. prontosil și 2 tablete pe cale bucală. Local comprese cu Burow. După 2 zile de tratament temperatura scade la normal, placa erizipelatoasă regresează și roșeața dispăre încet în decurs de 5 zile. Tumefacția cotului persistă, se dezvoltă un abces post-erizipelatos în acest loc care este incizat și vindecarea lui decurge în mod normal. După 2 săptămâni de ospitalizare părăsește serviciul complet vindecat, inclusiv abcesul.

OBSERVAȚIA 24. — M. Marta, femeie de 31 ani, intră în secția de boli contagioase a Clinicei Medicale în 7 VII 1936 cu un erizipel al flancului drept survenit după o operație de apendicită executată înainte cu o săptămână, în a 2-a zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde flancul drept și fosa iliacă dreaptă. Temperatura se menține ridicată la 38°—39°. Starea generală rea, fenomene toxice. Se instituie imediat un tratament cu prontosil, zilnic câte 2 injecții intramusculare de 5 cmc. și 3 tablete prontosil pe cale bucală. Local comprese cu Burow. Placa erizipelatoasă mai progresează încă 2 zile, cuprinzând și baza hemitoracelui drept, temperatura persistă, în acest timp starea generală se menține alterată pentru care primește cardiotonice: După 2 zile de tratament progresiunea erizipelului se oprește, temperatura scade la 36,5° și roșeața erizipelatoasă dispăre după 6 zile dela instituirea tratamentului cu prontosil, însă în zilele următoare temperatura se urcă din nou până la 38° și persistă 6 zile de-a rândul din cauza unui flegmon subcutanat dezvoltat în flancul drept unde a fost roșeața erizipelatoasă. Se incizează acest flegmon, apoi temperatura scade la normal și vindecarea se produce în condițiuni normale. Tratamentul cu prontosil începând din a 3-a zi de administrare a constată o înalte o injecție intramusculară de 5 cmc. încă timp de 5 zile. Bolnava în decursul acestui tratament îndelungat a prezentat o ușoară colorație galbenă a tegumentelor; părăsește serviciul vindecată după 3 săptămâni de ospitalizare.

OBSERVAȚIA 25. — G. Ela, femeie de 30 ani, intră în

secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 16 VII 1936 cu un erizipel al piciorului și gambei stângi, în a 3-a zi de boală. La intrare temperatura este 40°, starea generală ușor alterată, placa erizipelatoasă cuprinde întreg piciorul și jumătatea inferioară a gambei stângi. Primește zilnic câte o injecție prontosil de 5 cmc. intramuscular și 3 tablete prontosil pe cale bucală. Local comprese cu Burow și cardiotonice bucal. În primele 3 zile de tratament erizipelul mai progresează, cuprinde întreaga gamba stângă, temperatura se menține între 39°—40°. După 2 zile de tratament progresiunea erizipelului se oprește, temperatura scade la 37,5°, însă se menține în următoarele 3 zile între 37,5° și 38,4°, starea generală bună. În a 7-a zi de boală temperatura scade la normal definitiv, placa erizipelatoasă se vindecă în următoarele 3 zile afebrile. Bolnava a primit prontosil timp de 5 zile cât timp a prezentat temperatură. Bolnava a prezentat o ușoară colorație galbenă a tegumentelor în timpul administrării medicamentului.

OBSERVAȚIA 26. — S. Ileana, femeie de 25 ani, vine în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 6 VI 1936 cu un erizipel al extremității inferioare drepte în a 2-a zi de boală. Bolnava vine din Clinica Chirurgicală prezentând în același timp o tumoră albă a genunchiului. La intrare temperatura este 39,2°. Starea generală este ușor alterată. Erizipelul interesează genunchiul, jumătatea coapsei și a gambei a membrului inferior drept. Se institue un tratament cu prontosil zilnic o injecție cu 5 cmc. intramuscular și 3 tablete bucal. Concomitent primește și câte o fiolă omnadină pe zi, cardiotonice în injecții, local comprese cu Burow. În primele zile de tratament procesul erizipelatos progresează, cuprinde întreaga coapsă și fesa dreaptă, temperatura se menține ridicată la 38°—39°, starea generală ușor alterată. După aceea erizipelul se oprește, leziunea locală ragrează încet, temperatura scade la 36,5° făcând oscilații până la 37,5° în zilele următoare. Starea generală se ameliorează. În 5 zile de afebrilitate roșeața erizipelatoasă a dispărut complet, după care timp bolnava e retranspusă în Clinica Chirurgicală.

OBSERVAȚIA 27. — C. Gheorghe, bărbat de 41 ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 28 V. 1936 cu un erizipel al feții în a 4 zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde nasul și obrazul stâng, temperatura 39,5°, starea generală ușor alterată. Se administrează imediat zilnic câte o injecție intramusculară de 5 cmc. prontosil și 2 tablete pe cale bucală, cardiotonice pe cale bucală, local comprese cu Burow. După 24 ore de tratament progresiunea erizipelului se oprește, apoi se reduce încet, temperatura scade în mod litic, astfel că în 4 zile este complet afebril, în primele 3 zile afebrile placa erizipelatoasă este complet vindecată. În a 6 zi de afebrilitate părăsește serviciul vindecat.

OBSERVAȚIA 28. — R. Maria, femeie de 44 ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 19 I. 1937 cu un erizipel al feții, în a doua zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde nasul și obrazul stâng. Temperatura 39,5°, starea generală bună. Se institue un tratament cu prontosil zilnic câte o injecție a 5 cmc. intramuscular și 3 tablete pe cale bucală. Cu tot tratamentul aplicat erizipelul progresează, cuprinde ambii obraji, pleoapele, fruntea, după aceea progresiunea erizipelului se oprește după 5 zile și se reduce încet, temperatura scade în mod litic astfel că în curs de 5 zile este complet afebrilă. Placa erizipelatoasă se vindecă complet în primele 3 zile de afebrilitate. Pleacă acasă după alte două zile de afebrilitate.

OBSERVAȚIA 29. — D. Victor, bărbat de 45 ani, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 21 IV. 1936 cu un erizipel al extremității inferioare stângi în a 8-a zi de boală. La intrare placa erizipelatoasă cuprinde întreaga extremitatea inferioară stângă de jos în sus până la treimea inferioară a coapsei, este foarte tumefactă, în special gamba. Temperatura este 39,5°, starea generală foarte gravă, ușoară albuminurie febrilă, tachicardie (125'), fenomene toxice, fenomene de agitație. Se institue un tratament cu injecții intramusculare de prontosil de 2x5 cmc. pe zi și 3 tablete pe cale bucală, tratament local comprese cu Burow și cardiotonice în injecțiuni. Timp de 3 zile cu acest tratament nu se observă nici un rezultat deosebit, erizipelul progresează cuprinde întreaga coapsă și fesa stângă, temperatura se menține constant urcată, 39° până la 40°. Starea generală foarte proastă de aceea atașăm prontosilului injecțiuni cu ser antistreptococic câte 100 cmc. pe zi intramuscular 2 zile consecutiv. După încă 3 zile de temperatură erizipelul se oprește, roșeața regrează și dispăre încet, temperatura scade în mod litic însă nu definitiv, persistând oscilații până la 37,6°. Starea generală se ameliorează. Se dezvoltă apoi o colecție flegmonoasă la nivelul gambei stângi care este incizată și tratată în mod obișnuit prin pansamente. Devine complet afebril după 8 zile de tratament, după 10 zile de afebrilitate din nou face temperatură care se explică prin o colecție dezvoltată în coapsa stângă, care se incizează după care temperatura scade litic. Bolnavul se vindecă foarte încet după 6 săptămâni de ospitalizare. În timpul administrării prontosilului s'a prezentat o ușoară colorație galbenă a tegumentelor care a dispărut destul de repede după încetarea administrării.

OBSERVAȚIA 30. — I. Ion, copil de 5 săptămâni, întră în secția de boli contagioase a Clinicii Medicale în 10 V. 1936 cu un erizipel al feții, fiind transpus de la Clinica Gynecologică împreună cu mama lui în a 2-a zi de boală. La intrare erizipelul cuprinde nasul și obrazul drept. Temperatura 40,3°, starea generală gravă. Se începe un tratament cu prontosil. Se injectează câte 2 cmc. intramuscular pe zi, cardiotonice în injecțiuni, local comprese cu Burow. După 3 zile de tratament (în care timp erizipelul cuprinde întreaga față, fruntea, pielea păroasă a capului) temperatura începe să scadă în mod litic până la 36,8°, progresiunea erizipelului se oprește pe un moment și starea generală se ameliorează. Însă placa erizipelatoasă din nou progresează trecând pe spate, temperatura se urcă iarăși variind între 38°—39,5°, erizipelul migrează pe spate, pe brațe, apoi trece în jos pe extremitatea inferioară, astfel devenind un erizipel migrant pe întreg corpul, totuși sfârșește prin vindecare după 19 zile de boală, temperatura scăzând la normal, roșeața dispărând complet, starea generală revenind la normal. Micul bolnav a primit injecțiuni cu prontosil intramuscular 2 cmc. pe zi în primele 10 zile de boală. În timpul tratamentului bolnavul a prezentat o ușoară colorație galbenă a tegumentelor care colorație a dispărut după suprimarea medicamentelor.

Din analiza sumară a acestui tablou se constată că rezultatele obținute de noi cu prontosil în tratamentul erizipelului, în general sunt bune, prin ceia confirmă rezultatele obținute de toți autorii cari au întrebuintat prontosilul în tratamentul acestei boli infecțioase.

Intr'adevăr, din cele 30 de cazuri ale noastre se



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

TOATE
NEVRALGIILE
REBELE

NAÏODINE

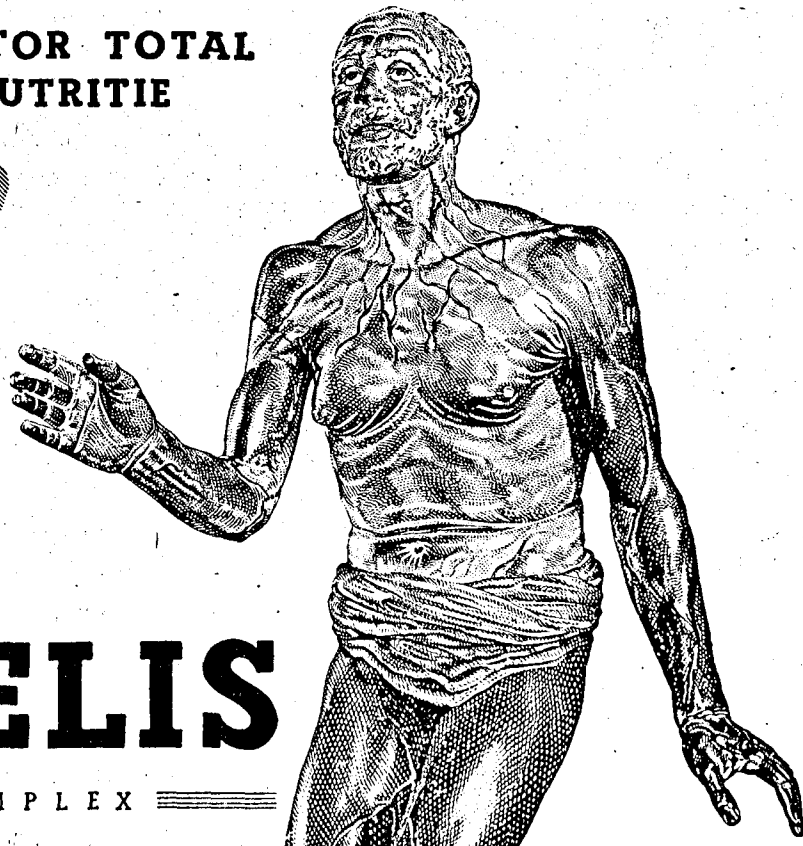
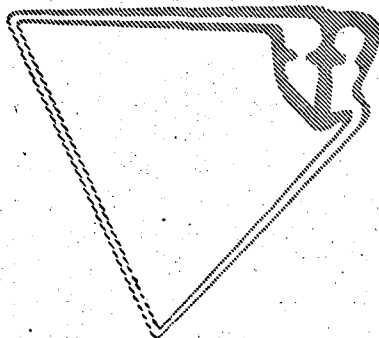
NAÏODINE B
 în soluție concentrată la 5%
SPECIALĂ PENTRU INJEȚII INTRAVENOASE
 CURA ATOXICĂ A DIVERSELOR
 NEVRAXITE ȘI ALGII REBELE

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.

DISCUȚIA CAZURILOR

Pentru a face discuția cazurilor și a rezultatelor obținute mai ușor, vom rezuma în tabloul alăturat observațiunile noastre:

Nr. observațiunii	Etatea	Temperatura la intrarea în serviciu	Starea generală	Ziua de boală la intrare	Căderea temperaturii, dela administrarea prontosilului	Placa erizipelatoasă se vindecă dela adm. pront.	Complicații
1	24 ani	39,8°	ușor alterată	a 2 zi	după 2 zile	7 zile	
2	3 ani	39°	bună	a 4 zi	după 2 zile	8 zile	
3	29 ani	40°	ușor alterată	a 2 zi	după 3 zile	6 zile	
4	24 ani	40°	ușor alterată	a 2 zi	după 24 ore	4 zile	
5	21 ani	40°	gravă	a 2 zi	după 24 ore	4 zile	
6	53 ani	39,5°	ușor alterată	a 7 zi	după 2 zile	7 zile	
7	24 ani	40°	alterată	a 2 zi	după 2 zile	7 zile	
8	34 ani	39,4°	alterată	a 3 zi	după 2 zile	6 zile	Abcese post. eriz.
9	72 ani	38°	ușor alterată	a 3 zi	după 2 zile	6 zile	
10	31 ani	39,6°	relativ bună	a 3 zi	după 2 zile	7 zile	Recidiv a 13 zi
11	47 ani	40°	gravă	a 2 zi	după 24 ore	4 zile	
12	72 ani	38,5°	foarte gravă	a 4 zi	după 5 zile	8 zile	Flegmon Artrite septice
13	30 ani	40°	gravă	a 3 zi	după 3 zile	9 zile	
14	12 ani	39,9°	alterată	a 6 zi	după 6 zile	11 zile	
15	44 ani	39,5°	alterată	a 2 zi	după 4 zile	8 zile	
16	45 ani	39,7°	ușor alterată	a 2 zi	după 5 zile	10 zile	
17	25 ani	40°	ușor alterată	a 3 zi	după 2 zile	6 zile	
18	60 ani	40°	foarte gravă	a 3 zi	după 4 zile	4 zile	Abces
19	14 ani	39,8°	ușor alterată	a 2 zi	după 4 zile	9 zile	
20	15 ani	40°	alterată	a 3 zi	după 3 zile	7 zile	
21	39 ani	38,4°	bună	a 7 zi	după 3 zile	8 zile	
22	43 ani	38°	bună	a 3 zi	după 24 ore	4 zile	
23	44 ani	38°	bună	a 6 zi	după 2 zile	5 zile	Abces
24	31 ani	39,8°	rea	a 2 zi	după 2 zile	6 zile	Flegmon
25	30 ani	40°	ușor alterată	a 3 zi	după 7 zile	10 zile	
26	25 ani	39,2°	ușor alterată	a 2 zi	după 3 zile	8 zile	
27	41 ani	39,5°	ușor alterată	a 4 zi	după 4 zile	7 zile	
28	44 ani	39,5°	bună	a 2 zi	după 5 zile	8 zile	
29	45 ani	39°	foarte gravă	a 8 zi	după 8 zile	10 zile	Flegmon
30	5 săpt.	40,3°	gravă	a 2 zi	după 19 zile	20 zile	

constată că sub acțiunea tratamentului cu prontosil diferitele manifestări ale boalei dispar în modul următor:

1. *Temperatura* în 4 cazuri (13,3%) cade în mod critic dela 39°—40° la completă afebrilitate după 24 ore de tratament; în 10 cazuri (33,3%) după 2 zile de tratament; în 5 cazuri (16,6%) după 3 zile de tratament; în 4 cazuri (13,3%) după 4 zile de tratament; în 3 cazuri (10%) după 5 zile de tratament; 1 caz după 7 zile de tratament; 1 caz după 8 zile de tratament și 1 caz după 19 zile dela instituirea tratamentului. Se constată deci că în 14 cazuri, deci în aproape 50% a cazurilor temperatura scade în mod critic dela 39°, 40° la completă afebrilitate în 1-2 zile dela instituirea tratamentului; în alte 9 cazuri (30%) în 3-4 zile deci în 23 cazuri (76,6%) temperatura cade în primele patru zile de tratament.

2. *Placa erizipelatoasă* cu căderea temperaturii se oprește în progresiune, însă dispariția ei completă se face după câteva zile de afebrilitate, în majoritatea cazurilor în primele 7 zile dela instituirea tratamentului.

3. *Starea generală* a bolnavilor în cazurile în care ea a fost alterată, sub influența tratamentului și mai ales după căderea temperaturii repede se ameliorează dispărând toate fenomenele generale grave și toate fenomenele de intoxicație.

4. *Vârsta* bolnavilor a variat între 5 săptămâni până la 72 de ani, majoritatea fiind de vârstă adultă.

5. În ce privește ziua de boală în care bolnavii au intrat în serviciu și s'a început tratamentul cu prontosil în majoritatea cazurilor (21) aceasta a fost ziua a doua și a treia de boală.

6. *Complicații* supurative locale (abcese, flegmoane) sau la distanță, s'au prezentat în 8 cazuri, cari au fost deschise chirurgical și tratate în mod obișnuit. Într'un caz s'a înregistrat o recidivă.

Se constată deci în mod indiscutabil o influență favorabilă a prontosilului asupra erizipelului. Sub acțiunea acestui tratament majoritatea cazurilor se vindecă foarte repede. În 76,6% a cazurilor noastre temperatura cade critic în primele 4 zile de tratament ameliorându-se în același timp starea generală, dispărând toate fenomenele cu o reperiție însemnată, regerând și dispărând după căderea temperaturii și placa erizipelatoasă destul de repede. Desigur că erizipelul este o boală infecțioasă cu o tendință naturală spre vindecare după o evoluție de 7—9 zile și există și cazuri de forme abortive de erizipel unde defervescența și vindecarea se face mai repede; astfel că cineva ar putea spune că aceste vindecări obținute prin tratamentul cu prontosil ar fi simple coincidențe și că administrarea medicamentului a coincis cu vindecarea

spontană a boalei. Această obiecțiune este ușor de combătut întrucât vindecarea spontană a erizipelului se face după o evoluție mai lungă a bolii în 7—9 zile și defervescența se face în mod litic în câteva zile. Ori în 76,6% a cazurilor noastre această vindecare începe, după un tratament de 1—4 zile și temperatura de cele mai multe ori cade în mod critic dela 39°-40° la normal, ceea ce este excepțional în vindecările spontane. Chiar dacă considerăm și timpul cât a fost individul bolnav înainte de începerea tratamentului și atunci constatăm în cazurile noastre, că sub influența acestui tratament vindecarea începe: în 4 cazuri după 2 zile de boală; în 3 cazuri după 3 zile de boală; în 6 cazuri după 4 zile de boală și în 5 cazuri după 5 zile de boală; deci în total în 18 cazuri (60%) vindecarea începe în primele 5 zile dela debutul boalei; ori vindecarea spontană după cum am amintit începe de obicei dela a 7 zi de boală. În consecință faptul că într'un procent așa de însemnat de cazuri vindecarea erizipelului se produce relativ destul de repede ne îndreptățește să conchidem că într'adevăr acest medicament are o acțiune bună în această boală. Este adevărat că și printre cazurile noastre sunt câteva unde vindecarea s'a produs în timpul obișnuit a unei vindecări spontane; chiar există un caz de erizipel ambulant care a durat 20 de zile, însă aceste cazuri sunt puține la număr, astfel că nu infirmă concluzia noastră de mai sus. Iarși este adevărat că și cu acest tratament nu s'au putut preveni complicațiunile supurative locale sau la distanță, cari s'au produs în 8 din cazurile noastre, însă se pare că aceste complicațiuni în parte sunt evitate cu acest tratament deoarece frecvența lor în erizipel de obicei este mai mare.

Dosajul și modul de administrare

În ceea ce privește calea de administrare unii autori în tratamentul erizipelului utilizează de preferință calea bucală, obținând rezultate terapeutice foarte bune cu această cale de administrare. Noi preferăm calea de administrare combinată: Prin injecțiuni intramusculare asociate cu calea bucală. Calea intramusculară credem noi că este de utilizat de preferință în toate cazurile, mai ales la copii unde totuși întâmpinăm o oarecare greutate în administrarea medicamentului. La copii autorii au administrat tabletele de prontosil pe cale bucală dizolvate în lapte s'au în ceai și în general au fost destul de bine tolerate. Totuși copiii adesea scuipă medicamentul, în unele cazuri s'a înregistrat o ușoară greață și vărsături, deaceia credem noi că în special la copii, mai nimerită este calea intramusculară de administrare. La adulți ne putem mări la calea de administrare bucală în cazurile mai ușoare

de erizipel sau în cazurile tratate la domiciliu unde nu avem posibilitatea să vizităm de 1—2 ori pe zi bolnavul pentru a-i face injecție. În toate celelalte cazuri și la adult este mai bine să recurgem la calea intramusculară.

Dosajul întrebuițat de noi la bolnavii adulți a fost următorul: Am administrat de obicei pe zi 1—2 injecții intramusculare de prontosil, de câte 5 cmc. pe injecție și am administrat în același timp 2—4 tablete prontosil pe cale bucală. După defervescența bolnavului, am mai continuat tratamentul numai pe cale bucală 2—4 tablete pe zi, 2—3 zile de afebrilitate. Am continuat acest tratament și după căderea temperaturii, așa după cum recomandă toți autorii, pentru a evita eventualele recidive de boală, cari în erizipel se întâlnesc destul de des și din acest punct de vedere credem că am obținut rezultat favorabil, fiindcă numai într'un caz din cele 30 am înregistrat o recidivă de erizipel (observația 11) la 13 zile după prima boală, ori recidivele în erizipel în mod obișnuit survin într'o proporție mai mare. Dacă administrarea prontosilului se face numai pe cale bucală se vor administra 6—8 tablete la zi în mod fracționat în decursul zilei. Copiii primesc doze mai mici: sugacii $\frac{1}{4}$ și copiii mai mici $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$ din doza adultului.

Medicamentul a fost foarte bine tolerat în toate cazurile noastre. N'am observat nici o reacție de intoleranță din partea tubului gastro-intestinal sau din partea altui organ. N'am observat în nici un caz albuminurie survenită după administrarea preparatului, chiar dacă a existat o ușoară albuminurie febrilă; la începutul boalei aceasta a dispărut repede cu scăderea temperaturii. Urina în toate cazurile în timpul administrării medicamentului a luat o culoare roșie portocalie de intensitate variabilă. În unele cazuri, unde administrarea medicamentului s'a făcut timp mai îndelungat, am observat și o ușoară colorație galbenă a tegumentelor; care iar a dispărut destul de repede după suprimarea tratamentului.

(Dela încheierea acestei lucrări am mai tratat 5 cazuri de erizipel cu prontosil, obținând aproximativ același rezultat favorabil).

CORELAȚIUNEA GENETICĂ ÎNTRE MONOCIȚII SANGHINI ȘI SISTEMUL RETICULOENDOTELIAL

de:

Dr. NICOLAE CHRISTOF
Sănicolăul - mare.

Organismul reacționează la acțiunea agentului patogen prin măsuri de apărare biologicofuncționale; rezultatul se manifestă prin diferitele alterațiuni organice, cauzate de acțiunea nocivă a agentului. Sângele, ca un organ umoral-celular, prin proprietatea sa de fluid stă în contact cu totalitatea organismului și ca atare de sine înțeles că alterațiunile organice, infecțioase sau toxoiritative au o repercusiune asupra sistemului sanghin; acest sistem reacționează asemenea la rândul său — afară de reacțiunile chimio-biologice a plasmii sanghine — prin mobilizarea unor specii celulare.

Grupul monocitilor, o specie genetic diferențiată a citologiei sanghine, are un deosebit rol în hematologie, atât din punct de vedere al rațiunii clinice, cât și biologicofuncțional. Tratatul genezei monocitilor prezintă o importanță capitală, pentru a putea interpreta mai logic și rațional reacțiunile lor calitativ-morfologice și cantitativ-procentuală la diferitele tablouri clinicopatologice. Geneza monocitilor nu este însă de prezent pe deplin elucidată, sunt încă unele chestiuni deschise, pe cari viitorul are să le descopere și să le răspundă. Înainte de a pătrunde în dezvoltarea chestiunii de față, se impune a trece pe scurt doctrinele existente hematologice, și teoriile referitoare la geneza celulelor monocitare.

Hematologia a prezentat mai multe doctrine în legătură cu geneza și împărțirea celulelor sanghine, fără a fi ajuns la o împărțire din toate punctele de vedere satisfăcătoare și definitivă. În rezumat sunt trei doctrine în privința genezei elementelor sanghine:

Unicismul vechiu (Virchov) pretindea că toate celulele se dezvoltă din limfocit; monocitii figurează ca celule de trecere din limfocit la polinuclear (*Grawitz*, *Maximov*).

Dualismul lui *Ehrlich* susține, că sunt trei categorii de celule: globule roșii și leucocite polinucleare, la cari se adaugă și monocitii, apoi limfocitii. Monocitul este considerat deci ca un element din seria granulară, care s'ar dezvolta din măduva osoasă, derivând din mieloblast. *Pappenheim* a combătut acest dualism formulând teorii noi cu nuanțe uniciste, admitând origina unică — cel puțin în viața embrionară — o celulă indiferentă, limfocitul, și din ea s'ar dezvolta toate acele patru categorii de celule diferențiate ale sângelui (eritrocitul, limfo-, granulo-, și monocitul).

Doctrina trilaterală, trilateralismul lui *V. Schilling*, este în esență tot numai un unitarism, deosebirea e, că monocitul este considerat ca derivat al sistemului reticulo-endotelial, nepermițându-i schimbări sau transformări interfiletice.

Referitor la geneza monocitilor în special amintesc teoriile cele mai moderne.

Pappenheim le derivase din celula matcă ubichitară, pe care o numește splenocit.

Splenocitii sunt formațiuni morfologice de origină ubichitară, pot avea o geneză limfatică, histiocitară sau mieloidă: stau între macrolimfocitii și macrolimfocitii mieloleucocitari. Formele lor adulte sunt monocitii. Premergătorii splenocitilor pot fi identici cu celulele migratorice histiogene lui *Marchand*; ei trecând prin o fază de maturare nucleară, ajung în sânge din țesuturi, deci sunt mai tineri (embrionali) ca limfocitii, fiindcă cei din urmă suferă afară de maturare nucleară și o diferențiere homoplastică. Splenocitii sunt un fel de celulă matcă; se dezvoltă sau heteroplastice în leucocite, sau homoplastice în limfocitii mici. Morfologic sunt celule limfoide cu un nucleu, a cărui structură stă între aceia a macrolimfocitilor și macrolimfocitelor. Numirea de splenocit nu prejudică o origină splenică. Splenocitul nu ajunge în torrentul sanghin, celula matcă, pe care o putem vedea la unele stări patologice a organelor hematopoetice, este limfocitul (hemocitoblastul lui *Ferrata*). Hemocitoblastul se deosebește însă de limfocit prin aceea, că n'are granulațiuni azurofile, tocmai fiind încă o celulă capabilă se dea și forme eritroblastice, cari sunt lipsite de granulațiuni. Limfocitul are granulațiuni, deci *Ferrata* consideră limfocitul de egal cu mieloblastul său.

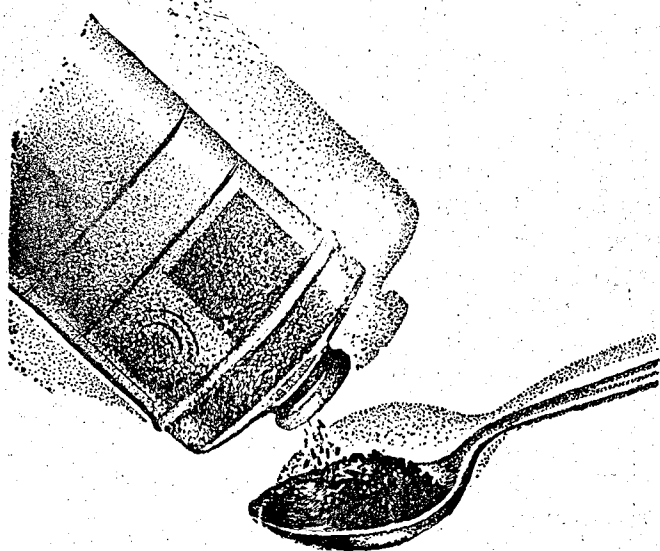
Monocitul — limfocitul *Pappenheim* — este o celulă indiferentă, individualizată, mai tiner decât limfocitul sau granulocitele, ar mai fi capabil de diferențieri, dar nu de înmulțire.

Ferrata îi consideră provenind din țesutul hemohistioblastic cât și din hemocitoblastii — limfocitii lui *Pappenheim* a organelor hematopoetice.

După *Aschoff* și *Kiyono* ar fi o celulă de origine histiocitară, formulându-se din celule endoteliale, asemănătoare celulelor Kupffer și a celulelor reticuloendoteliale.

Pe aceste cercetări a lui *Aschoff* și *Kiyono*, a căror rezultat a fost alcătuirea noțiunii sistemului reticuloendotelial, s'a bazat *V. Schilling*, când a crezut just de a forma o doctrină nouă, unde geneza monocitilor, contrar teoriilor precedente, este derivată din sistemul reticuloendotelial (dar și a mielo- și limfoblastului). Concepțiunea aceasta este acceptată și do-

Preparate de cărbune »Merck«



Pentru terapia de absorbție în diaree, procese fermentative, gastro-enterite, dizenterie, precum și în intoxicațiunile de orice fel.

Cohle-Granulat »Merck«

(nu face praf și este comod de luat).

Ambalaje cu 20 și 100 gr.

Carbo med. pulv. »Merck«

Ambalaje cu 25, 50 și 100 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

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

Foliculină cristalizată

Perlitan

0.1 mgr. = 1000 unități internaționale

ACȚIUNE MAXIMĂ LA PREȚ MINIM

permite aplicație cantităților
suficiente de
hormoni.

FORME DE PREZENTARE:

Peroral:

Comprimate a 500 u. s.
Picături (1 ccm = 400 u. s.)
Perlitan Calcium Tabletten
a 100 u. s.

Parenteral:

Fiole a 500 u. s.
Fiole forte a 1000 u. s.
Fiole „extrastark“ a 10.000 u. s.

Rectal:

Supozitoare a 1000 u. s.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.m.b.H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Strada G-ral Eremia Grigorescu, 9

vedită experimental de majoritatea autorilor. Rezultatele culturilor celuloconjunctivale (*Carrel*) confirmă geneza histiocitară a monocitelor. Părerea și împărțirea aceasta ultimă stă în corcondanță și explică foarte logic tablourile leucocitar-monocitare, fiindcă monocitul și monocitozele au o semnificație autonomă, proprie și caracteristică din punct de vedere al tabloului clinic. Una din axiomele hematologiei moderne este, că în torentul sanghin circulă numai celule mature; principiul acesta este doborât, dacă monocitii îi considerăm ca celule rudimentare sau celulă matcă poliblastă.

În lucrarea de față aș dori a expune experiențele mele originale, făcute pentru demonstrarea corelațiunii genetice existente între țesutul reticuloendotelial și sistemul monocitar.

Înainte de toate trebuie să fim în clar cu noțiunea sistemului reticuloendotelial: sunt celule conjunctivale cu o localizare anumită, cari posed capacitatea de a înmagazina ușor și abundant substanțe acidochromatice în formă de granulațiuni, și proprietatea aceasta o pun în aplicare și față de produsele de desasimilare a metabolismului intermediar, atât în împrejurări normale, cât și patologice. Sunt compuse mai ales din celule reticulare a splinei și ganglionilor limfatici, din epitelul reticuloendotelial al sinusurilor sanghine și limfatic, celule migrante a țesutului conjunctiv (histiociti), celule adventițiale, clasmatoцитii lui Ranvier, endotelii ale capilarelor sanghine și limfatic și pericitiilor lobulilor hepatici, a măduvei osoase etc. și în fine fibrociti (fibroblaștii), celulele simple conjunctivale fără posibilitate locomotrică. Histiociti se împart după *Aschoff* în histiociti (celule migrante) conjunctivali și histiociti: monocitii torentului sanghin. Aceste ar fi celule reticuloendoteliale secundare.

La idea reticuloendotelialului a ajuns *Aschoff* mulțumită metodei de colorațiune vitală cu albastru de pirol și litioncarmina; a observat, că unele celule prezintă granulațiuni, prin care se deosebesc de majoritatea celulelor parenchimatice, celule sanghine mieloși limfocitare din măduva osoasă și ganglionii limfatici, de celule plasmatic și grase a țesutului conjunctiv.

Este curios, că la colorațiunile vitale numai substanțe acide vin înglobate; durata procesului stă în dependență directă cu capacitatea de difuziune a colorantului. Substanțele coloidale nu sunt potrivite pentru colorările vitale, ne având posibilitatea de difuziune: rămân la locul injecției fără de a invade întregul organism. Reticuloendotelialul înglobează exclusiv substanțe electronegative. Substanțele aceste sunt colorantele acide, produsele coloidale a procesului de asimilație, îndeosebi lipidele, hemoglobina, seroalbuminele sau fragmente, bacteriile și protozoarele.

Vedem deci că au un rol important în procesul de asimilație al organismului; când metabolismul este urcat; crește și numărul celulelor, cari posedă capacitatea de a îngloba, fagocita, mărind astfel raionul aparatului reticuloendotelial. La metabolismul urcat, satisfăcând cerințele crescute, la locul cerut, fibrociti — celule migrante în repaos — se transformă în histiociti, forme mai active a sistemului reticuloendotelial.

Procesul identic îl putem avea și la sânge. Capilarele sunt formate în stadiul embrional de celule reticulare mesenchimatice. Aceste celule formând capilari hepatici, pulmonari, medulari, splenici, etc., joacă prin funcțiunea lor fagocitară depurativă și eventual hormonală, un rol important în decurgerea normală în metabolismul intermediar și terminal. Aceste celule, identice cu transformarea fibrocitelor la nevoie în histiociti mai activi, se pot debarasa de legătura lor inițială și să apară în torentul sanghin ca monociti liberi, activi.

V. Schilling a demonstrat pe un material bogat de infecții protozoarice tropice, că monocitozele stau în strânsă legătură cu iritațiunea aparatului reticuloendotelial. Apoi tot *Schilling* a văzut prima oară, în experiențele făcute pe endocarditele ulcerose, încă în 1912, deci cu un an înaintea lui *Aschoff*, și a putut demonstra formarea monocitelor din celule endoteliale.

Eu cred a putea da încă dovezi prețioase pentru a arăta strânsa legătură genetică între sistemul reticuloendotelial și monociti.

La infecțiunea gripală avem — cercetând hemograma nenumăratelor cazuri de gripă epidemică — aproape în toate cazurile o monocitoză sigură, ajungând cifrele chiar și până la 25%. Reacțiunea aceasta este contestată, și independentă de reacțiunea celorlalte specii celulare. Explicația monocitozei este următoarea: cocobacilul Pfeifer are o predilecție electivă pentru leziuni vasculare (*Dietrich*); leziunea aceasta este capilar-endotelială și microscopică, atingând tot sistemul endotelial din întreg organismul. Iritațiunea aceasta reticulo-endotelială are ca rezultat o dezvoltare mai accentuată și crescută a monocitelor, deslipirea lor din conexul sincițial-endotelial și invadarea torentului sanghin din partea lor. Că părerea aceasta e reală, ne dovedește rezultatul: monocitoza mare la infecțiunea gripală.

Seria examinărilor făcute pentru depistarea reacțiunii monocitelor la injecțiunea Neosalvarsanului, apoi proteinoțerapia (activarea mezenchimului) mi a dat rezultate sigure și doveditoare.

Salvarsanul se comportă ciudat în acțiunea anti-spirochetă, depinzând acțiunea de mediul în care se desfășoară acțiunea: în vitro nu omoară spirocheta;

acțiunea nocivă o are numai în vivo, în mediul viu al organismului. Salvarsanul vine înglobat și prelucrat de sistemul endotelial (este dovedit); aici se petrec procese fine chimice pe cari azi încă nu le cunoaștem și rezultatul funcțiunii aparatului reticulo-endotelial este acțiunea nocivă — în vivo — a salvarsanului. Salvarsanul îl putem considera de un corp iritativ al aparatului reticulo-endotelial, deci ca rezultat trebuie să avem monocitoză. Experiențele ne arată că monocitoza la 24 ore după injecția intravenoasă a neosalvarsanului este totdeauna prezentă și pronunțată.

Injecțiile de lapte, albuminele străine organismului, apoi vaccinările tifice, cari deasemenea își desfășoară acțiunea curativă prin intermediul aparatului reticulo-endotelial, au ca rezultat tot o monocitoză eclatantă, care însă foarte repede, deja după 2—4 zile ajunge la normal.

O altă contribuțiune, pe care mi-o dau tot experiențele proprii, în favoarea genezei reticuloendoteliale, este examinarea tablourilor sanghine a gravidelor. Cazurile nu s'nt prea numeroase, însă din acelea pe cari am avut ocazia a le examina, s'a putut deduce următoarele fapte: în lunile prime până la luna IV—V-a numărul monocitelor a fost normal sau ceva supra-normal; dela luna V-a în sus, am avut totdeauna cifre subnormale 5% 3%, deci o monopenie. Monocitopenia aceasta a fost ceva mai pronunțată în cazurile de toxicoze și edeme gravidice. Monopenia înseamnă o alterare în monocitogeneză; dar toxicozele gravidice și mai cu seamă edemele ne indică o permeabilitate patologică a endoteliului capilar, deci o alterațiune în sistemul reticuloendotelial. Natura agentului alterativ poate fi toxică, dar poate fi și hormonală (placentară, luteală). Sistemul reticuloendotelial suferă sub acțiunea toxico-hormonală a stării gravidice, îndeosebi la sfârșitul gravidității, când simptomele sunt mai eclatante. Rezultatul suferinței acesteia se manifestă în primul rând la produsele ei; și fiindcă noi am presupus monocitii ca produse ale sistemului reticuloendotelial monocitii sunt aceia, cari trebuie să suferă ori calitativ ori cantitativ, sau în ambele direcții, de alterațiunea sistemului genetic al lor. Monocitopenia, accentuată în deosebi în jumătatea doua a gravidității, ne verifică părerea susmenționată.

O altă serie de experiențe, cari sunt încă în curs, lasă a face deja de pe acuma concluziuni în favoarea genezei susmenționate. Când luăm sânge dela un bolnav, pulpa degetului sau lobul urechei vine bine curățită (frecată) cu alcool și eter. Apoi numai cu picătura 3-a sau 4-a lucrăm; îndeplinirea acestor condițiuni tehnice este o condiție sine qua non pentru a fi siguri că rezultatele noastre sunt reale, corespunzând

de fapt stării citologice sanghine. Experiențele mele stau în aceea, că la gravidele, unde alterația sistemului reticuloendotelial este dovedită (dovada cea mai clasică și morfologică ne dă legătura între metabolismul colesterinei și starea reticuloendoteliului; la alterațiunile diferite a sistemului ret. end., p. ex. la extirparea splinei, colesterina crește în sânge; astfel de hipercolesterinemii avem între altele și în cursul gravidității) la examenul sanghin nu mă folosesc de picătura treia, după o frecare prealabilă, ci lucrez cu prima picătură din lobul urechei, fără de a șterge sau a atinge chiar lobul înainte de a face împunsătura. Hemogramele astfel luate, deci prima picătură la gravidice, prezintă aproape în toate cazurile o monocitoză, care poate fi dublată cifrelor căpătate sincron cu rezultatul examenului obicinuit. Monocitozele aceste desigur că stau în legătură ca alterarea reticuloendoteliului; explicația o avem probabil în faptul că la capilarele periferice (Lobul urechei), cari acționează mai activ la toate procesele de metabolism, se desprind, sub influența nocivă, celule mezenchimoendoteliale, va să zică premonociții, și se îngrămădesc în capilarele pe cari le putem scoate la iveală numai cu prima picătură, dar în nici un caz după o frecare prealabilă, sau cel puțin nu în astfel de măsură. Concluziuni definitive de prezent încă nu se pot trage.

Ajungând la sfârșitul expunerii vedem deci, că cercetările lui *Aschoff* și a colaboratorilor săi, examinările lui *V. Schilling*, și la urmă în măsură mai modestă și contribuțiunile mele personale, ne îndreptătesc a admite și considera ca aproape dovedită geneza monocitelor sanghine din țesutul reticuloendotelial.

Vedem apoi mai departe, că țesutul conjunctiv ubicuitar cu toate celulele sale, endoteliul (mezenchimul sincițial) capilarelor, afară de rolul lor anatomic bine stabilit, au o funcțiune tot atât de importantă și în procesele de asimilare și desasimilare a organismului; experiențele patologiei ne arată că au un rol important în regularea metabolismului intermediar și dominează funcțiunea organismului. Procesele inflamatorice, infecțiunile, reacțiunile imunitare la urma urmelor sunt tot procese de asimilare și desasimilare ale albuminelor streine heterogene și trope, funcțiunea aceasta o execută mezenchimul ubicuitar, aparatul reticuloendotelial. Și fiindcă celulele sanghine sunt în parte descendente ale acestui aparat, devine clar rolul mare al hematologiei în procesele biologicofuncționale și privirea atât de justă, chiar înpunătoare a celulelor sanghine ca mici organe biologice.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA MECANISMULUI PATOGENIC AL SINDROMULUI ANGINOS ÎN INSUFICIENȚA OVARIANĂ

De:

Dr. CAIUS V. ANTONESCU
preparator universitar

Angina de piept prin simptomatologia ei așa de variată pe care și-o însușește la diferiți indivizi, prin substratul ei cauzal tot atât de variat, care poate deslănțui un acces anginos, pe de altă parte mecanismul mult discutat al acestor accese, ne permite de a vorbi de »angine de piept« în cadrul sindromului anginos; fără a fi mai puțin adevărat că ea depinde de doi factori: starea cardio-aortico-vasculară și starea excitabilității particulare a sistemului nervos cardio-aortic (*Hafiganu*). Cu toate acestea sunt nenumărați factori cari conlucrează la deslănțuirea acestui sindrom.

Nu vom insista asupra teoriilor așa de multiple și destul de bine cunoscute, cari caută să explice într'un fel sau altul mecanismul patogenetic al anginei de piept, ci vom aminti că una din aceste teorii admite ipersensibilitatea sistemului nervos cardio-aortic (*Gilbert, Peter, Lancereaux, etc.*) ca un determinant al acceselor anginoase: o ipersensibilitate ce poate fi susținută de un spin iritativ, chiar îndepărtat de inimă (organe genitale, iperestezie cutanată, starea tubului digestiv, a aparatului uro-genital, etc.) fără a da o importanță mai mică stării sistemului nervos general și turburărilor endocrino-vegetative.

Cazul nostru pe care îl descriu și în jurul căruia încercăm să face unele considerații asupra mecanismului probabil al deslănțuirii accesului anginos în cazuri similare, face parte din domeniul turburărilor endocrino-vegetative, și care se caracterizează prin particularismul unui paralelism evident între ritmul ciclului oestral și ritmul acceselor anginoase, la o femeie în preclimacteriu.

Bolnava M. D., în etate de 48 ani, menstruată la timp, multipară, având sarcinile și nașterile normale. Boala se instalează acum 5 ani, la început cu o întârziere de 8—10 zile a menstruației și accentuarea fenomenelor premenstruale. După câțiva timp, valuri de căldură cu transpirație abundentă, apoi ușoară angoare precardiacă și senzație de furnicătură în membrul superior stâng; în abdomen o senzație de umflare a unui balon, ceea ce îngreuna respirația. Cu timpul aceste fenomene deveneau tot mai neplăcute, se asociau cu dureri precardiace și o respirație întretăiată, superficială, cu senzația că nu poate inspira până la sfârșit; furnicăturile din membrul superior stâng s'au transformat într'o senzație de oboseală dureroasă. În

articulații apar dureri difuze reumatoide. Consultă mai mulți medici cari în baza diagnosticului de angină de piept și reumatism articular cronic, instituesc un tratament în consecință. Urmează acest tratament un timp foarte îndelungat fără a observa o ameliorare în starea ei, din contră fenomenele se agravau tot mai mult, pe lângă că nu suporta cu ușurință tratamentul prescris. În starea ei nervoasă a intervenit o emotivitate foarte labilă, neurastenie epuizantă și pierderea ori cărei încrederi într'o viitoare însănătoșire. Mediul familiar care nu înțelegea să dea crezare suferințelor ei, contribuiau la agravarea stărei nervoase. Renunță de a mai consulta medici. Dar în urma unui acces intens a fost nevoită să ceară ajutor medical. La data de 1 Octomvrie 1936, sunt chemat de bolnavă pe care o găsec sprijinită de tâblia patului cu toracele flectat spre stânga, cu mâna exercita presiune în regiunea precardiacă unde acuza o durere transfixiantă și constrictivă, angoare, iar inspirațiile superficiale din când în când întretăiate, scurte, cu aspect de sughit, fără a îndestuli necesitatea de aer a bolnavei (*Durchathmen*). Este îngrijorată de poziția forțată pe care o are, neputând învinge forța care îi determină flectarea laterală stângă (fenomenul viscero-motor a lui *Mackenzi*, de contractură a mușchilor intercostali). Pulsul accelerat, accelerare care atingea 100—110 pulsații pe minut în timpul acceselor mari. Un astfel de acces dura câteva secunde până la un minut, pentru a reveni de 4—6 ori pe zi. În articulații (mai ales a membrilor inferioare și sacrolombară) dureri difuze. În membrul superior stâng senzație de oboseală dureroasă și amorțeală. Pe față o acnee polimorfă, pe un fond violaceu al pomeților. Întrebând de menstruație, bolnava îmi spune că e în așteptarea ei (fiind în întârziere).

Pentru a putea urmări pe mai departe evoluția acceselor, rămân în așteptare și într'adevăr peste 3 zile apare menstruația. Pe măsură ce se apropia ziua menstruației, accesele deveneau tot mai dese, subintrante, de intensitate mărită, pentruca până la prima zi a menstruației să se instaleze starea anginoasă. Menstruația durează 8 zile, spre sfârșitul ei, accesele se răreau, intensitatea lor scădea, pentru a dispărea împreună cu menstruația.

Acest paralelism dintre ritmul oestral și intensitatea crescândă apoi descrescândă a acceselor anginoase, au determinat expectativa mea pe o durată care să corespundă cu încă 2 perioade menstruale, tocmai pentru a elimina posibilitatea unei simple coincidențe de moment. Am ameliorat doar simptomatic starea bolnavei, fără a interveni energic, reușind să împiedic accesele anginoase cu *Eupaverină-Merck 0,03 gr.*

Fără teamă de iodism

Collo-Iode Dubois

cu iodhidrați de acizi aminați realizează un progres terapeutic indiscutabil

**asupra Iodopeptonilor „Iodurilor Alcaline”
Soluțiilor de iod**

Laboratoires DUBOIS, 16 Bld. Pereire — Paris 17-e

Eșantioane medicale și literatură la:

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

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)

Coff. natr. benz. 0,15 gr. de mai multe ori pe zi. În acelaș timp pentru a ameliora starea nervoasă am indicat *Neupon-Wander*, injecții cu *Ser neurotonic*, iar insomnia rebelă din nopțile cu accese mari cu câte 1 tbt. *Phanodorm Merck* înainte de culcare.

Așteptarea a adevărat bănuiala mea, căci și cu ocazia menstruațiilor următoare am constatat acelaș paralelism între ciclul oestral și fenomenele anginoase cari succedau cu aceleași faze ca la menstruația precedentă. De observat fazele în ordinea apariției lor, între 16—20-a zi după terminarea menstruației: valurile de căldură, transpirația, acneea, iritabilitatea, neliniște, ușoară angoare precardiă (*faza primă*), acestea se exacerbează zi cu zi, apare emorfeala în membrul superior stâng, tachicardia, durerea precardiă care devine transfixiantă și constrictivă, durchathmen, dureri articulare, accese anginoide tot mai dese, subinfrante, apoi starea anginoasă în ultimele zile înaintea menstruației (*faza a doua*), ameliorarea începând cu prima zi a menstruației (*faza a treia*), intervalul de acalmie, pe durata următoarelor 16—20 zile (*faza a patra*).

Examenul medical general nu dă nimic de bănuț asupra celorlalte organe, încât un spin iritativ este eliminat. Sistemul nervos: neurastenii, hiperexcitabilitate psihică, emotivitate mărită, insomnia rebelă mai cu seamă în zilele cu accese mari. Tensiunea arterială se arată foarte labilă; în zilele de accese, Mx. varia între 16—19, Mn. între 8—10, pentru a reveni la o Mx. de 14 în intervalul dintre cele două menstruații. Titrarea de hormoni: *Hormon folicular negativ*.

Încerc un tratament hormonal folicular de probă; menstruația fiind în întârziere, injectez 500 U. I. de Folliculin Menformon, care în ziua următoare își arată efectul prin menstruație, care durează 8 zile. Încep tratamentul în a 8-a zi dela începutul menstruației, cu injecțiuni zilnice de 1000 U. I. *Folliculin Menformon Organon* (14 zile) și tot a doua zi *Glanduovin forte Richter* câte 1 cc., până la apariția menstruației următoare. Urmez cu acest tratament 3 luni consecutive, adică 3 serii. În intervalul dintre primele două serii menstruația întârziind, am mai administrat 6 zile câte 1000 U. I. de foliculină cu 3 cc. *Glanduovin forte*. Administrez în acest fel în total 48000 U. I. de foliculină și 24 cc. *Glanduovin forte* (extract total de ovar).

Rezultatul obținut a fost mai mult decât mulțumitor: după prima serie a tratamentului, bolnava nu mai acuza decât fenomenele premonitorii (furnicătura, respirația, balonarea) — faza primă — și câteva accese anginoide mult scăzute în intensitatea lor, nu s'au mai succedat subinfrant, starea anginoasă nu s'a mai

instalat. Aceste mici accese anginoide le-am suprimat cu 1—2 injecțiuni de *Eupaverină Merck*. Începând dela a doua serie a tratamentului, accesele anginoase au lipsit complet, artralgiile reumatoide au dispărut dela începutul tratamentului, acneea care la rândul ei are caracterul unei acnee hipofoliculare (periodicitatea cu ciclul oestral) se arată mai rebelă la tratament, menstruația rămâne în întârziere de 8—10 zile după primele 2 serii, întârzie numai 3 zile după a 3-a serie. De prezent (o lună fără tratament) bolnava în afară de valuri de căldură și transpirație, oboseală, nu mai acuză decât întârzierea menstruației. Starea de neurastenii se ameliorează foarte puțin, din cauza mediului familiar înconjurător, care ține bolnava într'o permanentă tensiune nervoasă; doar durata somnului am reușit să o prelungesc cu aproape 6 ore.

Indicat este de a continua un tratament de întreținere, pentru a preîntâmpina eventuala recidivă când se va instala definitiv menopauza.

Analizând acest caz, atât din punct de vedere simptomatic cât și din punct de vedere al rezultatelor obținute prin tratamentul hormonal ovarian — proba terapeutică prin reușita sa ne confirmă diagnosticul de: *angină de piept hipo-ovariană preclimacterică (sindrom hipo-ovaro-anginos)*.

În literatura medicală care mi-a fost la îndemână, n'am găsit descris nici un caz similar, unde crizele de angină pectorală tipică să aibă un paralelism atât de evident cu ciclul oestral.

De altfel *H. Violet* în raportul său asupra insuficienței ovariene, amintește ca turburări vaso-motoare: bufeurile de căldură, colorația violacee a feței, senzația de umflare și bruscă refulare a sângelui la cap, palpitațiuni, dificultate de respirație, lipsă de aer, senzația de angoare; admînd împreună cu alți autori, origina acestor turburări la nivelul centrilor dela bază, *Guy Laroche* și *L. Meurs-Blatter*, arată ca cele mai frecvente turburări nervoase de desechilibru vago-simpatic la femei: tachicardia, angoarea și hipertensiunea. Unii autori admit ca foarte frecventă hipertensiunea din menopauză, alții semnaleză mai mult o hipertensie decât o hipertensiune; dovadă variabilitatea presiunii sanguine, caracteristică stării de menopauză, observată de *Lian* și *Aubertin*, presiune a cărei ridicare chiar trecătoare poate să fie considerată ca efect și cauză a durerii. *Leopold Lévy* amintește că »în stare normală ovarele sunt frenatoare a tiroidei și un desechilibru între aceste două glande endocrine determină sindromul tiro-ovarian. Anovaria, hipo-ovaria, dis-ovaria congenitală sau câștigată, poate provoca apariția simptomelor de hipertiroidism sau chiar boală a lui Basedow«.

Brule atrage atenția că dozele mici de tiroidă sunt susceptibile de a exagera hipertensiunea, datorită faptului că în sindromul ovaro-tiroidian, o terapie cu tiroidă, accentuează hipertensiunea tiroidiană în urma turburărilor în funcțiunea ovariană.

Teoria coronariană a lui *Hunter, Potain și Huchard* consideră o leziune organică sau funcțională a arterelor coronariene, care împiedecă debitul de sânge necesar muncii cardiace, producându-se un fenomen dureros analog claudicațiunii intermitente, adică insuficiența irigației a miocardului ar determina accesul anginei de piept. Din punct de vedere funcțional, *Hochrein* consideră ca maximă circulația coronariană în timpul sistolei, pe când *Anrep* o consideră ca maximă în timpul diastolei. Cercetările lui *I. Marcu*, confirmă pe *Anrep*, dovedind că o creștere în forța contractilă a cordului este defavorabilă irigației miocardului, pe când un efect inotrop negativ favorizează această irigație; brusca trecere într'un ritm cardiac frecvent, cum e cazul în tachicardia paroxistică, ar reduce circulația coronariană prin sumarea efectului inhibitor sistolic; ceea ce ne indică să fim seamă de îndepărtarea oricărei cauze de dezechilibru între munca inimii și irigația sa, în medicația anginei de piept, evitând exagerarea muncii cardiace și ajutând irigația inimii prin substanțe dilatatoare ale arterelor coronare, dar cari să nu aibă și un efect inotrop pozitiv.

Ascher și Flack în 1911, au arătat mărirea efectului circulatoriu al adrenalinei prin injecțiuni de extract tiroidian. În 1916 *Richardsohn* arată cum contracțiunile și frecvența ritmului cardiac, este mai mare sau mai mică, sub influența adrenalinei, după cum lichidul de perfuzie a inimii de iepure conținea sau nu extract de tiroidă. Iar *Lévin* la 5 bolnavi anginoși, înainte de tireoidectomie a putut provoca prin injecțiuni de adrenalină, o accelerare a pulsului, mărirea tensiunii arteriale și apariția unui atac de angină, ceea ce nu mai era după tireoidectomie.

Crăiniceanu a arătat că foliculina este net hipotensivă, acțiune care se manifestă prin intermediul vagului. Antagonismul suprarenano-ovarian este destul de cunoscut și se știe că supresiunea funcțiunii ovariene determină o hiperadrenalinemie, care excitând terminațiunile simplice cauzează o vasoconstricție permanentă. Dealtfel, *Papilian și Antonescu* au dovedit prin experiențele lor asupra sincopii adrenalino-cloroformice, că substanțele cu o acțiune vagomimetică pot să împiedece această sincopă, ceea ce s'a reușit și cu foliculina, contribuind astfel cu o nouă dovadă în sprijinul antagonismului adrenalino-folicular.

Toate aceste date clinice și experimentale, ne probează deficiența în echilibrul constelațiunii endo-

crine: ovar-tiroidă-suprarenală. Corelația și inter-relația funcțională dintre ovarul endocrin și celelalte glande endocrine, sunt la baza turburărilor cardio-vasculare în pre- și climacteriu. Dacă uneori crizele cardio-vasculare sunt de o violență neobișnuită, nu este imposibilă intervenția unui factor constituțional ereditar neuro-astenic. Nu putem exclude o predispoziție ereditară pentru deslănțuirea unora sau altora din fenomenele pre- sau menopauzei.

Trei fenomene sunt distincte și ele constituiesc mecanismul sindromului angios în insuficiența ovariană:

1. Lipsa hormonului folicular, determină hiperadrenalinemie și tiroidism, care poate merge uneori până la hipertiroidism.

2. Hipertiroidismul stimulează acțiunea cardio-vasculară a adrenalinei: exagerare a tonusului vascular (hipertonie, hipertensiune), acțiune inotropă pozitivă asupra forței contractile a inimii și accelerarea ritmului cardiac. Sumarea acestor acțiuni cardio-vasculare adrenalinice, prin mecanismul descris de *Anrep* vor împiedica irigația miocardică, deslănțuind un acces de angină pectorală.

3. Hiperadrenalinemia frenează ciclul oestral, deci va diminua atât producția cât și revărsarea foliculinei, (hipo sau afoliculinemie) stabilindu-se astfel un cerc vicios între acțiunile antagoniste ovaro-suprarenale.

În aceste cazuri intervenind pe cale de medicație cu foliculină, acționăm nu numai frenator asupra funcțiunii suprarenale și tiroidei, ci restabilim și echilibrul vago-simpatic prin vagotonizare, astfel opunându-ne hipersimpaticotoniei cardio-vasculare tiro-adrenalinice din perioadele hipo- sau afoliculinemice. Cu alte cuvinte prin medicația ovaroterapică (foliculară și totală), instalăm o foliculinemie necesară stabilității echilibrului endocrino-vegetativ, în speță ovaro-vegetativ.

În consecință, nu este admis de a neglija factorul endocrino-vegetativ (ovar endocrin) în cazurile de sindrom anginos la sexul feminin, pentru a putea institui un tratament hormonal, adecvat cât și neurotonic-sedativ adjuvant. Nu intră în cadrul acestora, anginele pectorale cari au un substrat de leziune organică.

Bibliografie:

- H. VIOLET: Etude clinique de l'insuffisance ovarienne. — Rev. Franc. de Gynec. et Obst., No. 1. pag. 426, 1934. — GUY LAROCHE et L. MEURS-BLATTER: Traitement medical de l'insuffisance ovarienne. Rev. Franc. Gynec. et Obst. No. 1. pag. 526. 1934. — LEOPOLD LEVY: Actions reciproque des ovaires et du corps Thyroide. Rev. Franc. Gynec. et Obst. No. 1. pag. 414. 1934. — HAJIEGANU—GOIA: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. Cluj, 1934, vol. I. — I. MARCU: Inotropism et permeabilite coronariene. C. R. Soc. Biol. CXII. pag. 617. — I. MARCU: Câteva date experimentale asupra circulației coronariene și legătura cu patogenia

și terapeutică anginei de plect. Clujul Medical, No. 11, pag. 601, 1934. — AL. CRĂINICEANU: Contribuțiuni la studiul patogeniei și tratamentul hipertensiunii arteriale în menopauză. Endocr. Gynec. Obst. Cluj, No. 2, pag. 108, 1936. — Doc. T. POPOVICI Considerațiuni asupra tratamentului insuficienței ovariene prin hormonoterapie. Endocr. Gynec. Obst. Cluj, No. 1, pag. 59, 1935. — AL. CRĂINICEANU et L. MAVROMTAL: L'antagonisme surreno-ovarien. C. R. Soc. Biol. CXI, pag. 194, 1932. — V. PAPILIAN și V. ANTONESCU: Noi cercetări în studiul sincopelor adrenalino-clorofomice. Clujul Medical No. 6, 1937. — GALLAVARDINE et L. RICHON: Angines pectorales. XVIII Congrès française de Médecine, Presse Medical, pag. 1046, 1925. — Presse Medical, pag. 633, 1925.

COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 7—1937.

Prof. Dr. G. BUZOIANU et Dr. E. SALAMON: **Syndrôme vertigineux otolithique.**

Les auteurs en rapport à l'observation d'un cas typique de labyrinthite otolithique bilatérale aiguë toxique, insistent sur les caractères spéciaux du vertige otolithique et sur les difficultés diagnostiques.

Agrégé Dr. PAULIAN D. et Docteur Dr. LEONIDA POPP: **Considérations sur les possibilités actuelles du diagnostic dans les tumeurs intracranienne.**

Une profonde étude critique sur les méthodes actuelles des recherches dans les tumeurs du cerveau.

Docteur Dr. I. GAVRILĂ et V. GAVRILĂ: **Le traitement de l'érysipèle par »Prontosil«.**

Les auteurs en rapport à 30 cas d'érysipèle traités par le »Prontosil« par voie mixte, buccale et intramusculaire, en exposent leurs expériences. En général sous l'influence du »Prontosil«, la guérison de l'érysipèle se fait beaucoup plus promptement. Elle commence par la baisse critique de la fièvre, par l'amélioration rapide de l'état général et par la délimitation de la plaque érysipélateuse. Cette guérison de l'érysipèle s'est produite dans 13,3% des cas après un seul jour de traitement, dans 33,3% des cas après 2 jours de traitement, dans 16,6% des cas au bout de 3 jours de traitement et dans 13,3% des cas après 4 jours de traitement.

Il en résulte que dans 76,6% des cas la guérison se fait dans l'espace des 4 premiers jours du traitement. La dose des médicaments employée dans les cas précités était 1—2 injections intramusculaires à 5 cc. et 2—4 tablettes par voie buccale par jour. Après la baisse de la température, les auteurs ont continué

ce traitement encore 2—3 jours sans aucune réaction d'intolérance.

Dr. N. CHRISTOF: **Corrélation génétique entre les monocytes et le système réticulo-endothélial.**

L'auteur, après avoir brièvement passé en revue les doctrines les plus connues sur la genèse des cellules sanguines, s'occupe spécialement de la genèse des monocytes sanguins, en cherchant la corrélation génétique entre les monocytes et le système réticuloendothélial. En se basant aussi sur ses propres expériences, il s'estime autorisé à considérer comme parfaitement prouvée la corrélation génétique entre les monocytes sanguins et le système réticuloendothélial.

Dr. CAIUS V. ANTONESCU: **Considérations sur le mécanisme pathogénétique du syndrome angineux dans l'insuffisance ovarienne.**

L'auteur fait la description d'un cas avec des phénomènes typiques d'angine de poitrine, avec un parallélisme évident aux phases du cycle oestral, chez une femme en preclimacterium. Après l'énumération de quelques observations théorétiques et cliniques d'un certain nombre d'auteurs, il explique le mécanisme de la production pathogénétique de l'angine de poitrine dans l'insuffisance ovarienne (anovarie, hypo-ovarie, disovarie) par trois faits évidents:

1. La suppression totale ou partielle de la fonction ovarienne, provoque l'hyperadrénalinémie et le thyroïdisme, qui peut atteindre quelquefois l'hyperthyroïdisme.

2. L'hyperadrénalinémie excite les terminaisons sympathiques, provoquant un spasme permanent de vaisseaux-hypertonie, hypertension-actionnant inotrope positive sur la force contractile et accélérant le rythme cardiaque. La sommation de ces effets adrénaliniques, par le mécanisme décrit par Anrep, détermine une irrigation insuffisante du myocarde. Cette activité cardio-vasculaire de l'adrénaline est stimulée de l'hyperthyroïdisme.

3. L'hyperadrénalinémie actionnant négativement sur le cycle oestral, stimule le disovarisme existant; s'installe une »circum viciosum« entre l'action antagoniste de l'adrénaline et l'ovaire.

Par la médication folliculaire, dans des cas similaires, l'action a lieu non seulement par la suppression de l'hyperadrénalinémie et l'hyperthyroïdisme mais aussi par une vagotonisation qui refait l'équilibre vago-sympathique, déséquilibrée par la disfonction ovarienne.

Il faut, dans tous les cas des phénomènes d'angine de poitrine chez les femmes dans l'âge critique

Celulele reparatoare ale țesutului de natură migratoare ori fixe

reacționează în mod favorabil față de acțiunea stimu-
lentă a căldurei și față de proprietățile terapeutice

ANTIPHLOGISTINE

Atât activitatea acestor celule cât și circulația capilară
mărită constituie factorii importanți și fundamentali la
toate procesele de vindecare.

Mostre și literatură gratuit.

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

Drogueria »STANDARD« București I. Strada Sf. Ionică 8.

TABL.

ACITETRAMIN

HEXAMETHYLENTETRAMINHYDROPHOSPHAT

SALITETRAMIN

INJ. INTRAVEN.

HEXAMETHYLENTETRAMIN +

NATR.SALICYL.+COFF.-

NATR.SALICYL.

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

(climacterium et preclimacterium) tenir compte de la fonction ovarienne, dans le sens qu'avec ce percept on puisse instituer un traitement non seulement symptomatique, mais aussi causal, avec de bons résultats.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

No. 7--1937.

Prof. Dr. GH. BUZOIANU und Dr. E. SALAMON:
Über Schwindel in Folge von Labyrinthstörung.

Die Autoren berichten im Zusammenhange mit einem Falle von typischer, beiderseitiger, toxischer Labyrinthitis über die charakteristischen Eigenschaften dieses Schwindels und betonen die diagnostischen Schwierigkeiten.

Agr. Dr. D. PAULIAN und Doc. Dr. LEONIDA POPP: **Beiträge über die heutigen Untersuchungsmethoden bei Hirntumoren.**

Eingehendes kritisches Studium über die heutigen Untersuchungsmethoden bei Hirntumoren.

Doc. Dr. I. GAVRILĂ und V. GAVRILĂ: **Die Behandlung des Rotlaufes mit Prontosil**

Die Autoren behandelten 30 Fälle von Erysipel mit Prontosil und gelangen zu folgenden Schlüssen.

In Folge Verabreichung von Prontosil heilt der Rotlauf viel rascher, als gewöhnlich. Die Heilung beginnt mit kritischem Temperatursturze, rascher, Besserung des Allgemeinbefindens und Aufhören der Weiterverbreitung der Rotlaufherde. Diese Heilung beginnt in 13.3% der Fälle schon am ersten Behandlungstage, in 3.33% am zweiten Tage, in 16.6% am dritten Tage, in 13.3% am 4 Tage. Im Allgemeinen also beginnt die Heilung in 76.6% der Fälle in den ersten vier Behandlungstagen. Die Verabreichung des Heilmittels geschieht entweder per os in Form von Tabletten oder durch intramusculäre Injektionen. Vorzuziehen ist eine kombinierte Behandlung. Die täglichen Dosen sind: 1—2 intramusculäre Injektionen zu je 5 cmm. Prontosil solubile und 2—4 Tabletten per os. Diese Behandlung wird solange fortgesetzt, bis mau den gewünschten oben geschilderten Heilungsprocess konstatiert und wird dann noch 2—3 Tage zwecks Verhinderung von Rezidiven verlängert. Die Kranken vertragen Prontosil gut und wurde eine Intoleranz in keinem Falle beobachtet.

Dr. N. CHRISTOF: **Über den genetischen**

Zusammenhang zwischen den Monozyten des Blutes und reticulo-endothelialen Systeme.

Der Autor befasst sich in seiner Arbeit, nach einem kurzen Überblick der verschiedenen Theorien der Entstehung der Blutzellen, besonders mit der Entstehung der Monozyten, und sucht den genetischen Zusammenhang zwischen den Monozyten und Retikuloendothelialsystem. Stützend auch auf seinen eigenen Forschungen und Beobachtungen glaubt er berechtigt zu sein diesen genetischen Zusammenhang zwischen Monozyten und Retikuloendothelialsystem annehmen zu dürfen.

Dr. C. V. ANTONESCU: **Beiträge zum pathogenen Mechanismus des Syndromes von Angina pectoris bei Ovarialinsuffizienz.**

Der Autor beschreibt ein typisches Bild von Angina pectoris, welche bei einer Frau im Praeklimakterium in enger Verbindung mit den Phasen des Oestralcyklus standen. Nachdem er einige theoretische und klinische Wahrnehmungen verschiedener Autoren aufgezählt, gibt er eine Erklärung des pathogenen Mechanismus der Angina pectoris bei Ovarialinsuffizienz (Anovarie, Hypo-Ovarie und Dysovarie) durch drei augenscheinliche Tatsachen:

1. Völlige oder teilweise Unterdrückung der Funktionen der Eierstöcke ruft Hyperadrenalismus mit Thyreoidismus hervor, welcher sich bis zum Hyperthyreoidismus steigern kann.

2. Die Hyperadrenalinaemie bedingt einen permanenten Spasmus der Gefäße durch Reizung der sympathischen Nervenendigungen und kommt es so zu Gefäßhypertonie oder Hypertension; sie wirkt inotrop positiv auf die Herzkontraktionen beschleunigt den Rythmus der Herzschläge und führt zu Tachykardie. Die Summierung dieser Adrenalinwirkungen bewirkt nach dem durch Anrep beschriebenen Mechanismus Insuffizienz der Blutversorgung des Myokardes.

Diese cardio-vasculäre Wirkung des Adrenalins ist durch den Hyperthyreoidismus stimuliert.

3. Die Hyperadrenalinaemie wirkt in negativer Weise auf den Oestralcyclus und begünstigt eine bereits bestehende Störung der Ovarialfunction. Zwischen den antagonistischen Wirkungen des Adrenalins und Ovariums bildet sich ein circulus viciosus aus. Durch Verabreichung von Follikulin in solchen Fällen wird nicht nur eine Unterdrückung der Hyperadrenalinaemie und des Thyreoidismus (beziehungsweise Hyperthyreoidismus) bewirkt sondern durch Vagotonisierung zugleich auch das vago-sympathische Gleichgewicht wieder hergestellt, welches durch die Dysfunktion oder Hypofunktion der Ovarien gestört war. Es ist notwendig, dass man bei allen Fällen von Angina pectoris bei Frauen

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

im kritischen Alter (Praeklimakterium oder Klimakterium) die Funktion der Eierstöcke berücksichtigt. So gelingt es, nicht nur eine symptomatische, sondern eine causale Behandlung zu verabreichen, die die besten Ergebnisse zeitigt.

NOTE TERAPEUTICE

Tulburările circulatorii ale vârstei critice și medicația iodată

De:
Dr. NIZE

Este o lege a naturii că pe măsură ce se acumulează anii, organismul tinde să piardă frumosul său echilibru armonios.

Pe nesimțite, toate roțile mașinei omenesti, se găsesc expuse la mii de tulburări care sunt rezultatul încetării activității celulare, nefuncționării endocrine și în definitiv a uzării progresive a organelor.

Multe cauze pot accelera mersul, unele predispoziții (starea constituțională, starea diatesică, predispoziția spre o boală, dezechilibrul inversiunii, felul de viață etc), altele determinate (factori mecanici, emoții, surmenaj, greșeli de alimentație, intoxicații diverse etc.), fără ca noi să fim edificați asupra modului, cum și pentru ce sunt astfel guvernate, rolul lor fiind pur individual.

La bărbat ca și la femei, menopauza arată de obicei începutul aparent al primelor tulburări. Apoi la epoci variabile după persoane, survin așa numitele

»boli dela cincizeci de ani«, obezitatea, guta, diabetul și mai presus de toate arterioscleroza, care, evident, constituie umbra cea mai serioasă din tablou.

De fapt, printre simptomele așa de multiple și așa de polimorfe cari fac cortegiul bătrâneții, tulburările circulatorii sunt acelea cari totdeauna dominează scena și condiționează gravitatea. Ele debutează la marginile sistemului circulator, traducându-se printr'o hiperemie pasivă cu staze venoase, prin tulburări vaso motorii și tendințe congestive. Astfel se caracterizează stadiul premergător al presclerozei,

Indivizii cari până atunci se bucurau de o sănătate perfectă, încep să simtă oboseala la cel mai mic efort, devin ușor neliniștiți, simt greutate în mers, au un somn mai puțin reparator, se plâng de cefalee, de accese de căldură, sau dimpotrivă, de friguri locale.

De altfel mult timp localizate la »inima periferică«, aceste alterațiuni nu întârzie să atingă și »inima centrală«, a cărei putere funcțională se găsește micșorată profund, prin munca ce trebuie să facă pentru a lupta contra rezistenței vaselor. La palpație se recunoaște o inimă impulsivă cu șoc precordial, în timp ce la ascultație se observă, semn caracteristic, un sunet diastolic la baza inimii și la dreapta sternului, care indică cu ce forță se închid valvulele sigmoide ale aortei (A. Piatot). În sfârșit, ar putea surveni că la rândul său, după perioade de refacere de durată mai lungă, sau mai scurtă, inima să fie invadată de procesul de scleroze.

* * *

Din aceste câteva date rezultă o noțiune fundamentală: că tulburările morbide cari sunt necazurile

vârstei (tulburările menopauzei dela 50 de ani, tulburări nutritive etc.) încep întotdeauna prin încetinirea circulației venoase. Această încetinire care este la originea stazelor circulatorii, sclerozelor vasculare și în consecință a hipertensiunii. Tulburările astfel create pot fi cu atât mai grave cu cât ele rămân foarte mult timp latente sau necunoscute.

Pentru a le remedia și a le pune obstacole în evoluția lor progresivă, trebuie deci, cum ne învață *Huchard* să se acționeze direct asupra vaselor, atenuând rezistența pe care ele o pun și deschizând larg drumurile de scurgere sanghină.

Nu numai această directivă primează pe toate celelalte, dar trebuie să fie foarte din vreme aplicate, dacă vrem să facem ceva lucru folositor, care să poată fi într'adevăr eficace și preventiv.

Pentru a o realiza, fiziologia și clinica recunosc de acord, că în afară de regim și de regulile igienice, nu există decât o medicație care să fie în adevăr capabilă să reglementeze debitul circulator și să desfiindă enorma apăsare sanghină asupra pereților vaselor. Acest mare medicament regulator este *iodul*.

La pletorici, predispuși la stază venoasă, cei cu hipertensiune, prescleroși, iodul are ca prim efect să micșoreze vâscozitatea sanghină, la acești bolnavi fiind exagerat ridicată prin înmulțirea cantității de acid carbonic sanghin, și să accelereze circulația.

Se știe de altă parte, cât de însemnată este acțiunea stimulantă pe care iodul o exercită asupra proceselor de desasimilație: sub influența lui, țesutul limfoid își vede funcțiunile supra activate, albuminoidele și substanțele de excreție auto-toxice, suferă o oxidare, consecutiv se produce o hidremie, în așa fel că se vede un »veritabil deranj al țesuturilor și a elementelor lor anatomice, îndepărtând astfel celulele de rămășițele nutriției«. (A. Martinet).

Chiar prin acest mecanism, iodul se opune în mod activ la invazia sclerozei, face să înceteze spasmele vasculare, scade tensiunea arterială și venoasă, și ridicând obstacolele periferice, ușurează inima.

Circulația pulmonară deasemenea simte o stimulație manifestă: hematoza se face mai perfect, schimbările de gaze sunt evident mărite, iar jena dispneică dispăre.

Astfel medicația iodată realizează terapeuțica de ales, atât preventivă cât și curativă, când din cauza vârstei a sunat ceasul lipsurilor și al disechilibrului organic.

* * *

Rămâne de precizat în ce mod administrarea iodului apare mai rațională și în același timp să răspundă

cel mai sigur cerințelor unei activități rezezi și unei inocuități absolute.

Ori, cercetările comparative cu cari au precedat nenumărați experimenter au permis să se stabilească netăgăduita valoare a lui »Collo-iod-Dubois«, combinație organică iodată cu o stabilitate perfectă și cu o compoziție riguros fixă, care în timpul trecerii digestive, liberează iodul în stare născândă sub forma cea mai asimilabilă.

Sub forma de iod hidrați de acid aminic collo-iodul își afirmă superioritatea asupra tuturor celorlalte săruri de iod.

Avantagiile cu cari își arăta valoarea sunt: dă garanția unei absorbții integrale, care îi asigură acțiunea rapidă și matematic constantă; nu provoacă nici odată nici cele mai mic fenomen de iodism, chiar la persoanele cele mai susceptibile, este admirabil suportat de stomac, astfel că întrebuițarea lui nu cere absolut nici o contra-indicație.

Ca regulator al circulației, ca agent de echilibru și ca preventiv al artero-sclerozei, collo-iod se adevărește prin felul cum se manifestă, ca prototipul indicațiilor iodate.

Collo-iod este pus în comerț sub formă de picături, cari pot fi luate dela 30—100 de picături pe zi, întrebuițate fracționat, în puțină apă, înainte fiecărei mănăcări.

SOCIETĂȚI MEDICALE

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ

Sedința din 10 Aprilie 1937.

Prezidează: Prof. Dr. E. JEPOSU președinte

PROF. Dr. E. JEPOSU, Dr. I. POPA și Dr. P. RADU:
Observațiunile asupra unui caz de diverticol vezical congenital.

Prezintă piesa anatomică a bolnavului M. H. în vârstă de 38 ani, căsătorit, de profesie plugar din județul Hunedoara, care în ziua de 20 II 1937, în stare extrem de gravă s'a prezentat la ambulanța clinicei noastre pentru a fi consultat și internat.

Antecedentele heredo-colaterale fără vre-o importanță, la fel în antecedentele personale, nu găsim a fi suferit de afecțiunile infecto-contagioase, dermato-venerice, afecțiunile organice, sau ale sistemului nervos. Neagă orice afecțiune urinară, nu uzează alcool și nici nu fumează.

Boala actuală datează de aproximativ un an. A debutat în mod insidios prin tulburări urinare. Astfel, observă o încetinire a micțiunii, cu toate eforturile depuse spre a o modifica. Alături o polackiurie diurnă, ce ajungea până la 15—20 micțiuni

la zi, orice mișcare de durată mai lungă, sau eforturile, procurau senzația de micțiune imperioasă. Zilnic observă, că jena la micțiune, în mod constant devine tot mai mare. După 2 luni, micțiunea adeseori se prezintă în 2 timpi cu o cantitate apreciabilă de urină care începea se evacua, apoi jetul se oprește, pentru că după câteva secunde o altă cantitate de urină să se evacueze. Dela aceasta dată micțiunea progresiv devine dificilă, întreruptă cu usturimi la sfârșit și tuloure. Consultând mai mulți medici nu i se poate stabili o cauză provocatoare. I se administrează desinfectante urinare per os și băi locale.

Deși ameliorat puțin, tot nu-și poate continua munca la lucrul câmpului, pierzând mult din greutate.

De 8 săptămâni se simte mai rău. Acuză o permanentă senzație de plin în hipogastru și nu poate să-și evacueze urina decât parțial și cu mare dificultate. Urina este foarte tulbure, cu mult depozit și miros acru respingător.

În cele din urmă, în o fază de completă retenție de urină și cașecsie, es e internat de aparținători în clinică.

La examenul general constatăm următoarele particularități: Tem. 38.8°, Pulsul 122, tensiunea II—6—, tegumentele palide. Bolnavul este dispneic, prezintă ficatul și splina ușor mărite, la fel matitate precardiacă. Zgomote cardiace surde.

Pulmonar, fenomene de stază la baze.

La examenul lojelor renale: sensibilitate exagerată în loja renală stângă.

Organele genitale externe, de aspect și configurație normală.

Prostata, mărită de volum cât o nucă mare, delimitabilă, cu suprafața neregulată cu consistența dură nodulară alternată cu părți mai păstoase, foarte sensibilă la contact.

Bas-fondul vezical se simte, e mărit, dur și sensibil.

La examenul cistoscopic făcut deja la intrare, după o prealabilă spălătură vezicală de circa $\frac{1}{2}$ oră, în care timp s'a evacuat urina tulbure și extrem de fetidă, în deosebi spre sfârșitul fiecărei evacuare, am constatat următoarele:

Mucoasa puternic infectată pe întreaga suprafață trabeculată, cu hiperplazii chistice și verucoase diseminate, edemățiată în trigon și col. Bas-fond dezvoltat. Deasupra orificiului ureteral stâng, circa la 1 cm. se constată un orificiu diverticular, având margini regulate, cu un diametru de $1\frac{1}{2}$ cm. Ambele orificii ureterale infectate, cel stâng cu false membrane în jur, nu elimină indigocarmină nici după 15' și masajul lojelor.

Urina este tulbure, acidă, cu puroi și albumină intens pozitivă.

Urea-0.94%, R. Wassermann negativă.

În fața acestui tablou am stabilit diagnosticul: diverticol vezical, pielonefrită, septicemie.

Autopsia și examenul anatomo-patologic, ne-a confirmat diagnosticul. Bolnavul a sucombat în urma unei septicemii, având ca punct de plecare pielonefrita stg, care la rândul ei a fost provocată de diverticolul vezical. Aceasta se explică prin imediată apropiere a orificiului diverticular din care în mod confiniu se evacua urina stagnantă-purulentă. Rinichiul stâng era mărit, capsula ușor detașabilă, iar în corticala renală precum și pe suprafața de secțiune, se văd foarte multe abcese, unele abia vizibile, altele de mărimea boabelor de alune. Ureterul stâng, mult dilatat, iar mucoasele sunt la fel celei din basinet. Rinichiul drept și capsulele suprarenale, la macroscopie nu prezintă nimic patologic.

În secțiunile făcute din pulmon, rinichiul stâng, prostată, ficat și splină, se observă abcese multiple; iar în frotfurile făcute imediat s'au puse în evidență stafilococi.

Ne găsim în fața unui caz de diverticol vezical congenital, care prin evoluția lui patologică neobservată la timp,

prin complicațiile produse a condus bolnavul la o moarte inevitabilă.

Secțiunile făcute din peretele vezicii urinare arată o mucoasă mai îngroșată, proces de cistită cronică și prezenta celorlalte straturi care sunt nemodificate. În secțiunile făcute în peretele diverticular se observă prezența straturilor: mucoasă, submucoasă, musculară și seroasă, în stare rudimentară, deci având aceleași straturi ca și peretele vezical.

Pentru specialiștii diverticolul vezical nu este o afecțiune rară, și diagnosticat la timp prezintă un prognostic dintre cele mai bune. Succesul operator obținut pe 13 cazuri operate în clinică în ultimii ani a format obiectul mai multor comunicări făcute de către Dl Prof. Teosu la congresul român de Urologie și Soc. Șt. Med. Am prezentat acest caz pentru că prin decursul boalei și piesa anatomică atât de demonstrativă, să evidențiem patogenitatea acestei afecțiuni negată de unii autori.

Dr. IOAN DANICICO, Dr. POP LEONIDA, Dr. BULBUCA: Boală osteogenică familială.

Autorii prezintă cazul unei femei de 50 ani, cu cancer vulvar la care se găsește un număr mare de exostoze și hiperostoze. Se constată malformații identice și la cele trei fice ale ei. Leziunile sunt localizate mai mult pe oasele lungi ale extremităților.

Calcemia normală; În antecedente nu se știe de boală similară. Auto-ii încadrează afecțiunea aceasta în grupul maldiei osteogenice a lui Ombredanne.

Dr. POP LEONIDA și Dr. BULBUCA IOSIF: Tratamentele hemangioamelor prin Radium.

Autorii prezintă câteva cazuri de hemangioame cavernoase provenite din serviciul Institutului de Cancer, tratate numai prin radium-terapie. Se prezintă un caz de hemangiom foarte extins cuprinzând gâtul și toată fața, la care prin radium terapie s'a obținut un rezultat remarcabil, în opoziție cu injecțiile sclerozante care au fost aplicate fără succes la această pacientă. Se recomandă radium-terapia cât mai precoce.

Dr. POP LEONIDA și Dr. BULBUCA IOSIF: Epiteliomul limbei în legătură cu un caz.

Se prezintă cazuri provenite de la Institutul de Cancer, insistând asupra rezultatului nesperat de bun într'un caz de cancroid al limbei cu metastaze ganglionare foarte mari. Tratamentele aplicate a constat din radium, punctura leziunii linguale, evidarea bilaterală a ganglionilor cervicali, urmată de radium-terapie prin contact.

Dr. POP LEONIDA, Dr. BULBUCA IOSIF și SASU VIRGIL: Două cazuri de cancer al colului uterin inoperabil tratate prin Röntgen-Radium-terapie.

Iată pe scurt istoricul și starea prezentă a bolnavelor:

Bolnava H. M. de 47 ani, se prezintă la Institutul de cancer în ziua de 28 August 1936, fiind trimisă de Spitalul din Brașov unde i-s'a făcut laparotomie cu care ocazie se constată inoperabilitatea boalei de care suferea de 24 luni. Intervenția se limitează la ligatura hipogastricelor și rezecția nervului presacrat. La prezentare în serviciul nostru la examenul local constatăm următoarele:

Cicatrice laparotomică mediană. Colul transformat într'o suprafață scleroasă, neregulată. Fundurile de sac infiltrate. Parametrele infiltrate în deosebi cel din stânga, care este dur lemnos.

În serviciul nostru îi aplicăm 2 serii de Röntgenterapie — una în luna Septembrie 1936 iar a doua în luna Decembrie 1936 urmate de aplicările de Radium obișnuite în serviciul nostru.



Revine în ziua de 21 Aprilie a. c. având starea generală f. bună, poftă de mâncare revenită complet, s'a îngrășat în a doua pauză 8 Kgr.

Examenul local prezent este următorul:

Cicatrice lapara'omică mediană, colul mic sclerosat. Parametrele par a fi libere, ușor sensibile. Fundurile de sac suplă. Per rectum: mici hemoroizi, parametrul stâng prezintă o bridă sensibilă fără a avea caracterul unui infiltrat neoplazic.

CAZUL II. — Bolnava M. R. de 31 ani, infirmieră, este trimisă la Institutul nostru în ziua de 4 Februarie 1937, de către Spitalul din Zalău. Prezentând metroragii și menoragii de 14 luni (în 4 II.) este dusă la Spitalul din Zalău unde constatând că este virgo și suspectându-se un epiteliom se face himenectomie, confirmându-se diagnosticul de cancer inoperabil al colului uterin. La examenul local constatăm:

Orificiul cervical exulcerat, neregulat la suprafață, friabil, ușor sângărând la tușeu. Parametrul stâng infiltrat, fundurile de sac infiltrate.

Aplicăm o serie de Röntgen-Radium terapie. Revine în serviciul nostru după pauza prescrisă, câștigând în greutate 3 kgr. pofta de mâncare revenită, starea generală foarte mult ameliorată. Examenul local prezent este:

Colul mic, coniform, fundurile de sac netede, suplă, libere de jur-împrejur. Per rectum: ambele parametre întinse în deosebi cel din stg., dure, fără sensibilitate.

Prof. Dr. E. ȚEPOSU și Dr. Dr. P. BRUDA: Asupra unui caz de epiteliom renal diagnosticat prin pielografie. Nefrectomie, vindecare.

Prezintă un caz cancer renal operat recent în Clinica Urologică din Cluj. Astfel de cazuri merită ca să fie discutate în fața Onor. Societății deoarece cancerul renal este o afecțiune care se întâlnește destul de rar într'un serviciu de Urologie. Aceasta afecțiune fiind lipsită complet de o simptomatologie de durată lungă și chinuitoare, caracteristica afecțiunilor aparatului urinar trece neobservată și face ca bolnavii să se prezinte medicului specialist abia atunci când afecțiunea se găsește într'un stadiu foarte avansat și când succesul intervenției operatorii devine problematic.

Înfăzirea diagnosticării acestei boli, pe care organismul o maschează cu atâta măiestrie, e absolut necesar ca medicul să o evite și cu mijloacele multiple de investigație pe care cunoștințele de azi i le pun la dispoziție, să precizeze cât mai repede posibil acest diagnostic greu și de mare răspundere.

Simptomul principal al cancerului renal este hematuria, care în 80% din cazuri se prezintă ca prima manifestare a acestei afecțiuni. Hematuria e totală, foarte abundentă și capricioasă.

Un alt simptom important este tumora, care se găsește, în 90% din cazuri și care deși trece neobservată, de multeori poate precedea hematuria.

Durerea care uneori se reduce la o simplă senzație de apăsare a lojei renale corespunzătoare, de multe ori îmbracă forma unei adevărate crize renale, care se datorește fie presiunii intrarenale fie coagurilor din ureter.

Pentru diagnosticarea cancerului renal pielografia ascendentă ne dă o imagine aproape patognomonică, așa că poate fi considerată ca un mijloc suveran de diagnostic.

Bolnavul H. I. în etate de 49 ani șofer din orașul Arad, a intrat în Clinica Urologică în ziua de 17, III. 1937.

Antecedente heredo-colaterale: părinții morți la adânci bătrânețe. Are 5 frați sănătoși. Soția și un copil deasemenea

sunt sănătoși. Antecedente personale: înainte cu 17 ani, a suferit de șancru dur, având R. Wassermann intens pozitivă. A urmat un tratament antiluetic. Acum câțiva ani făcându-și din nou examenul sângelui R. W. a fost găsită negativă în repetate rânduri. Până la boala actuală nu a suferit de vre-o altă afecțiune a aparatului urogenital.

Boala actuală datează din ziua de 2. III. 1937 și a debutat în modul următor: bolnavul ne spune că de mai multe luni de zile se simte slăbit, mai apatic și cu forța fizică mult diminuată. Acestor fenomene însă nu le-a dat nici o importanță până în ziua de 2. III. când deși se găsea în repaos absolut, are o hematurie totală foarte abundentă cu coaguli de sânge vermiformi în urină. Cam la 5 ore după apariția hematuriei (care a durat 36 ore cu intensitate variabilă) bolnavul a simțit dureri în loja renală stângă cari s'au transformat în adevărată criză renală, cu senzație de vomitare și febră. Durerile prezentau irradiațiuni spre flanc și vezică și au cedat abia la injecția de morfină. În stare gravă bolnavul a fost internat în spitalul din localitate, de unde după încetarea hematuriei a fost trimis clinicii noastre.

Examenul general: temperatura 37,2, pulsul 84. Starea generală alterată. Tegumentele și mucoasele vizibile foarte anemiate. Aparatul respirator și circulator normal.

La inspecția lojilor renale nu se observă nimic deosebit. La palparea lojei renale stângi se constată prezența unei tumori reniforme care prezintă contact lombar.

Se fac următoarele examinări: urina ușor turbure, densitatea 1022, reacția acidă. Albumină = urme (+); puroi = negativ; zahăr = negativ. În sediment: hematii și celule descvamate. Microbi nu se observă.

Constanta Ambard = 0,063; Azotemia = 0,50‰. R. W. = negativ.

Examenul cromocistosopic ne arată un tablou vezical absolut normal. Se constată însă lipsa completă a eliminării colorantului în stanga.

Se face pielografie intravenoasă cu perabrodil. La examenul pielogramei în stânga nu se desenează nici o imagine reno-caliculo-bazinetală.

În dreapta rinichiul e ușor ptizat și prezintă o ușoară curbură ureterală la nivelul abuzerii ureterului în bazinet.

La pielografia ascendentă stg. făcută cu abrodil soluție 20% se observă următorul tablou: calicele sunt mult alungite, în sens vertical corespund aproape la trei vertebre dorsale. Se mai observă apoi o gâtuire a unei ramificări a calicelui superior; iar calicele mijlociu este complet suprimat. Bazinetul are o orientare aproape orizontală, iar ureterul e deviat în spre coloana vertebrală formând o crosă.

Aspectul pielogramei, tumora corespunzătoare rinichiului stg. și mai ales hematuria abundentă și spontană pledând pentru o tumoră renală, decidem intervenția operatorie pe care o executăm în ziua de 23 III. 1937 sub anestezie generală cu protoxid de azot.

Op. Prof. Țeposu; ajut.: Dr. Bruda și Dr. Popa: narc; Dr. Totolanu.

Se face lombotomie clasică stg. cu rezecția ultimei coaste. Grăsimea pararenală puternic infiltrată și foarte vascularizată se detașează cu multă dificultate de rinichi. Rinichiul mărit de volum (cam de 3 ori volumul normal) e complet modificat ca aspect, fiind transformat într'o masă tumorală diformă cu excepția unei mici porțiuni a polului superior care mai are încă aspectul unui țesut normal. Eliberăm rinichiul din țesutul sclero lipomatos cu care face corp comun și punem în evidență ureterul și pediculul renal care e puternic infiltrat și

acoperit de mari mase ganglionare. Extirpăm rinichiul și drenăm loja renală.

Examenul anatomo-istologic al piesei făcut de dl Prof. Titu Vasillu ne arată că avem de a face cu un adeno-carcinom papilifer al rinichiului stâng.

Post operator: în primele zile starea bolnavului a fost gravă. Azotul s'a urcat până la 1.38‰. În urma îngrijirii deosebite însă de care bolnavul s'a bucurat, starea lui s'a ameliorat și azotul a scăzut la 0.50‰. Bolnavul se găsește astăzi într'o stare excelentă urmând ca încurând să părăsească clinica.

Am prezentat acest caz pentru a sublinia importanța plelografiiei în punerea diagnosticului de cancer renal și importanța diagnosticului precoce în tumorile rinichiului pentru motivul că operația făcută la timp, poate da supraviețuirii de câțiva ani sau chiar și vindecări, pe când intervenția făcută tardiv este întotdeauna fatală.

În cazul de față lipsa completă a unei imagini renale la plelografia intravenoasă cât și lipsa totală a eliminării colorantului la examenul cistosopic ne-a indicat dela început că avem de a face cu o distrucție completă a parenchimului secretor, rinichiul stâng având o funcție complet dispărută.

Prognosticului cancerului renal fiind în general grav, prognosticul post operator și în cazul de față rămâne rezervat, urmând ca timpul să producă sau să excludă o eventuală metastază sau recidivă frecventă în astfel de cazuri.

Dr. PĂCURARIU: **Neuroretinită gripală.** (apare în articol).

Doc. Dr. I. GAVRILĂ: **Tratamentul erizipelului cu prontosil.** (apare în articol).

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

REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Sedința din 6 Martie 1937.

Prezidează Dl Prof. Dr. T. VASILIU.

Dr. LAVINA RUSU: **Gomă tuberculoasă ciliară perforată.**

În Iulie 1934 a intrat în serviciul Clinicii Oftalmologice

din Cluj, o bolnavă în vârstă de 27 ani, pentru dispariția completă a acuității vizuale la ochiul drept.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nimic deosebit. Boala pentru care venea în Clinică data de trei luni, debutând insidios cu congestie, dureri oculare și pierderea treptată a vederii. Starea generală bună. Pe suprafața tegumentelor, ușor palide, se observă o erupție eritemato-maculopapuloasă; această afecțiune din punct de vedere clinic a fost diagnosticată de lichen scrofulos.

Examenul medical a fost negativ, reacția Wasserman a fost negativă. La examenul obiectiv al globului ocular drept se constată: ușoară lagofalmie, conjunctivele palpebrale întens injectate, conjunctiva bulbară ușor chemotică. În cadranul infero-temporal există o tumoretă de mărimea unei alune, care interesează atât sclerotica cât și cornea în dreptul limbului. Suprafața tumoretei avea un aspect slăninșos murdar. Cornea în întregime opalescentă și vascularizată permitea să se vadă irisul lipit de fața posterioară a corneii. Clinic această afecțiune a fost diagnosticată de gomă perforantă a globului ocular. Tratamentul a fost operator, consistând în enuclearea globului ocular drept.

La examenul isto-patologic al globului ocular enucleat se observă cum procesul tuberculos irian pătrunde în cornee, rupând membrana lui Descemet, distruge izmele corneene, ducând la perforația corneii. Zona de perforație corneeană are aspectul unui crater. În grosimea sclerotice se văd foliculi tuberculoși cu celule gigante. Procesul tuberculos irido-ciliar se extinde către polul posterior în coroidă unde formează o infiltrație difuză discretă sau foliculi tuberculoși izolați. Trunchiurile vasculo-nervoase ciliare posterioare sunt înconjurate de infiltrația tuberculoasă difuză sau nodulară, cu celule gigante.

Invazia tuberculoasă retrograd, prin canalele sclerale ale pachetelor vasculo-nervoase ciliare posterioare din coroidă pătrunde către jesaturile orbitare. Foliculii tuberculoși discreți se găsesc și în spațiul subarahnoidian al tecilor nervului optic.

Diagnosticul diferențial istologic se împunea între o gomă sifilitică, o gomă leproasă, tuberculoză și între oftalmia purulentă metastatică: 1. Originea gomoasă sifilitică, prin negativitatea reacției Wassermann și confirmarea leziunilor cutanate ca tuberculoase, a fost eliminată clinic dela început. Istologic leziunile vasculare și perivasculare reduse ne fac să omitem

RECALCIFIEREA ORGANISMULUI

TRICALCINE

TUBERCULOZE
FRACTURI-ANEMIE
SCROFULOZE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21-Rue Chaptal-Paris IX

ALĂPTĂRI
CREȘTERI
SARCINĂ

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

la fel acest diagnostic. II. Posibilitatea unei gome leproase se elimină, tolnava neprezentând leziuni cutanate specifice acestei afecțiuni. III. O importanță deosebită prezintă diagnosticul diferențial între procesul ciliar gomos și oftalmia metastatică purulentă. Oftalmia metastatică apare în cursul unei stări generale infecțioase grave cu streptococi, pneumococi, gonococi etc. Evoluția clinică a acestei afecțiuni este acută. La examenul istologic, toate elementele globului ocular prezintă o infiltrație masivă, difuză cu leucocite polinucleare. În cazul nostru procesul inflamator este cronic, mai pronunțat la polul anterior, de care cu cât ne îndepărtăm, leziunile inflamatorii devin mai izolate.

Eliminând posibilitatea unei gome sifilitice leproase sau a unei oftalmii purulente metastice, diagnosticul de gomă tuberculoasă uveală anterioară se impune în fața acestui tablou istologic.

Tuberculoza irido-ciliară poate fi primitivă sau secundară.

1. Tuberculoza uveală primitivă este foarte rară, are o origine endogenă și se observă în urma infecțiunii produse prin traumatismele perforante ale globului ocular.

2. Tuberculoza uveală secundară este cea mai deasă. Ea are o origină hematogenă și provine dela un focar mai îndepărtat al organismului, care de cele mai multe ori este situat în plămâni la nivelul ganglionilor peribronchici.

După Rist focarul tuberculos pulmonar este în toate cazurile liniștit, se evidențiază numai la examenul radioscopic printr-o zonă obscură. Tuberculoza uveală apare excepțional la cei cu tuberculoza pulmonară în evoluție.

Prof. Dr. TITU VASILIU și Dr. RADU PETRU: Comunicări de cazuri de cancer pulmonar primitiv.

Autorii prezintă, piesele provenite dela trei cazuri de cancer pulmonar primitiv și anume:

Caz. I. Este vorba de un bărbat în vârstă de 26 de ani sucombat în serviciul clinicii Medicale.

Din antecedente este de reținut faptul că la vârsta de 6 ani a suferit de scarlatină iar la 25 de ani de pneumonie. Fumător pasionat, alcoolic moderat.

Boala pentru care a venit la clinică a debutat pe îndelete cu patru luni înainte cu senzația de oboseală, transpirații abondente și ușoară răgușală, ce la început apărea numai după vorbire mai îndelungată, ca la scurt timp să devină permanentă. După câteva săptămâni apare și o tuse cu expectorație abondantă, din când în când cu striațiuni sanghine. A slăbit foarte mult în forță și greutate. Cu aceste fenomene este internat în serviciul clinicii, unde l-se instituie tratament — fără niciun rezultat, căci bolnavul sucombă după o ospitalizare de două săptămâni cu diagnosticul de tumoră mediastinală.

La autopsie se constată în mediastin o masă tumorală care se continuă cu pulmonul stâng. Deschizând bronșia stângă, imediat după bifurcația bronșiei mari, vedem mucoasa bronșiei care este ușor neregulată, datorită unui țesut neformat alb gălbui ce proliferază din peretele bronșiei spre exterior. Tumora mediastinală aderă de peretele sterno-costal și înglobează organele din mediastinul anterior, înconjurând vasele ca într-o carapace. Pe suprafața de secțiune masa tumorală mediastinală are o culoare gălbue omogenă, de pe care se rade un suc lăptos. De asemeni prezintă metastaze tumorale în ficat, rinichi suprarenală și ganglioni.

La masa de autopsie diagnosticul de cancer bronșic a fost mai dificil, însă examenul microscopic confirmă diagnosticul de carcinom cubo-celular, de origine bronșică.

Caz. II. Bărbat în vârstă de 44 de ani, sucombat în ser-

viciul clinicii Medicale cu diagnosticul de cancer pulmonar. Antecedentele personale fără importanță. Boala actuală datează de două luni debutând insidios cu dureri epigastrice, neritate de alimentație, tuse cu expectorație mucoasă — rar cu striațiuni sanghine, slăbire în forță și greutate, precum și o tumefiere progresivă a hipocondrului drept și a regiunii epigastrice.

La autopsie se constată că pulmonul stâng aderă pe întreaga suprafață anterioară de plastronul sterno-costal, prin false membrane dure fibroase. Pe fața anterioară a pulmonului stâng se vede o tumoră de mărimea unei mandarine, ce face corp intim cu parenchimul pulmonar și care se observă mai bine după deschiderea ramurei de bifurcație a bronșiei mari, că are punctul de plecare dela bronșie, care este prinsă în masa tumorală, de unde proliferază spre exterior. Tumora pe suprafața de secțiune are un aspect albicios de pe suprafața căreia se rade un suc lăptos. Ganglionii regionali sunt prinși, duri, unli din ei confluează. Deasemeni mai găsim metastaze tumorale și în ficat care cântărește 6800 grame.

Examenul microscopic ne arată că este vorba de un carcinom rotundo-celular.

Caz. III. În cazul de față este vorba de piesele provenite dela cadavrul unui bărbat în vârstă de 53 ani, sucombat în serviciul Clinicii. Din antecedentele personale reese, că la 11 ani a suferit de pneumonie, la 24 de ani de icter cataral. Este un fumător și alcoolic pasionat.

Boala actuală a debutat insidios, cu cinci luni înainte, prin dureri de cap sub formă de hemicranii, tuse mai mult matinală, cu expectorație sero-mucoasă, dureri în fosa subclaviculară dreaptă, transpirațiuni și ascensiuni febrile. Mai târziu observă tumefierea dureroasă și progresivă a regiunii cervicale drepte, slăbire foarte mare în forță și greutate. Cu aceste fenomene intră în clinica Med. unde după trei zile de ospitalizare sucombă cu diagnosticul de limfosarcom.

La autopsie, se constată o masă tumorală localizată la hilul pulmonar stg. Această masă neformată este dură, de mărimea unui ou de găscă și face corp comun cu bronșia principală. La deschiderea bronșiei se vede o stenozare a lumenului bronșic, iar mucoasa bronșiei prezintă din loc în loc mici ulcerățuni. Peretele bronșic este transformat în întregime într'un țesut omogen, albicios, pe suprafața căreia se rade un sac lăptos. Acest țesut neformat are tendință de invadare în parenchimul pulmonar și se infiltrază dealungul bronșiilor și a tracheei (căile limfatice). Ganglionii regionali, mediastinali, dar mai ales cervicali drepti sunt mult măriți, duri, pe alocurea confluează, iar pe suprafața de secțiune au aspect tumoral. De asemenea se mai găsesc metastaze carcinomatoase și în ambele suprarenale. Microscopic este vorba de un carcinom palpighian bronșic.

În concluzie, în toate trei cazurile este vorba de carcinom bronșic cu metastaze mediastinale: forma mediastino-pulmonară.

Prof. Dr. TITU VASILIU și Dr. RADU PETRU: Despre un cancer primitiv hepatic.

Este vorba de un bărbat în vârstă de 42 ani sucombat în serviciul Clinicii Chirurgicale cu diagnosticul de tumoră hepatică.

În antecedente la 6 ani a suferit de icter. Fumător și alcoolic pasionat. Boala actuală datează de 2 luni și jumătate, a debutat insidios cu tuse matinală însoțită de expectorație mucopurulentă, temperatură ridicată și transpirațiuni. După una lună dela debut, apar dureri intermitente — și difuze în etajul abdominal superior — în hipocondrul drept, care se accen-

tuează la tasă. În ultima lună observă tumefierea progresivă a hipochondrului drept și a epigastrului, iar aurerile devin tot mai accentuate, slăbește progresiv în forță și greutate.

În această stare intră în serviciul Clinicej, unde la examenul local se constată: în hipochondrul drept o tumoră mare ce depășește rebordul costal cu un lat și jumătate de palmă. Tumora este dură, ușor neregulată, neaderentă de piele și puțin sensibilă.

Reacția Wasserman negativă. Reacția Weinberg - Părvu negativă. Cassoni intens pozitiv. Leucocite 9600. Urina A. P. Z. negativ. Tabloul sanghin: polinucleare n. 75%, limfocite 20%, monocite 4%, euzinofile 1%. La autopsie, în cavitatea peritoneală se găsesc circa 300 cm. cubi lichid sanghinolent. Ficatul este mult mărit de volum, cântărește 7000 grame. Suprafața hepatică este ușor neregulată, iar capsula lucie prin transparența căreia se văd foarte mulți noduli în parenchimul ficatului. Pe suprafața de secțiune, se constată — lobul stâng al ficatului care este foarte mare, este transformat într'o masă tumorală, omogenă, de culoare gălbue, de pe suprafața căruia se rade un suc lăptos. În lobul drept al ficatului se găsesc foarte mulți noduli, de mărimi variabile, ajungând chiar mărimea unor nuci și sunt perfect delimitați de parenchimul ficatului care are o structură aproximativ normală. Pe lângă aceste leziuni am mai găsit metastaze tumorale în pulmonul stâng și ganglionii dela hilul ficatului, precum și lombo aortici.

Structura microscopică arată într'adevăr că este vorba de un carcinom hepatic, cu metastaze multiple.

Patogenetic, aceste tumori ar pleca din insulele celulare nediferențiate, cu potențial de a produce atât celula hepatică cât și epiteliul căilor biliare.

Prof. Dr. G. BUZOIANU: Tracheo-bronchoscopia în diagnosticul și tratamentul tumorilor maligne pulmonare.

În ședința precedentă a societății anatomice din Cluj s'au prezentat interesante rapoarte cari vizau problema cancerelor pulmonare din întregul punct de vedere: clinic, anatomo-patologic și al circumstanțelor favorizante etiologice. Pe materialul anatomic important pe care-l posedă institutul anatomo-patologic pe o perioadă de 17 ani (45 cazuri) și sprijiniți de experiența bogată a clinicii medicale din Cluj dñii profesori I. Hațieganu, Titu Vasiliu și dñii Docent Dr. Daniela, Dr. Cotuțiu au înfățișat cu competență cunoștințele noastre actuale relative la cancerul pulmonar. Este natural totuși ca o chestiune atât de vastă cum este acest capitol al neoplasmelor pulmonare să nu fie epuizat deoarece alături de considerațiunile clinice, anatomo-patologice și etiologice o vastă perspectivă de discuțiuni se pun când este vorba de problema terapeutică. Pe de altă parte în compartimentul interesului clinic o chestiune cu totul specială o formează metoda diagnosticului radioscopic și endoscopic.

Nu într'adevăr evident în preocupările noastre obișnuite un interes special pentru a privi cancerule-pulmonare în mod egal din toate aceste puncte de vedere. Sau dacă acest interes egal există el este mai mult doctrinar. Interesul particular în calitate pe care o avem în legătură cu specialitatea noastră oto-rino-laringologică se atașează mai mult problemei endoscopice, adică metodei prin ajutorul căreia putem în unele cazuri să facem ca neoplasmul pulmonar să fie vizibil, tangibil și deci biopsiabil.

Metoda aceasta de endoscopie nu este alta decât tracheo-bronchoscopia executabilă prin ajutorul diverselor aparate dintre cari astăzi lumea de specialitate este de acord a considera că

bronhoscopul tip. Ch. Jackson reprezintă modelul cel mai bun. Datorită bunăvoinței dlui Prof. Hațieganu care a donat clinicii O. R. L. suma de 28,000 lei clinica oto-rino-laringologică din Cluj posedă acest instrument astăzi și până în prezent ne-am servit de el în diferite împrejurări cu rezultate bune. Este drept că nu am avut încă în clinică ocazia să bronhoscopizăm un caz de cancer pulmonar. Bolnavii aceștia nu se prezintă cu afecțiunea lor pulmonară laringologului ci internistului care singur este în măsură să ceară colaborarea endoscopistului. Bronhoscopia este susceptibilă să aibă două meniri în prezența unui cancer pulmonar: o menire diagnostică și o menire terapeutică.

Menirea diagnostică. S'a discutat aci și confirmarea o găsim în toate manualele cari redau patologia cancerului pulmonar asupra dificultăților clinice pentru fixarea diagnosticului cancerului pulmonar. Dl Prof. Titu Vasiliu afirmă că numai într'un procent de 50%, cazurile necropsiate de dsa. au avut un diagnostic clinic exact. Metoda bronhoscopică vine să ajute într'o măsură oarecare înălturarea dificultăților pentru punerea diagnosticului clinic de cancer pulmonar în unele împrejurări. În adevăr se știe că unele cancere pulmonare au un contact foarte intim cu pereții bronhiilor cari pot fi făcute vizibile prin brochoscoape. Fie că aceste cancere pornesc chiar din acești pereți, fie că ele invadează în mod secundar bronhiile mari, prin ajutorul bronhoscopiei putem vedea în mod direct aceste modificări și în unele cazuri putem practica o biopsie cece este idealul pentru fixarea caracterelor de malignitate a unei tumori.

Tumorile maligne pulmonare cari invadează bronhiile sunt caracterizate la aspectul endobronhoscopic printr'o masă sângerândă de țesut fungos (Jackson) scăldată în puroiu și în secreții în general fetide. Prelevarea unui fragment biopsic trebuie făcută cu prudență, trebuie evitat cu orice preț să se biopsieze din eroare peretele bronșic deformat prin presiunea unui aneurism de vecinătate, cece se exclude prin examenul clinic și radioscopic prealabil.

Când tumora este peribronșică sau peritracheală, compresiunea poate produce o stenoză, acoperită de o mucoasă normală. Aspectul endoscopic este variabil, lumina în semilună sau în lamă de sabie după vechea expresie. Partea comprimată este dură, iar bronhiia este imobilizată. Este dela sine înțeles că neoplasmele vârfurilor pulmonare nu pot fi atinse prin bronhoscopie, în afară de cazul când fiind prea extinse produce stenoze și muguri neoplazici la orificiile bronhiilor superioare. Deasemenea secrețiile cari se scurg din aceste bronhii ale lobului superior pot da unele rezultate utile.

O importanță deosebită când neoplasmul pulmonar sau mediastinal nu a pătruns încă în lumina bronhiilor îl constituie imobilitatea pintenului tracheal. Pintenele acesta este mobil și se mișcă ritmic în mod normal în mișcările respiratorii. În inspirație se mobilizează în față și în jos, în expirație revine. Diferite procese peri-bronșice și peri-tracheale împiedcă aceste mișcări (aneurism, ganglioni tbc. cancere), cancerul producând mobilizarea cea mai accentuată.

Menirea terapeutică. Când tumora malignă este încă localizată la lumenul bronchial și nu prea extinsă ea poate fi scoasă iar punctul de implantare cauterizat prin bronhoscoape. Jackson citează cazul lui Kahler în care era vorba de un carcinom cu celule cilindrice, bolnavul nefăcând nici o recidivă în momentul publicației la doi ani jumătate dela intervenție.

Prin endobronhoscoape se pot așeza la nivelul bronhiilor neoplaziate sau în contact cu cancerul peribronchic ace

de radium implantate în plină masă neoplasică și menținute în siguranță printr'un fir tracheo-bucal.

În fine tot prin bronhoscopie se pot aspira perfect mucozitățile fetide, se pot introduce local în bronhiile diferite soluții antiseptice (apă oxigenată, argirol 25%) sau se poate injecta așa cum personal am putut vedea într'un centru european, injecții cu metale rare (mezotorium) în plină masă neoplazică peribronhică. Aceste injecțiuni se fac cu ajutorul unei seringi speciale la cari se adaptează ace foarte lungi. Acestea fiind linii rezumative serviciile pe cari le poate aduce metoda bronhoscopică în diagnosticul și tratamentul neoplasmelor pulmonare se înțelege că nu ne putem lipsi de ele acolo unde avem convingerea că ele sunt utile. De aceea cum în ședința trecută a societății nu a mai fost timpul material pentru a aduce în discuție metoda endoscopică față de problema cancerului pulmonar, în calitatea pe care o am, găsec că este datoria mea de a atrage atenția onoratei Societăți asupra ei, asupra posibilităților ei mai ales în speranța că o colaborare fructuoasă poate reeși într'o afecțiune atât de gravă cum este aceea a cancerului pulmonar.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ANTROPOLOGIE CLUJ

Ședința din 15 Februarie 1937.

Prezidează Dl Prof. V. PAPILIAN

Dl Prof. PAPILIAN, președintele societății, deschide ședința, apoi aduce la cunoștința membrilor că au fost convocați pentru a se discuta și aduce hotărâri în privința Congresului Internațional de Antropologie de la București, dintre 1 și 8 Septembrie 1937, organizat de Societatea Internațională de Antropologie din Paris,

Pentru lămurire Dsa dă citire adresei Comitetului de organizare de sub patronajul M. S. Regelui, în care se arată diferitele secțiuni determinate de birou, precum și faptul că după epuizarea părții științifice, ce va avea loc la București, congresiștii țin să viziteze și Clujul.

Chestiunea cea mai urgentă însă interesează lucrările, ce se vor prezenta de către membrii societății noastre, întrucât titlurile acestor lucrări trebuiesc înaintate cât mai urgent, Dlui Prof. Minovici, secretarul congresului.

Între altele Dl Președinte arată și condițiunile materiale impuse pentru participare la congres și anume 40 frcs pentru membrii Institutului de Antropologie și 80 frcs pentru ceilalți, în această sumă intrând și costul Revistei de Antropologie.

Dl Prof. RACOVITZĂ este de părere să se facă congresiștilor o demonstrație de antropologie pe viu, și propune regiunea Câmpeni la Moși unde Dsa a găsit obiceiuri extrem de vechi și interesante.

Dl PREȘEDINTE roagă membrii să-și prezinte lucrările până la data de 1 Martie 1937.

Dl Doc. Dr. C. C. VELLUDA arată că până la data congresului este timp suficient ca unele lucrări, ce nu sunt încă puse la punct să fie terminate și deci trebuie să se înainteze biroului congresului numai titlurile lucrărilor.

Se discută apoi asupra felului lucrărilor și asupra posibilității de a se prezenta și lucrări deja publicate, dar care nu au avut o publicitate prea mare.

Dl Prof. RACOVITZĂ arată că este foarte indicat a se prezenta cât mai multe lucrări originale, și chiar dacă au fost

publicate anterior note dintr'o lucrare oarecare, să fie toate concentrate în o singură lucrare, adăugându-i-se date noi.

Dl PREȘEDINTE aprobă cele de mai sus, rugând membrilor care vor depune lucrările să lucreze în stil strict științific.

Dl Prof. VUIA R., bazându-se pe faptul că la Congresul de la Londra, la care a luat parte, s'a admis introducerea Etnografiilor la paritate, crede că e bine să se facă propuneri pentru înființarea unei secții de Antropologie și Etnografie în învățământ. Dsa mai este de părere că ar fi bine ca la congres să se prezinte lucrări care să trateze următoarele subiecte: „Istoricul și situația științelor antropologice la noi“, „Demografia“, „Probleme de populație“, și „Istoria religiilor“, dar atrage atențiunea asupra faptului că n'au ce căuta preoții, având în vedere că ar trebui aduse numai chestiuni de religie extradogmatică — mai ales religiile primitive.

Dl Prof. PAPILIAN informează Societatea că Dl Prof. Minovici s'a adresat Patriarhului, cerând să nu se discute dogma; iar dacă există vre-un preot, care se ocupă cu folclor, superstiții etc. să fie invitat.

Dl Prof. BOLOGA V. crede că nu este așa de periculoasă chestiunea preoților, pentru armonia congresului, deoarece bisericile noastre nu s'au amestecat niciodată în astfel de chestiuni.

Dl Dr. I. FĂCĂUARU întreabă, care este situația congresului față de Germania, căci Germania nu-i reprezentată oficial. La noi oare vor veni autorii sași, care au lucrări valoroase despre ei și despre noi?

Dl Prof. VUIA aduce la cunoștință că al II-lea congres internațional va avea loc la Copenhaga și ar trebui să începem să ne pregătim. În primul rând e nevoie să numim patru membri în Consiliul permanent al Congresului.

Se discută și se aprobă în principiu să fie desemnați doi antropologi și doi etnografi.

Dl Prof. GIUGLEA constată că la actualul congres s'a omis a se numi un reprezentant în Comitetul de Organizare din secția lingvistică și etnografică și crede că e necesar să se îndeplinească acest deziderat.

Dl Dr. I. FĂCĂUARU arată că ar fi nevoie de oarecari fonduri pentru confecționarea diferitelor grafici etc.

După lungi discuții, la care participă Dnii: Prof. Racoviță, Prof. Papiilian, Prof. VUIA, Doc. Dr. Veluda, I. Chelcea, se decide a se convoca o ședință, la care va fi invitat și Dl Prof. Minovici și în care ședință se vor lămurii toate chestiunile nepuse la punct.

Sedința din 15 Martie 1937.

Prezidează: Dl Prof. N. MINOVICI (București).

Iau parte în afară de toți membrii activi ai Societății în frunte cu președintele ei, Dl Prof. Papiilian și invitații: Prof. Dr. Racoviță, Prof. Dr. Ghidionescu V., Prof. Dr. Bologa, Prof. Grigoriu.

Dl Prof. Minovici prezintă felicitări și mulțumiri pentru felul cum am știut să răspundem la apelul Dsale.

Mai prezintă lista tuturor autorilor și subiectelor înscrise la Congres.

Expune sumar planul de desfășurare al Congresului (plan provizoriu) și cere Domnilor prezenți păreri în acest sens.

În ceea ce privește congresul ne spune că el trebuia să aibă loc acum 1½ an și că ungruții aveau pretenția a-l ține la Budapesta. Datorită însă intervenției francezilor filoromâni se ține la București. Tot concursul ni-l dă guvernul, mai ales Dl Ministru Agheliescu, apoi Dl Stelian Popescu și alții.

Se emite părerea a se tipări o broșură cu istoricul antropologiei la noi în țară. La acest studiu vor lucra Dnii: Prof. V. Papiian și Prof. R. Vuia din partea Clujului.

În ceea ce privește vizita ce o vor face congresiștii la Cluj, se hotărăște a li se arăta muzeul etnografic, biblioteca Universității și o regiune pur românească din jurul Clujului.

La această discuție iau parte Dnii: Prof. Racoviță, Vuia, și Bologa. Nu s'a hotărât definitiv parcursul excursiei.

De Prof. Minovici a cerut să se reflecteze în acest sens și să i se comunice.

Dsa mai spune că după ce va sta de vorbă cu cei de la Iași ne va mai convoca odată.

REVISTA REVISTELOR

MEDICINA INTERNĂ

Combaterea spasmelor prin medicamente fără alcaloizi în medicina internă. (Alkaloidfreie Spasmenbekämpfung bei inneren Krankheiten) de BAUKE. Med. Welt, 1936, Nr. 33, pag. 1180.

După experiențele autorului spasmoliticul lipsit de alcaloizi Octinum face posibil un efect mărit al papaverinei, având chiar la doze mai mari o toxicitate mai redusă și după aceasta o sferă de indicație mai mare față de alte spasmolitice. Avantajul principal al Octinului este lipsa fiecărui efect general sau specific de atropină. Octinum se recomandă pentru tratamentul spasmelor diferitelor naturi (mai ales în tractul gastro-intestinal), ne cauzând nici obișnuință nici constipație. S'au observat de asemenea rezultate bune la stenocardie și angină de piept, spasme intestinale, intoxicații cu plumb și cu nicotină, migrenă, crize taice, etc.

Despre un medicament sintetic nou în tratamentul ulcerului gastric și duodenal. (Über ein neues synthetisches Arzneimittel in der Behandlung des Ulcus ventriculi et duodeni) de KRUPP Dtsch. med. Wschr., 1936, Nr. 30, pag. 1219.

Autorul a tratat cu Octinum (per os și rectal) 45 de bolnavi suferind de ulcer unde preparatul s'a dovedit a fi un antispasmodic bun, care fără excepție s'a suportat bine de toți pacienții. Efectul calmant al durerilor al Octinului s'a ivit în 100% din cazurile tratate chiar după 10—15 minute, și peste scurt timp bolnavii s'au simțit fără dureri. Terapia alcalină a devenit complet de prisos în 60% din cazurile tratate. La 10 pacienți cu spasme consecutive unor operații pe stomac sau intestin anterioare, stările spastice chinuloare, cari au apărut în mod regulat s'au ameliorat de multe ori prin doze sistematice de Octinum; la câțiva bolnavi s'au suprimat chiar complet.

Terapia tusei convulsive. (Therapie des Keuchhus-tens) de VERAS. Elliniki Iatiki, Saloniki, 1937, Nr. 1.

După explicația diferitelor terapii ale tusei convulsive, autorul rezumă experiențele sale personale în următorul fel: Vaccinoterapia se poate folosi profilactic precum și în stadiul incipient al îmbolnăvirii. Terapia cu eter se recomandă numai la complicații bronșitice și bronchopneumonice acute împreună cu Cardiazol. Terapia simptomatică este întotdeauna eficace.

Printre medicamentele care intră în considerație în tra-

tamentul acestor cazuri, se pot recomanda înainte de toate picăturile Cardiazol-Dicodid, mai ales la sugaci. În formele febrile este indicată Aristochina. Uneori se administrează avanta-țos tincturile de Grindella și Drosera. Tratamentul în plin aer este de recomandat numai către sfârșitul perioadei prodromale, dacă nu există complicații bronchopneumonice.

MEDICINA LEGALĂ

Fracturile basinelor și raportul lor cu facerea din punct de vedere medico-legal. (Les fractures du bassin et leurs rapports avec l'accouchement au point de vue médico-légal) de PAUL GOVIN. Ann. de Méd. Lég. Nr. 1—1937 Paris.

Fracturile basinelor se întâlnesc destul de rar în practica medicală. Ele au fost studiate numai din punct de vedere obstetrical. Având în vedere varietatea deformațiilor pelviene pe cari le produc, basinelor astfel deformat, au fost clasate „Basinuri atipice“.

Fracturile izolate și mai ales fracturile sacrului, au un mare interes obstetrical, putând produce modificări însemnate în filiera pelviană și creind obstacole serioase pentru evoluția fătului în diferite faze ale facerii. Fracturile centurei pelviene au și ele o influență serioasă asupra facerii. Deformațiile bazinului depind de locul fracturii și de mărimea calusului. Din această cauză medicul expert nu trebuie să fie seamă numai de fractura însăși, ci și de felul consolidării ei și de forma cavității rezultată. Mai trebuie să ținem seama și de faptul că o astfel de distocie nu duce numai la o piedică mecanică în facere, ci de multe ori produce și tulburări fiziologice (contracțiuni uterine anormale, ruptura precoce a pungii de apă etc).

Din cazurile publicate în literatură, autorul ajunge la 2 ipoteze. 1. Bazinul este insuficient pentru a permite facerea și deci e necesară o operație cesariană și, 2. Bazinul este suficient, dar prezintă anomalii cari necesită diverse intervenții. Aceste trebuie să le albe în vedere medicul expert, chemat să evalueze daunele suferite de o femeie prin accident. Prin pelvimetria externă, explorarea internă și prin radiografie se pot aduna unele date cari să ne permită a stabili un diagnostic și un prognostic. Dar medicul expert trebuie să stabilească dacă femela a rămas cu o incapacitate permanentă prin fractura bazinului sau ce prejudicii s'au cauzat unei femei tinere susceptibile de o sarcină. Autorul nu stabilește norme fixe de evaluare, lăsând la aprecierea expertului aceasta. Totuși expertul trebuie să fie indulgent chiar când presupune posibilitatea unei nașteri normale și mai ales la femeile cari au scheletul în dezvoltare.

Dr. RIȘCUȚA

Rolul siliciului în imunitatea contra tuberculozelor pulmonare. (Role du silicium dans l'immunité contre la tuberculose pulmonaire, de ROYO VILLANOVA și PARDO CANALIS. La Médecine du travail, No. 3—1936.

Autorii au dozat siliciul din cenușa diferitelor organe. Au utilizat pulmonul de vacă, care se știe că e foarte receptiv la infecția tuberculoasă, apoi pulmonul de capră și oale, animale atinse de tuberculoză numai în cazuri excepționale. Rezultatul acestor dozări este cât se poate de interesant; până când la vacă cantitatea de siliciu este minimă în cenușa de pulmon, la capră și oale este în cantitate mult mai mare.

Aceeași experiență o încearcă cu spermofiliul, animal refractar inoculării bacilului Koch, la care siliciul e prezent în cantitate de 0.02 — 0.008% — în diferite organe —, spre deosebire de cobai — ușor tuberculizabil — la care cantitatea de siliciu este de 0.00197 — 0.0006%. Se deduce de aici că siliciul e în mică cantitate la animalele predispuse tuberculozei și în mare cantitate la cele puțin receptive sau refractare.

Boala bățătorilor. (La maladie des batteurs). de Dr. J. ROUBAL. La Médecine du Travail, No. 4—1936.

Această boală se află la lucrătorii cari lucrează cu mașini de bățut și cu ciocane automate. Rezultă din șocuri rapide scurte, vibrante cari se transmit dela mașină la mâna lucrătorului și aparține grupei de angionevroze. Afecțiunea se caracterizează prin o vascularizație normală în decursul și după lucru, însă în timp rece sau după spălare cu apă rece pielea devine palidă, degetul pare morț, este amorțit pentru ca la urmă degetul, gradat, să-și reia mobilitatea normală. Dacă muncitorul trece la căldură, anemia face loc unei hiperemii intense, pielea la contact e mai caldă ca la celelalte degete. Hiperemia începe fie la extremitatea distală fie la articulația metacarpo-falangiană urmând un traiect spre vârful degetului. Leziuni triflice și modificări macroscopice în cazurile autorului au lipsit. Boala se instalează numai după un interval de latență și se pare că nu are legătură cu etatea lucrătorului; există în schimb o relațiune între aceasta afecțiune și tendința constituțională la desordini vasoneurotice. Afecțiunea se declară mai ales acolo unde ritmul bățăilor se succed la intervale lungi. Mașinile de încălțăminte cari transmit vibrațiile la degete nu dau această afecțiune ci parestezii profunde ale degetelor și antebrațului. Mașinile de bățut aduc cu sine deseori o tendosinovită a extensorilor antebrațului cu exudat mai mult sau mai puțin dezvoltat în teaca mușchilor. Aspectul istologic al vaselor cutanate nu se cunoaște. Din punct de vedere terapeutic sunt indicate băi alternative calde și reci, razele X, injecții cu Valikrein și în special cu Bromo-holină care după autor dă cele mai bune rezultate.

Dr. C. COTUȚIU

DERMATOLOGIE

Considerațiuni în legătură cu două cazuri de eritem nodos de Dr. STANCIU—STROIA, Medic primar, Făgăraș. „Sibul Medical” 1935, pag. 226.

Autorul descrie 2 cazuri pe cari le-a observat 2 ani neîntrerupt și a putut să stabilească anumite relațiuni de natură patogenă. La un bolnav a survenit un eritem nodos și o conjunctivită flictenulară. Mai târziu a apărut o artrită a lui Ponsel. Peste acestea a urmat un abces rece.

Al doilea pacient a avut o pleurită umedă cu exudat tuberculos peste care a survenit un eritem nodos.

Autorul descrie detaliat apariția succesivă a diferitelor stadii de dezvoltare a manifestărilor la ambii bolnavi. Autorul susține că, eritemul nodos și conjunctivita flictenulară sunt produsele unei forme recente și filtrabile de bacilul Koch. Pe scurt :

Cazul I. Băiat de 15 ani, tatăl mort de tcb. Alte anamneze : zero bacili, temperatură subfebrilă, anorexie. Puseuri de respirație. Dureri în ambele solduri. Starea generală rea. Habitus asthenic. Slab dezvoltat. Dermul și țesutul muscular relaxat. Sensoriul etc... intact. Ganglionii mici cervicali în formă de lanț,

sunt palpabili. Pe coapse exanteme roșietice, ușor sensibil, dure, violete. Pulmonul: intra-scapulovertebral respirație de suflu fără șgomot. Inima: șgomote accentuate, tachicardie. Radiologic: adenopatie tracheobronhică. În dreapta hilul mărit. Oftalmologic: Iperemie difuză a globului stâng cu ușoară inflamație în apropierea pupilei, din care, în formă de evantai, se prelungesc o serie de dungi vasculare. Ușoară lăcrimare. După o jumătate de an s'a refuzat tratamentul de instituit, afară de aceasta s'a stabilit temperatura până la 39 grade. Dureri în toate articulațiile tibiotarsiene, cari sunt inflamate. Inima: nici o vătămare a valvulelor. Tratamentul anterior cu Salicylat, fără efect. Autorul pe baza anamnezei și a înlănțuirii simptomelor izolate, admite o patogeneză bacilară cu atât mai mult, cu cât mai târziu s'a dezvoltat un abces rece.

În al doilea caz, o studentă de 19 ani a fost tratată în zadar de infecție tonsilogenă. Abces de fixație. Starea generală mai rea. Mic tocar de congestie pleuro-pulmonară. Mai târziu exudat. Punctia de probă, pozitivă. Autorul crede că are înaintea sa o infecție bacilară, care a început cu un eritem nodos. Tratament ambulant ca la pleurită sau peritonită tuberculoasă, fără efect. Incepe cura de Sanocrysine. Dissolvă Sanocrysine în Calciu și dă total 2 grame din ea cu 0,25 ca doză maximală. Autorul a fost sugestionat la această terapie prin un articol al Dlui Docent Hagiescu din România Medicală.

Ambii bolnavi au suportat bine cura și pot fi considerați astăzi ca vindecați. Autorul este de părere că Sanocrysine chiar și în cazurile de fenomene secundare de tcb. trebuie să fie întrebuințată ca o terapie activă. În cazurile unde nu pot fi puse la dispoziție laboratoare corespunzătoare și unde nu se poate să se dovedească bacilul Koch în culturi de sânge trebuie principial să se considere orice eritem nodos ca un fenomen de natură tuberculoasă și să se aplice terapia antituberculoasă în deosebi și Sanocrysine și să se aibă în vedere întotdeauna un proces latent tuberculos. Numai cu un tratament activ de Sanocrysine crede autorul că se pot evita consecințe tardive de tuberculoză latentă și consideră eritemul nodos ca un simptom inițial.

INFORMAȚIUNI

— Dl Docent universitar Dr. LEONIDA POPP, medic primar radiolog la dispensarul policlinic al municipiului București, a fost ales membru activ al Societății de Radiologie din Berlin.

*

ERATA

În articolul »Noi cercetări în studiul sincopei adrenalino cloroformice« de V. Papilian și C. Antonescu apărut în Nr. 6 pag. 358, Clujul Medical, s'a strecurat următoarele greșeli de tipar:

Coloana 2, rândul 7 și 8 »Testiculi forte Richter« se trece în aceeași coloană rândul ultim după »extract total de testicul« și se șterge »egal cu Glandubolin«. Deci se va citi, (rândul 7 și 8), foliculină (Glandubolin Richter) în cantitate.....; și (la rândul ultim) »de testicul (Testiculi forte Richter) în cantitate de 0 gr.....

Autorii