

# CLUJUL MEDICAL

## REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Clinica Oftalmologică din Cluj

### MENINGOBLASTOMELE OPTICO-ORBITARE

de :  
Prof. Dr. D. MICHAIL și Asistent Dr. LAVINIA RUSU

Meningoblastomele\*) sferei oculare sunt tumori foarte rare. Ele pornesc de cele mai multe ori din tecile nervului optic, în care caz se obicinuește să se vorbească de meningoblastomele nervului optic, pentru ca alteori să apară ca rezultat al extinderii secundare orbitare a neoplaziilor meningelor cerebrale bazilare, în care caz s'a convenit să se vorbească de meningoblastomele orbitei, cu toate că și într'un caz ca și în celalt aceste tumori se prezintă prin extensiunea lor orbitară sub tabloul simptomatologic bine cunoscut al neoplaziilor orbitare. Dar, fie că aceste tumori orbitare pornesc dela meningele optic, sau dela cel bazilar, ele prezintă o perfectă identitate istogenetică și structurală cu meningoblastomele meningelor cerebrale, în cât în realitate nu constituiesc de cât un aspect special al acestor ultime neoplazii, a căror evoluție în concepție au și urmat-o.

Pentru a înfățișa prin urmare mai precis aspectul actual al problemei meningoblastomelor optico-orbitare, credem folositor să trecem în revistă în lineamentele sale mari evoluția concepțiilor referitoare la problema tumorilor meningeale în general. Această problemă a suferit, grație cercetărilor istologice realizate cu tehnicile moderne și datorită interpretărilor istogenetice din ultimele două decenii, remanieri importante al căror punct de plecare îl formează în special lucrările lui *Strasser*, *Cushing*, *Oberling*, *Masson*, *Roussy* și *Cornil*.

Privite din aceste puncte de vedere, tumorile meningeale au început prin a fi considerate ca având o origină mezenchimatoasă (fibroblastică sau endotelială), pentru a fi interpretate mai apoi ca neoplazii

\*) Acest articol a făcut subiectul unei comunicări, prezentate în ședința din 29 Aprilie 1939 a Societății Anatomice din Cluj, sub titlul de „psamome ale nervului optic”. Mulțumim călduros D-lui Prof. Dr. Titu Vasiliu, care cu acea ocaziune a binevoit să ne indice noua terminologie a afecțiunii, procurându-ne în același timp cu o deosebită amabilitate lucrările lui *Oberling*, *Roussy* și *Masson*, de o importanță documentară capitală pentru alcătuirea prezentei lucrări.

de origină ectodermică. Acestor concepțiuni istogenetice variate se datorează faptul, că tumorile de mai sus au fost considerate multă vreme ca având o mare varietate de aspecte istologice, cât și faptul că apar în literatura chestiunii sub denumiri foarte diferite. Le găsim etichetate astfel, uneori ca tumori fungoase (*Cruveilhier*), alteori ca tumori fibroblastice (*Lebert*), sau ca sarcome angiolitice (*Cornil* și *Ranvier*), alteori ca endoteliome (*Lancereaux*, *Steudener*, *Bizzorero*, *Bozzolo*, *Golgi*), alteori ca epiteliome (*Mayer*, *Bouchard*, *Robin*); pentru ca odată cu *Virchow* să le vedem apărând sub denumirea persistentă de psamome, denumire sub care autorul a înțeles să descrie o serie de tumori conjunctive cu formație de sferule calcare. Această denumire, cu toate protestările autorului, a devenit însă ulterior un nume colectiv pentru toate neoplasmale meningeale, deși s'a dovedit că granula calcară nu reprezintă de cât un proces accesoriu în evoluția biologică a acestor neoplasmale. Această denumire în fine, după cum foarte bine remarcă *Roussy* și *Cornil*, nu mai poate fi întrebuițată astăzi decât ca un calificativ al unui aspect izolat prezentat de anume tumori meningeale, care au o tulburare a metabolismului calcic. *Cushing* la rândul său combătând concepția endotelială a tumorilor meningeale, arată că ele sunt de origină arachnoidiană, că se implantează secundar pe dura-mater și propune să fie numite mesoteliome arachnoidiene sau meningiome.

În mijlocul acestui haos terminologic care tindea să accentueze confuzia ce plana asupra concepției tumorilor meningeale, apare o serie de lucrări de sinteză cu caracter anatomic, embriologic și patologic, care reușește să arunce asupra neoplaziilor meningelor o lumină cu totul nouă, menită să revizuiască complet acest capitol de patologie.

*Strasser* se ridică astfel contra concepției anatomice a lui *Bichat*, care considera meningele alcătuite din 3 foi și admite, bazat pe considerații filogenetice, existența numai a 2 foi și anume: un meninge dur sau vechea dura-mater și un meninge moale, alcătuit el însăși din 2 foițe dintre care: una internă, sau vechea piamater și alta externă, sau vechea arachnoidă, unite între ele printr'un țesut conjunctiv lax.

*Oberling* se alătură din acest punct de vedere concepției anatomice a lui *Strasser*, pe care o apro-

fundează încă. După el meningele moale ar fi un țesut special format din celule aparte, pe care le numește meningoblaste, dispuse într'un vast sincițiu. Aceste celule ar avea o origină glială, ectodermică, ca și teaca lui Schwann a nervilor periferici și ar rezulta din emigrarea celulelor neuro-ectodermice ale tubului neural, din care s'au separat în cursul vieții embrionare, pentru a pătrunde în învelișul mezenchimatous perineural. Ele ar constitui pentru sistemul nervos, conform concepției lui *Borrel*, echivalentul foaiei trofoneurotice, care în întreg organismul se interpune între țesutul epitelial și cel conjunctiv pentru a favoriza schimburile lor nutritive, fiind în special similare foaiei trofo-melanicedermo-epidermice și cu atât mai mult, cu cât și în această ultimă foaie se găsește ca și în meninge și ca și în plexurile coroide, prezența regulată a melanoblastelor. Astfel interpretate, meningoblastele ar fi punctul de plecare al tuturor neoplaziilor meningeale, care și-ar datora polimorfismul lor istologic tocmai marelui plasticități a acestor celule de origină neuro-epitelială. Această origină comună a tuturor neoplaziilor meningeale a determinat pe *Oberling* să le și denumească cu termenul generic de meningoblastome, căroră pentru a li se preciza aspectul lor istologic, *Masson* a propus să li se adauge epitelite de meningoblastome gliomatoase, epiteliomatoase și sarcomatoase, care corespund aspectelor de tumori meningeale descrise de *Roussy* și *Cornil* sub etichetele de tip glial, tip neuro-epitelial și tip conjunctiv (sarcomatos). Tot după *Oberling* meningoblastomele trebuie să fie apropiate din punct de vedere embriologic de tumorile tecei lui Schwann, care de asemenea au o origină neuro-epitelială, glială și ca și aceste ultime tumori, același autor arată că, meningoblastomele pot secreta collagen, dovedind odată mai mult exactitatea concepției lui *Nageotte*, care arată că celulele de origină ectodermică pot să dobândească calitățile celulelor conjunctive ordinare. Asociindu-se pedeață parte cu neurofibromatoza lui *Recklinghausen*, care după lucrările lui *Bard*, *Grall*, *Gauthier*, *Durante*, *Verocay* și *Antony* este o tumoră a tecei lui Schwann și apărând alteori în complexul neurogliomatozei centrale a lui *Cestan* și *Raymond*, asociată ea însăși cu tumori ale sistemului nervos periferic și în special cu acelea ale nervilor bazilari, meningoblastomele ar dovedi după *Oberling* unitatea de origină a tumorilor pornind dela meninge, dela teaca lui Schwann și dela centrul nervoși.

Dacă însă *Oberling* și *Masson* admit că toate tumorile meningeale au ca singură tulpină celulară meningoblastul meningelui intern, *Roussy* și *Cornil* sunt de părere că o astfel de concepție istogenetică este

prea absolută. Ei nu se cred deci îndreptățiți să admită că dura-mater nu ar putea să facă și ea tumori din celulele care o constituiesc, ca orice altă membrană aponevrotică și aceasta cu atât mai mult, cu cât nu este demonstrat că toate tumorile meningeale cu sediul mai frecvent dura-materian ar proveni tot-deauna exclusiv din meningele moale, deși *Oberling* insistă asupra faptului, că dura-mater este străbătută și bogat populată de cordoane celulare provenind din proliferarea celulelor meningelui intern printr'un proces comparabil placentăției, proliferare celulară care ar aduce după dânsa disocierea lamelor fibroase ale durei-mater, pentru a contribui astfel să dea tumorilor meningeale o falsă origină dura-materiană.

Dacă după această privire aruncată asupra evoluției ideilor referitoare la tumorile meningelor în general, căută să trecem la studiul special al tumorilor tecilor nervului optic, cât și la acel al tumorilor meningelor cerebrale extinse la orbită, trebuie să constatăm că aceste ultime grupe de tumori au suferit și ele evoluția ideilor referitoare la neoplaziile meningeale în general.

Constatăm astfel că majoritatea cazurilor mai vechi de tumori ale tecilor nervului optic sunt clasate printre endoteliome, statistica lui *Byers* (1901) socotind 118 astfel de cazuri, pentru că statistica lui *Hudson* (1912) să noteze 182 cazuri, iar aceia a lui *Hippel* (1923) să mai adauge alte 25 cazuri noi. O altă parte dintre autori citează, mai rar, astfel de tumori printre diferitele variante ale sarcomului ca sarcomul mixomatos, fibrofibromatod, rotundocelular, alveolar, pentru ca dela 1901 aceste tumori să apară insistenț sub denumirea de psamome ale nervului optic, care de altfel ar fi destul de rare, deoarece *Koyanagi* (1907) notează numai 2 cazuri de psamome între 135 cazuri de tumori primitive ale nervului optic.

Dela 1925 și în legătură cu lucrările lui *Oberling* un foarte mic număr dintre aceste tumori sunt publicate sub denumirea de meningoblastome ale nervului optic sau ale orbitei, sau și mai rar sub denumirea de meningiome, după nomenclatura lui *Cushing*.

Dela început însă trebuie să observăm că oculiștii au găsit necesar să împartă aceste tumori ale tecilor nervului optic în două grupe, care ar fi diferite ca frecvență, simptomatologie și origină istogenetică și anume: aceia a tumorilor extradurale (*Parsons*, *Hippel*) sau extraneurale (*Verhoeff*) și a celor intradurale, ultimele putând să fie după părerea lui *Leber* (1877) și a lui *Willemer* (1879) primitive sau secundare.

Tumorile extradurale ar fi foarte rare, sau chiar excepționale după *Lagrange*, căci dintre cele 118 cazuri citate în statistica lui *Byers*, 102 sunt notate ca

intradurale, iar *Parsons* găsește în literatură următoarele 18 cazuri de tumori extradurale: *Scarpa* (1816), *Critchett* (1852), *Billroth* (1872), *Neumann* (1872), *Knapp* (1874), *Savary* (1874) *Dussaussy și Richet* (1875), *Chenantaïs* (1879), *Evetski* (1882), *Lawson* (1882), *Peabody* (1883), *Brailey* (1886), *Sutphen* (1889), *La-grange* (1894), *Ludson* (1889), *Parson* (1892), *Pokley și Lawford*, la care cazuri *van Duyse* (1923) care studiază chestiunea adaugă un al 19-lea caz personal. Ultimul autor analizând simptomatologia diferențială a tumorilor optice extradurale și intradurale, găsește că în timp ce tumorile intradurale rămân multă vreme încapsulate și cu suprafața netedă, tumorile extradurale iau un aspect lobulat. Subliniază apoi faptul că tumorile intradurale, chiar când sunt maligne, nu invadează orbita ci tind să invadeze cavitatea craniană d'alungul tecilor nervului optic, utilizând aceiași cale pentru generalizare. Tulburările vizuale ar fi pedeață parte cu mult mai precoci în tumorile intradurale, nefinsojindu-se de leziuni oftalmoscopice când tumora se situează spre vârful orbitei, dar întovărășindu-se cu aspectul de papilită când tumora se dezvoltă la 10 mm. înapoia globului, adică după pătrunderea vaselor centrale ale retinei în trunchiul nervos optic. Intru ce privește origina acestor tumori: cele intradurale ar lua naștere din elementele celulare ale meningelui intern, în timp ce acelea extradurale ar putea să ia naștere uneori din elementele celulare ale tecei dure ale însăși, iar alteori din elementele endoteliale peridurale.

Sediile la nivelul cărora pot să-și înceapă dezvoltarea lor tumorile meningeale ale nervului optic sunt după *Marx și Boevé* foarte variabile, ele putând să intereseze nervul în tot lungul parcursului său orbito-cranian. Ele pot avea deci punctul lor de plecare la nivelul orbitei, când interesează nervul de predilecție înapoia globului ocular și mai rar la vârful orbitei. În această localizare, cu cât tumora are un sediu mai anterior, cu atât provoacă mai timpuriu exoftalmia ireductibilă și cu cât sediul său este mai posterior, cu atât posibilitățile de distrugere ale nervului optic sunt mai mari. În cazurile în cari tumora se dezvoltă la nivelul părții canaliculare a nervului, extinderea sa se face atât către orbită cât și către craniu, provocând dilatarea canalului optic vizibilă radiografic, cu suprimarea unilaterală a vederii și cu o exoftalmie în raport cu gradul dezvoltării orbitare a tumorii.

Dela aceste noțiuni referitoare la neoplaziile meningelor optice, care erau cunoscute până la ultima cercetare statistică a lui *Hippel* din 1923, au mai apărut încă până astăzi asupra acelorași neoplazii un număr de lucrări și de comunicări interesante prin particularitățile asupra cărora insistă. Credem util deci să re-

zumăm și aceste noi cazuri și adăogându-le două interesante cazuri personale, să încercăm să conturăm tabloul tumorilor meningeale optico-orbitare în tot complexul stărei lor actuale.

*Van Duyse* (1923) publică astfel cazul unei femei de 31 ani, care a făcut brusc o diplopie cu scăderea vederii ochiului stâng, pentruca după trei ani să facă o exoftalmie directă de aceeași parte, iar după alți patru ani să prezinte o tumoră a unghiului supero-intern al aceleiași orbite. Prin orbitotomie a reușit să extirpe o tumoră a nervului optic, pentru ca un an mai apoi să procedeze la eviscerația orbitei din cauza unei recidive. Examenul istologic i-a arătat că tumora era un sarcom alveolar extradural, cu celule mixte, rotunde și fusiforme, al cărui punct de plecare ar fi fost țesutul conjunctiv lax peridural, dar autorul insistă asupra faptului că nu se poate preciza tot-d'auna dacă tumora pleacă din însăși teaca durală sau din jurul său. Arată apoi că tumora extradurală a cazului s'a extins și la spațiul subdural al nervului optic, sub formă de cuiburi interfasciculare ale durei, favorizată fiind de edemul orbital extins la spațiile intradurale; pe care le-a lărgit grație compresiunii.

*Lapersonne* (1924) publică cazul unui băiat de 15 ani, care încă din copilărie a prezentat o exoftalmie ireductibilă cu amauroza ochiului drept, cu evoluție ulterioară rapidă, datorită unei tumori palpabile înapoia globului, pe care radiografia a evidențiat-o numai ca o umbră difuză, fără modificarea pereților orbitari. Orbitotomia a arătat autorului prezența unei tumori mamelonate, încapsulate, dure, lipită de polul posterior al globului, pentru care a practicat exenterația totală a orbitei. Examenul anatomo-patologic i-a evidențiat că nervul optic străbătea în frigare tumora, fără ca să fi fost invadat de ea. Tecile nervului optic erau foarte dilatate, formând un manșon fusiform plin cu țesut tumoral, care era dispus în grămezi lobulate, separate prin benzi celulo-vasculare și presărate cu numeroși corpusculi calcari stratificați și confluenți. Teaca durală era disociată și străbătută în unele puncte de acelaș țesut neoplazic, care se extinsese astfel în jurul nervului optic, prezentând acelaș caracter lobulat și presărat de granule calcare. Elementele celulare care formau fondul tumorii prezentau aspectul fusiform și erau dispuse în mare parte sub formă de bulb de ceapă, al căror centru era ocupat de leucocite, de sferule hialine sau de calcosferite. Autorul etichetează cazul său ca psamom al nervului optic, sau conformându-se terminologiei atunci curente, îl socotește ca un endotom cu calcosferite și insistă asupra invaziunii secundare a orbitei. Cu privire la calea urmată de tumoră pentru invaziunea sa orbitară, autorul se alătură concepției lui *van*

Duysse după care, pentru ca această invaziune să se producă nu ar fi nevoie de spații limfatice preexistente, care să facă să comunice spațiul intravaginal cu țesutul peridural, edemul provocat de tumoră fiind singur capabil să disocieze fasciculele durale, pentru a favoriza astfel mai întâi infiltrarea tecei durale și mai apoi invazia orbitei. Autorul relevă evoluția rapidă a tumorii din ultimul timp și inzistă în asemenea împrejurări asupra intervenției radicale a exenterației totale a orbitei, fără conservarea globului ocular, care în marea majoritate a cazurilor este inutilă, din cauza cheratitei neuro-paralitice consecutive.

*Fouillouze* (1925) analizează în teza sa un caz din clinica Prof. *Rollet*, în care orbitotomia externă a permis să se ridice o tumoră cu păstrarea ochiului, care și-a menținut cornea intactă chiar și după două luni dela intervenție. Analizând problema psamomelor, pe care conform concepției lui *Oberling* le notează ca pornind din celula matricială a meningelor moi, le găsește evoluând sub aspecte variate, ca acel gliomatos, pseudo-epiteliomatos, pseudo-mixo-sarcomatos, sau cu formații de calcosferite și insistă asupra denumirilor diferite date unor tumori în realitate identice. Găsește din punct de vedere clinic că psamomul evoluează cu o exoftalmie însoțită de o mare tumoră retrobulbară, că nu dă generalizări, că se poate întinde prin continuitate până la chiasmă și conformându-se unei nomenclaturi a tumorilor meningeale, își întitulează cazul său meningoblastom al nervului optic.

*Erna Schuster* (1927) publică cazul unui tânăr de 20 ani, căruia cu 5 ani mai înainte a început să-i scadă treptat vederea ochiului stâng pentru ca, cu un an mai înainte să-i apară de aceeași parte o exoftalmie progresivă, însoțită de ușoara limitare a mișcărilor verticale ale globului și de atrofia nervului optic. Radiografia i-a evidențiat existența unei umbre rotunde, neomogene, granulate, bine delimitate, de mărimea unei nuci, situate în jumătatea nasală a orbitei. Operația lui *Krönlein* a permis extirparea unei tumori dure, cu suprafața nodulară, cenușie-roză, greu abordabilă la vârful orbitei, care pe secțiune arăta o accentuată compresiune a nervului optic. Istologic a constatat că tumora era extradurală, că era alcătuită din grămezi celulare dispuse concentric, presărate cu granule calcare, separate între ele prin cordoane fibroase arborescente provenind din teaca durală. Autoarea inzistă asupra faptului că diagnosticul de psamom al tecei nervului optic al cazului a fost stabilit înaintea intervenției prin radiografie, care a evidențiat o tumoră bine conturată și de caracter granulat. Din punct de vedere istologic consideră cazul ca un psamo-endoteliom tipic, pornit din celulele endoteliale ale tecilor nervului optic, dar afirmă

că în cazuri mai înaintate este imposibil să se precizeze dacă punctul de plecare al tumorii este dural sau extradural și că în orice caz aceste tumori nu au tendința să invadeze către interior teaca nervului optic, în timp ce tumorile intradurale au din contra tendința de penetrare spre orbită. Autoarea mai arată că nu a putut stabili dacă tumora a luat naștere în orbită, sau în traectul cranian al nervului optic, pentru a pătrunde secundar în orbită, dar crede că ea s'a dezvoltat totuși primitiv în orbită, deoarece canalul optic corespunzător nu era lărgit. Mai arată în fine, că psamomul poate să pătrundă intrascleral și intraocular pe calea vaselor și a spațiilor limfatice și că este supus recidivelor post-operatorii, care pot lua o dezvoltare intracraniană.

*Mawas* și *d'Autrevaux* (1927) comunică cazul unui copil de 5 ani, care prezenta o tumoră cât o alună a regiunii superioare a unei orbite, pe care au tratat o prin röntgenterapie, în urma căreia a regresat, pentru a recidiva după o lună, când i-au practicat eviscerația orbitei, care a fost urmată de moarte prin extinderea tumorii la creier. Examele istologice le-a dovedit că au avut de a face cu un meningoblastom al orbitei.

*Colrat* (1928) comunică cazul unei fete de 13 ani, căreia prin orbitotomie i-a extras o tumoră voluminoasă supero-internă a uneia dintre orbite, care la examenul istologic s'a dovedit a fi un meningoblastom. Insistă cu această ocaziune asupra polimorfismului acestor tumori, care le-a făcut să fie clasate deseori printre sarcome, gliome, endoteliome, psamome și afirmă că din punct de vedere clinic nu sunt maligne și că trebuiesc extirpate cu păstrarea globului ocular.

*Wiegmann* (1929) publică cazul unei fete de 16 ani, căreia în decurs de doi ani i s'a dezvoltat progresiv o exoftalmie a ochiului drept cu deviația infero-temporală a globului, consecutivă unei tumorete cât o cireasă, apărută în unghiul supero-intern al orbitei. Tumora cu suprafața netedă, dură, a fost găsită în afara pâlniei musculare. Examenul istologic i-a arătat că neoformația era alcătuită dintr'o rețea conjunctivă, în ochiurile căreia se găseau puține celule cu aspect epitelial și foarte numeroase calcosferite, iar autorul întitulează cazul său drept un fibro-endoteliom psamos al orbitei. Discutând origina procesului neoplazic al cazului, găsește că acesta nu a putut să ia naștere din tecile nervului optic, fiindcă se găsea dezvoltat în afara pâlniei musculaturei perioculare și nici nervul optic nu prezentase semnele vreunei tulburări și înclină să admită că tumora trebuie să se fi dezvoltat extradural din dura-mater cerebrală, pentru ca pătrunzând apoi prin sinul frontal să ajungă în orbită. Inzistă apoi asupra faptului că tumora nu a recidivat după operație, dar nu exclude totuși posibilitatea unei recidive mai

# BIO LACTYL

## PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

### INDICAȚIUNI PRINCIPALE

#### PUTREFACTIILE INTESTINALE și AUTO-INTOXICAȚIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau subacute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczema, prurigo, urticarie, scrofulus), turburările nervoase cari provoacă, într'un mod constant, auto-intoxicațiile (amețeli, migrene, insomnii, dureri de cap, etc. și, în sfârșit, colibacilozele.

### INDICAȚIUNI SECUNDARE

*Afecțiuni ginecologice:* vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau nașteri grele. Prepararea imediat înainte de întrebuințare a bulionului lactic amestecând cultura lichidă cu lactoză).

*Afecțiuni urologice:* în cistite, instilațiuni cu BIOLACTYL.

*Tratamentul plăgilor:* în pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

### MODUL DE INTREBUINȚARE

Cultura lichidă: Doza mijlocie un flacon pe zi (câte  $\frac{1}{2}$  flacon înaintea celor două mese principale). Cultura uscată: 4—8 comprimate pe zi

Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea acidului lactic născând intraintestinal, este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

Str. Toamnei 103 — București III.

tardive, fibro-endoteliomele stând la granița benignității. Citează în fine cazurile de psamome orbitare descrise de *Chevallereau și Chailloux* plecate din teaca nervului optic, apoi cazul de endoteliom psamos descris de *Gussenbaur*, pornit de asemenea din teaca durală a nervului optic și pătruns ulterior în etmoid, sfenoid și în craniu, cât și cazul lui *Heinrichsdorff* de psamom pornit din unghiul chiasmatic și invadant ulterior în furcă a ambilor nervi optici.

*Shoji* (1934) comunică cazul unei femei de 26 ani, care prezenta din copilărie o exoftalmie unilaterală perzistentă, datorită unei tumori a nervului optic, pe care a extirpat-o cu păstrarea globului și care la examenul istologic s'a dovedit a fi un psamom al tecei durale a nervului optic.

*Wessely* (1934) comunică cazul unei femei de 46 ani, care a orbit în decurs de doi ani prin atrofia nervilor optici, iar examenul său radiografic stereoscopic i-a evidențiat o tumoră omogenă, de 1 cm. diametru, cu delimitare precisă, situată lângă procesul clinoid anterior stâng, la începutul canalului optic, unde provocase compresiunea nervilor optici. Autorul înclină să admită că leziunea era probabil un psamom bazal al durei-mater.

*Argaud și Couadau* (1936) publică cazul unei femei de 50 ani, cu accidente glaucomatoase repetate ale unui ochi, care însoțeau o neoformație papilară galben strălucitoare, alcătuită dintr'o aglomerare de mici granule, din mijlocul căreia ieșeau vasele papilare. Accidentele glaucomatoase foarte dureroase și perzistente, au indicat enucleația globului ocular afectat. Acesta la examenul istologic a arătat la nivelul papilei existența unei cavități pseudo-chistice pline cu calcosferite conglomerate, care formau o masă mamelonată cu aspectul unui adevărat corp străin papilar, în jurul căruia stratul granular al retinei prezenta o hipertrofie glială. Autorii etichetează cazul lor drept chisto-psamom al papilei și îl consideră ca exagerarea unei psamoze fiziologice, ale cărei granule în loc să rămână răsfirate s'au grupat în colagenul interfascicular al nervului optic, unde au apărut mai întâi ca picături coloidale, pentru a suferi ulterior transformarea calcară, urmată de hipertrofia și coalescența lor, cât și de disocierea progresivă a elementelor nervului optic cu formarea pseudo-chistului.

Din analizarea acestor ultime 14 lucrări referitoare la tumorile meningeale optico-orbitare care s'au publicat dela 1923 până astăzi rezultă că: la 10 dintre ele s'a insistat asupra diagnosticului de psamom optico-orbitar, având ca puncte de plecare, în 6 dintre cazuri tecile meningeale ale nervului optic, într'unul dintre ele papila, într'altul chiasma și în alte două cazuri meningeale cerebrale bazilare, dela nivelul cărora s'a pro-

pus invazia secundară a orbitelor. Din restul celorlalte 4 cazuri: unul a fost considerat ca un sarcom extradural al nervului optic, iar celelalte două par a fi fost mai mult tumori meningeale bazilare, care au invadat secundar orbitele.

Această privire generală aruncată asupra tumorilor meningeale optico-orbitare apărute în perioada de timp dela 1923 până astăzi, adică tocmai în răstimpul în care concepțiile asupra istogenezei acestor tumori au suferit modificări fundamentale ne arată că, concepțiile oculiștilor asupra acestor rare neoplazii și au continuat și ele evoluția lor tot mai mult către noțiunea de psamom, cu istogeneză variată, în sensul concepției primitive a lui *Virchow*, pentru ca abia în ultimul timp să se apropie de concepția unicistă a meningoblastomului conformă părerilor lui *Oberling*.

La aceste 14 cazuri de tumori meningeale optico-orbitare publicate, sau comunicate, dela 1923 până astăzi, ținem să adăugăm două cazuri personale, pe cari le găsim interesante prin particularitățile pe care le aduc în desbaterea sintetică a problemei.

**OBSERVAȚIA I.** — *Microftalmie congenitală stângă, cu micro-orbită și emiatrofie facială corespunzătoare, meningoblastom psamomatos intradural al nervului optic, cu extensiune orbito-sclero-corio-retiniană, urmată de tumoră ponto-cerebeloasă cu stază papilară dreaptă.*

Berta T., 14 ani, se prezintă la clinica oftalmologică din Cluj la 20 Aprilie 1920, cu emiatrofia facială stângă însoțită de o stare iritativă a ochiului corespunzător, care dela naștere este mai mic ca ochiul drept, are pleoapa superioară în ptoză și nu vede.

Din antecedentele colaterale ale bolnavei rezultă că mama sa a murit de tuberculoză, că a avut 9 frați dintre care trăesc 5, iar din restul celorlalți 4: unul s'a născut mort, iar ceilalți 3 au murit între 1—2 ani dela naștere, bolnava fiind ultimul născut.

Examenul general ne arată că bolnava este bine dezvoltată, afebrilă, că are hipertrofia ganglionilor cervico-laterali și supraclaviculari stângi, că are ușoare modificări respiratorii la vârfurile pulmonare și RW negativă.

Examenul ocular ne arată că ochiul drept este normal. De partea ochiului stâng constatăm o emiatrofie facială accentuată, însoțită de o mare reducere de volum a orbitei corespunzătoare, de ptoză totală, de entropionul jumătății nasale a pleoapei inferioare care raclează cornea. Globul ocular anchi-lozat în orbită, se găsește în deviație strabică convergentă și, deși prezintă aspectul general al unui ochi normal, are dimensiunile foarte reduse. Cornea sa prezintă o opalescență în segmentul infero-nasal, pupila sa este punctiformă, neagră, imobilă. Examenul oftalmoscopic al acestui ochi este imposibil de făcut, iar vederea sa este suprîmată. La 24 Aprilie îi facem enucleația globului ocular stâng, cu o apreciabilă greutate din cauza micimei orbitei. La 2 Mai îi aplicăm o proteză oculară, pentru ca la 14 Mai să părăsească clinica vindecată.

La 16 Noembrie revine în clinică cu fenomene nervoase alarmante, adusă de tatăl său care ne declară, că timp de 4-luni dela operație bolnava s'a simțit foarte bine, dar că pe la



începutul lunii Septembrie a început să-i scadă auzul și vederea ochiului drept, odată cu apariția cefalagiilor. De atunci aceste tulburări s'au accentuat în așa fel că, de o lună bolnava se găsește în stare de cecitate, de surditate, de ataxie, de obnubilare cu somnolență și agitație, fenomene care o obligă să stea culcată. De partea orbitei stângi, enucleate, nu constatăm nimic deosebit. De partea ochiului drept găsim că se află în strabism convergent, iar examenul său oftalmoscopic ne arată apariția unei staze papilare. Examenul neurologic arată existența unei tumori a unghiului ponto-cerebelos. Lichidul său cefalo-rachidian este limpede, iar examenul său citologic evidențiază existența a 8—10 limfocite pe mmc.

La 24 Noiembrie starea bolnavei fiind foarte gravă este dusă acasă de tatăl său.

Examenul anatomo-patologic al globului microftalm enucleat ne arată că diametrul său sagital este de 12 mm., iar cel ecuatorial de 17 mm. Cornea are diametrul de 9 mm., prezintă grosimea normală, iar în straturile sale superficiale prezintă capilare sanghine neoformate însoțite de teci limfocitare. Sclerotica este îngroșată apreciabil la polul posterior, unde grosimea sa variază între  $2\frac{1}{2}$ —3 mm. La același nivel ea prezintă dehiscențe ale lamelor sale fibroase, în dreptul cărora constatăm o proliferare de celule cu aspect fusiform, dispuse uneori lamelar, iar altele în vârtej, alături de care se găsesc numeroși corpusculi calcri cu stratificarea concentrică a calcosferitelor (Fig. 1). O proliferare celu-

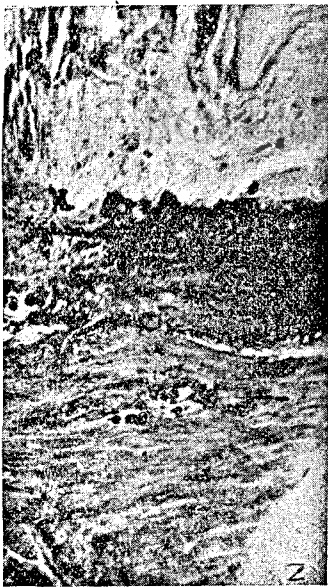


Fig. 1.—Meningoblastom psammatos intradural al nervului optic. Formațiuni psammatose asociind lamelele sclerale (Obs. I).

lară cu aceeași înfățișare fusiformă însoțește în mod discret și fără calcosferite o parte dintre coardanele vasculo-nervoase ciliare posterioare în parcursul lor scleral. Limbul cornean prezintă de partea temporală o îngustare cu infiltrarea pereților canalului lui Schlemm, în timp ce de partea nasală acesta a dispărut, fiind înlocuit de o infiltrație limfocitară, însoțită de o sinechie iriană anterioară. Irisul este bogat infiltrat cu mononucleare eosinofile. Corpul ciliar prezintă proliferări tubulare ale epiteliului său și o infiltrație limfocitară difuză.

Coroidea prezintă la polul anterior, de partea temporală, un nodul limfold și o sinechie corio-retiniană, în timp ce la nivelul polului posterior, în jurul intrării nervului optic are o

îngroșare discoidă de  $1\frac{1}{2}$  mm., care pe secțiuni oferă un aspect fusiform. În toată întinderea acestui placard de îngroșare există o sinechie corio-retiniană. La același nivel coroidea și-a modificat fundamental structura, fiind alcătuită dintr-o serie de lame hialine suprapuse și anastomozate, printre cari se găsește infiltrată o masă de celule cu aspect poliedric, sau mai ales fusiform, așezate în fascicule, dar mai ales în vârtej, cu aspect de bulb de ceapă, al căror centru este ocupat uneori de o mică masă grunjoasă fină, iar altele de calcosferite, cari se prezintă însă și în grămezi izolate. Retina, deslipită în partea anterioară până în dreptul zonei ecuatoriale, cu aspect atrofic și chistic, prezintă spre polul posterior și în dreptul hiperplaziei coroidiene descrise mai sus, o neoformație bilobată, proeminentă spre vitros, cu aspectul unei gloze, în care se disting pedeparte numeroase celule gliale cu înfățișare de celule gigante, iar pedeață parte noduli alcătuiți din aceleași celule fusiforme dispuse în vârtej și cu calcosferite (Fig. 2). Nervul

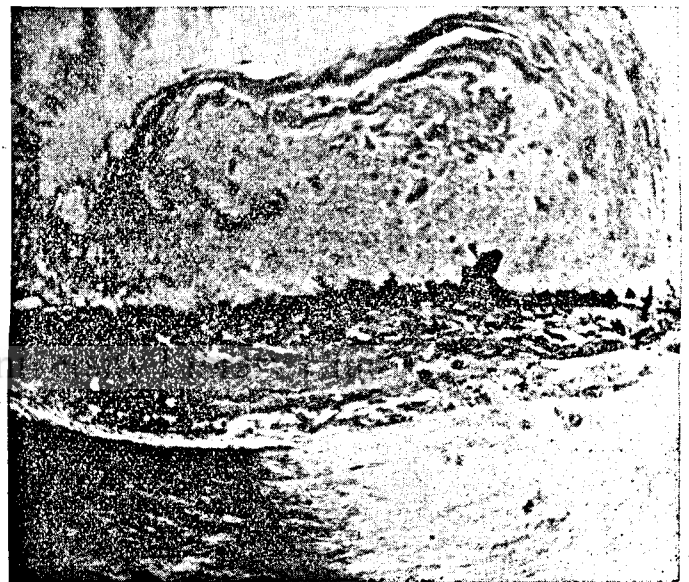


Fig. 2.—Meningoblastom psammatos intradural al nervului optic. Gloză pseudo-tumorală a retinei cu psamom fusiform coroidian. (Obs. I)

optic are caracter atrofic și formațiuni nodulare hialine cu centrul calcarificat, așezate chiar în teaca conjunctivă care însoțește vasele centrale ale retinei. Spațiul său vaginal este destins puternic, dar inegal, pedeparte printr-o proliferare de celule cu aspect fusiform dispuse în vârtejuri, iar pe de altă parte prin numeroase granule calcosferitice. Atât proliferarea celulară, cât și calcosferitele spațiului vaginal al nervului optic tind să străbată teaca sa dura-materiană, disociindu-i lamele fibroase, pentru a ajunge apoi în țesutul conjunctiv orbital perinervos unde, ca și la nivelul corio-retinei alcătuiește formațiuni nodulare discrete, cu același caracter psammatos (Fig. 3).

Cazul analizat mai sus se referă deci la o fată de 14 ani, care a prezentat dela naștere hemiatrofia stângă a feței, însoțită de micro-orbită și nanofthalmie corespunzătoare, malformațiuni complicate în timpul din urmă cu leziuni inflamatorii dureroase ale globului ocular,

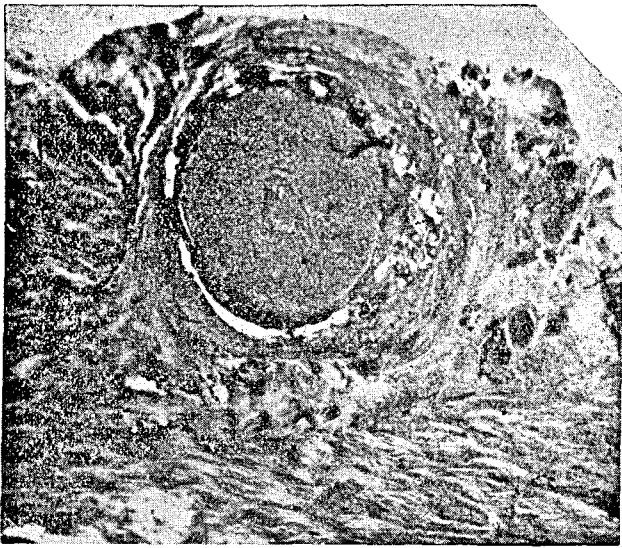


Fig. 3. — Meningioblastom psamomatos intradural al nervului optic.  
Formațiune psamomatoasă a spațiului vaginal optic și noduli psamomatoși discreți extradurali (Obs. I)

care au necesitat enucleația. La 4 luni după această intervenție bolnava a prezentat fenomene nervoase grave de tumoră a unghiului ponto-cerebelos, pentru care a și fost luată acasă de familie. Examenul istologic al piesei microoftalmice a arătat existența unor leziuni inflamatorii discrete a întregii membrane aveale, deslipirea cu atrofia și aspectul chistic al retinei anterioare și alături de ele prezența unor neoformațiuni care interesau segmentele posterioare ale retinei, coroidii și scleroticei, apoi nevul optic însăși și mai ales tecile sale meningeale, împreună cu țesutul celular orbitar periopic. Segmentul posterior al retinei era în adevăr sediul unei glioze cu aspect tumoral, în interiorul căreia se gaseau presărați noduli alcătuiți din celule și granule calcare cu înfățișare psamomatoasă. La același nivel coroida era și ea sediul unei proliferări psamomatoase, care disocia simultan lamele corespunzătoare ale scleroticei. Spațiul vaginal al nervului optic era de asemenea puternic destins de aceiași formațiune psamomatoasă, care disocia lamelele tecei sale dure, pentru a se strecura în țesutul orbitar periopic, unde forma noduli psamomatoși, pentru ca însăși trunchiul nervului optic să fie pătruns mai discret, d'alungul vaselor sale centrale, de aceeași proliferare psamomatoasă.

Cazul evidențiază pedeparte coexistența nedescrisă până acum a microoftalmiei cu psamomul, iar pedeață parte extensiunea multilaterală, de asemenea extrem de rară, a psamomului tecilor nervului optic la țesutul celular al orbitei, la sclerotică și în special la coroidă, retină și la trunchiul nervului optic însăși.

Dacă la această extensiune oculo-orbitară a neo-

formației tecilor meningeale al nervului optic mai adăogăm evoluția ulterioară a cazului sub aspectul clinic al unei tumori ponto-cerebeloase, este logic să ne întrebăm dacă între aceste diverse manifestări patologice oculo-orbito-cerebrale nu există totuși un fir de legătură, în sensul că atât manifestarea proliferativă optico-orbitară, cât și cea ponto-cerebeloasă, să devină expresiunea unor neoformațiuni cu punct de plecare meningeal, deci a unor meningoblastome multiple, sau dacă această apariție nu trebuie să fie considerată ca o asociere a complexului neuro-gliomatozei centrale a lui *Cestan și Raymond* cu o psamomatoză optico-orbitară.

*OBSERVAȚIA II. — Meningioblastom psamomatos extradural al nervului optic stâng, cu megalo-orbită corespunzătoare.*

*Roșca Ion, 19 ani, plugar, se prezintă la clinica oftalmologică din Cluj la 14 Martie 1939, pentru o exoftalmie accentuată a globului ocular stâng, însoțită de scăderea apreciabilă a vederii acestui ochi. Bolnavul declară că ar fi suferit cu un an mai înainte un traumatism al regiunii temporale stângi, în urma căruia l-a apărut o tumefiere a pleoapei inferioare corespunzătoare, care a progresat încet, pentru ca în cursul ultimilor luni să ia o dezvoltare rapidă și să se însojească de exoftalmia globului ocular de aceeași parte.*

Din antecedentele colaterale ale bolnavului rezultă că a avut un frate născut-mort, pe lângă alți doi frați care sunt sănătoși și că mama sa prezintă o paralizie a ambelor membre inferioare.

*Examenul general al bolnavului nu ne arată nimic patologic. RW. a sângelui său este negativă. Tabloul său sanguin ne arată: hematii 3.900.000, leucocite 8100, hemoglobine 79%, iar formula sa leucocitară se prezintă cu: polinucleare 65%, limfocite 28%; mononucleare 6%, eosinofile 1%.*

*Examenul ocular ne arată că ochiul drept al bolnavului*



Fig. 4. — Meningioblastom psamomatos extradural al nervului optic.

Aspectul clinic al cazului (Obs. II)



este normal. Ochiul său stâng prezintă o accentuată exoftalmie axilă, cu devierea superioară și temporală a globului, o tumefiere edematoasă pronunțată a întregii pleoape inferioare (Fig. 4), însoțită de edemul jumătății nasale a pleoapei superioare, de micșorarea deschiderii palpebrale cu devierea sa oblică supero-temporală și de limitarea motilității oculare, cu deosebire accentuată pentru mișcările de verticalitate. Palparea digitală transpalpebrală a conținutului acestei orbite ne evidențiază existența unei neoformațiuni rotunde, dure, care se găsește situată

mușchiul drept inferior este răsfrânt la suprafața tumorii. Deslipim tumora de polul posterior al globului, de care o separăm printr-o secțiune a nervului optic imediat înapoia scleroției. Reușim apoi să sectionăm tumora, cu nervul optic înglobat, la vârful orbitei cu oarecare dificultate, deoarece tumora este de o rezistență cartilaginoasă și alunecă dintre ramurile foarfecei. Reaplicăm apoi globul ocular în orbita evidentă și obținem vindecarea plăgei în 8 zile. Dela această dată cornea începe să facă o infiltrație centrală de cheratiită neuro-paralitică, care în decurs de o lună duce la atrofia globului ocular. Supunem ulterior regiunea afectată röntgenterapiei și la sfârșitul unei luni tumora nu a recidivat, iar globul ocular păstrat este atrofic.

Examenul anatomicopatologic al tumorii extirpate ne arată, că nervul optic închis în ea prezintă aspectul atrofic, cu îngroșarea septurilor interfasciculare, că o infiltrație de celule mici rotunde, cu nucleul intens colorat pătrunde teaca și spațiul arahnoidian al nervului optic, în interiorul căruia se găsește și un număr restrâns de calcosferite, că în mod discret o infiltrație celulară similară, asociată cu granule calcosferitice disociază spațiile interlamelare ale tecei durale a nervului optic și mai ales că o masă celulară exuberantă, asociată cu o bogată masă de calcosferite este dispusă sub un aspect alveolar într-o rețea conjunctivă fibroasă, situată imediat în afara tecei durale a nervului optic (Fig. 6). Masa celulară care umple alveolele rețelei extradurale este alcătuită fie din celule rotunde mici, cu nucleul intens colorat, fie din celule fusiforme dispuse concentric în vârteje, fie din celule cu aspect epitelioid. Granulele calcosferitice, de mărimi și abundență variată, însoțesc de aproape aceste mase celulare, cu care se îmbină în interiorul alveolelor, în care domină când elementele celulare, când cele calcosferitice.

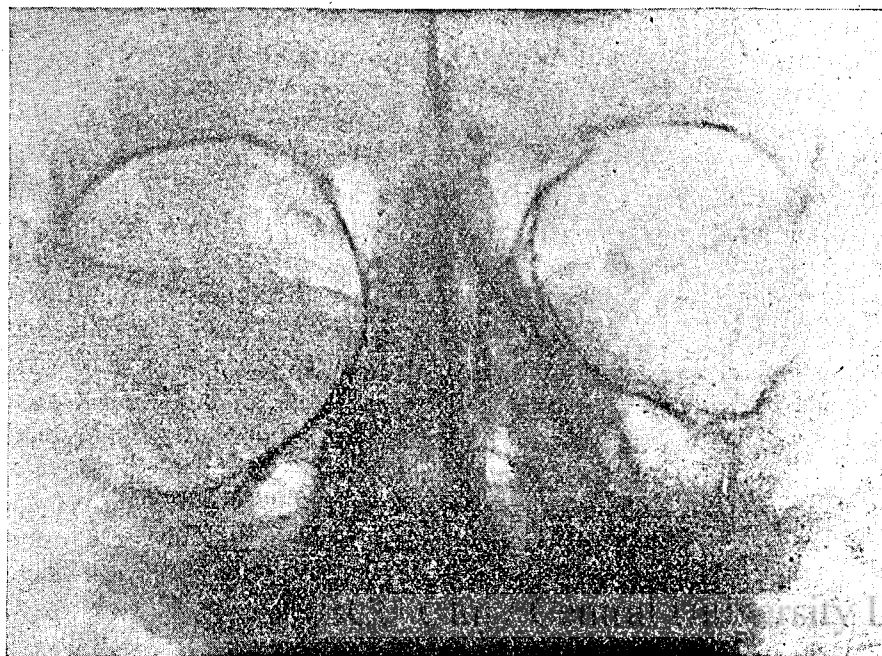


Fig. 5. — Meningoblastom psammatos extradural al nervului optic.  
Aspect radiografic demonstrând coexistența neoplaziei cu megalorbita (obs. II).

între globul ocular și podeaua orbitei, înalțând adânc în profunziunea acesteia. Examenul radiografic ne arată o foarte pronunțată lărgire a orbitei stângi (Fig. 5), egalitatea calibrului canalelor optice și o umbră omogenă care se proiectează pe fondul orbitei. Globul ocular însăși nu ne arată nimic anormal la polul său anterior, în timp ce examenul oftalmoscopic ne evidențiază existența unei atrofii a nervului optic. Pupilele sunt inegale, cea a ochiului stâng găsindu-se în midriază și cu reflexele foarte leneșe. Schiascopia ne arată că ochiul drept este emetrop și cu acuitatea vizuală normală, în timp ce ochiul stâng este hipermetrop de +5 d. și astigmat orizontal de +3 de și cu vederea redusă la  $\frac{1}{50}$ . Astigmatometria ne indică: OD:  $0^\circ=46$  d.,  $90^\circ=47$  d.; OS:  $40^\circ=48$  d.,  $135^\circ=45$  d.

La 31 Martie practicăm bolnavului o orbitomie infero-temporală stângă, cu rezecția temporală a mușchiului drept extern și constatăm existența unei tumori ovoide, cu suprafața mamelonată, foarte dură, care înconjoară nervul optic în toată întinderea sa orbitală, pentru a se dezvolta în interiorul conului musculaturei și cu deosebire accentuat în partea inferioară a nervului optic, unde

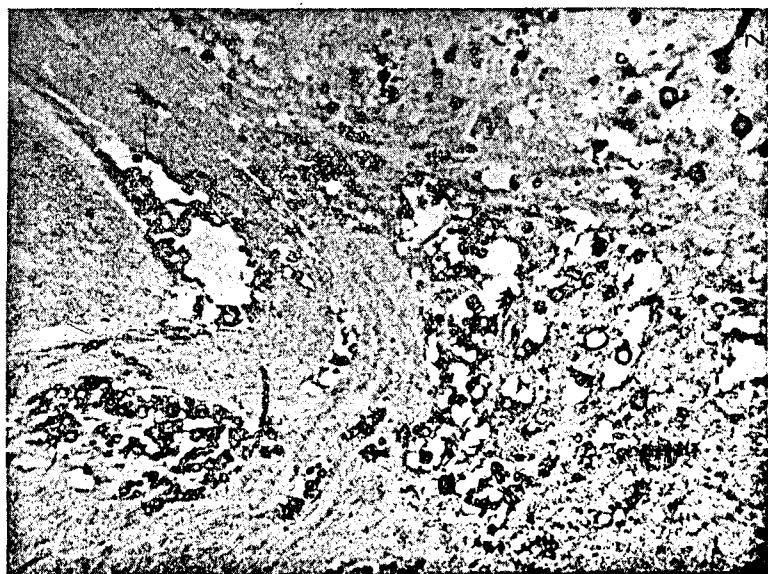


Fig. 6. — Meningoblastom psammatos extradural al nervului optic. Neoformație psammatosă alveolară extradurală, însoțită de invazia psammatosă discretă a spațiului vaginal optic și a tecei sale durale (Obs. II).

Cazul studiat mai sus se referă deci la un tânăr de 19 ani, cărui în urma unui traumatism al regiunii temporale stângi pe care l a suferit cu un an mai înainte i-a apărut o exoftalmie de aceeași parte, care a luat în ultimul timp un mers rapid, necesitând extirparea unei tumori foarte dure, care îngloba întreg nervul optic în porțiunea sa orbitară. Tumora a evoluat în interiorul unei orbite mult mărite de volum, dar fără modificarea calibrului canalului optic corespunzător. Examenul istologic al tumorii orbitare extirpate a arătat existența unei neoformațiuni cu celule polimorfe, printre care dominau celulele cu aspect fusiform dispuse în vârtej și cele cu aspect epitelioid, însoțite de numeroase calcosferite, dispuse în mod mai discret în interiorul spațiului vaginal al nervului optic și între lamele tecei sale durale, dar în mod cu totul exuberant în interiorul alveolelor unei rețele fibroase orbitare situate în jurul tecei durale. Cazul a evidențiat faptul necitat încă până acum al coexistenței unui exuberant psamom extradural al tecilor nervului optic cu o megalorbită.

\* \* \*

Din studiul comparativ al cazurilor noastre personale cu acel al cazurilor publicate dela 1923 până astăzi rezultă, că autorii anteriori au notat din punct de vedere radiologic existența numai a unor umbre proiectate asupra fondului orbitelor invadate de neoplazia tecilor meningeale optice, fără coexistența unor modificări ale cavităților orbitare însăși, iar *Erna-Schuster* afirmă chiar, că s'a găsit în situația de a pune cu precizie diagnosticul de psamom al nervului optic înaintea operației, grație tocmai examenului radiologic, care i a evidențiat existența unei umbre bine delimitate dar neomogene și granulate pe fondul orbitei afectate. Examenul radiologic al celui de al doilea caz personal al nostru a evidențiat și el existența acestei umbre orbitare corespunzătoare tumorii meningelor optice, dar nimic din aspectul radiografic al acestei umbre nu ni s'a părut caracteristic spre a ne autoriza să precizăm adevărata natură a neoplaziei. În schimb, examenul clinic și operator al primului nostru caz, cât și examenul radiografic al cazului din obs. II, ne-au evidențiat existența unor foarte importante modificări congenitale ale cavităților orbitare însăși care, în cazul I se prezenta sub aspectul unei micro-orbite, pentru ca în cazul II să ia înfățișarea unei megalorbită. Aceste modificări orbitare ale cazurilor noastre ni se par cu atât mai interesante, cu cât cercetări anterioare au notat în mod frecvent lărgirea șelei turcești în cursul neurofibromatozei lui Reckling-

hausen, înrudită după concepțiile istogenetice actuale cu meningoblastomel.

Megalorbita cazului II din observațiile noastre personale ar putea reprezenta astfel o simplă variantă a modificărilor scheletice care însoțesc neurofibromatoza lui Recklinghausen și ar evidenția în acelaș timp indirect legăturile istogenetice probabile dintre neoplazia psamomatoasă meningeală a cazului nostru I și neurofibromatoza lui Recklinghausen.

Cât privește apariția micro-orbitei din primul nostru caz de neoformație meningeală psamomatoasă, nu avem impresiunea că ea ar putea să infirmă interpretarea enunțată mai sus, ci mai degrabă credem că ar putea să o completeze. Constatăm în adevăr în acest caz coexistența extrem de rară a micro-orbitei nu numai cu o neoplazie psamomatoasă a tecilor nervului optic, dar și cu o invazie neoformativă similară a scleroticei, a coroidei, a nervului optic și a retinei corespunzătoare, în cât rămânem cu impresiunea că rezistența micro-orbitei este aceea care a silit neoformația meningeală optică să ia extinderea sa intraoculară atât de rară, în locul extinderii orbitare obicinuite și că micro-orbita poate să constituie o anomalie congenitală craniană cu aceeași semnificație ca și megalorbita și ca și lărgirea șelei turcești care însoțește boala lui Recklinghausen și neoplaziile neuro-ectodermice înrudite. Ar reeși prin urmare din studiul cazurilor noastre personale, că modificările scheletului cranian ar putea să fie în realitate o componentă obicinuită a meningoblastomelor optico-orbitare și că în realitate ar trebui să dăm de aci înainte mai multă atenție acestor modificări, cari s'ar putea prezenta destul de variat în aspectele lor clinico-radiografice.

Din analiza aceluiași fapte de observație cari privesc tumorile primitive ale tecilor meningeale optice mai rezultă predilecția apariției acestor neoplazii în perioada copilăriei și a vârstei tinere. Cazul lui *La-personne* se referă astfel la un băiat de 15 ani, acel al *Ernei Schuster* la un tânăr de 20 ani, al lui *Mawas* și *Drei d'Autrevaux* la un copil de 5 ani, al lui *Colrat* la o fetiță de 13 ani, al lui *Wiegmann* la o fată de 16 ani, al lui *Shoji* la o femeie de 26 ani, iar dintre cazurile noastre personale, acel din obs. I se referă la o fată de 14 ani, iar acel din obs. II la un băiat de 19 ani. Din restul cazurilor publicate, abia cazul lui *Wessely* se referă la o femeie de 46 ani, iar al lui *Argaud* și *Couadau* la o femeie de 50 ani, lăsând astfel să se întrevadă nu numai probabilitatea rolului unui factor congenital, dar și acela al unui factor hormonal în apariția acestor neoplazii, care se ivesc de predilecție în preajma pubertății și a menopauzei.

Tratamentul cu iod și la pacienții  
sensibili față de iod prin

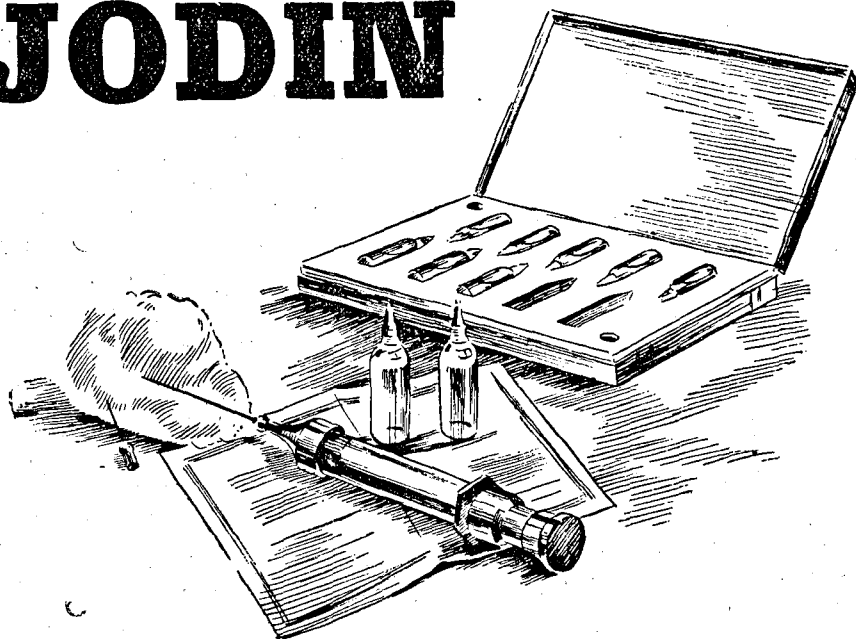
# ENDOJODIN

Sare organică de iod,  
Soluție absolut indoloră,  
Nu produce iodisme.

Efect rapid și de lungă durată.  
Indicat în reumatism, hipertonia,  
arterioscleroză, sifilis, angină  
pectorală, aortalgie, astm  
bronșic, bronșită cronică, etc.

Cuții cu 10 fiole de 2 cmc.

»Bayer«  
LEVERKUSEN a. Rh.



In flatulență, aerocolii, dispepsii,  
insuficiențe pancreatice

# FESTAL

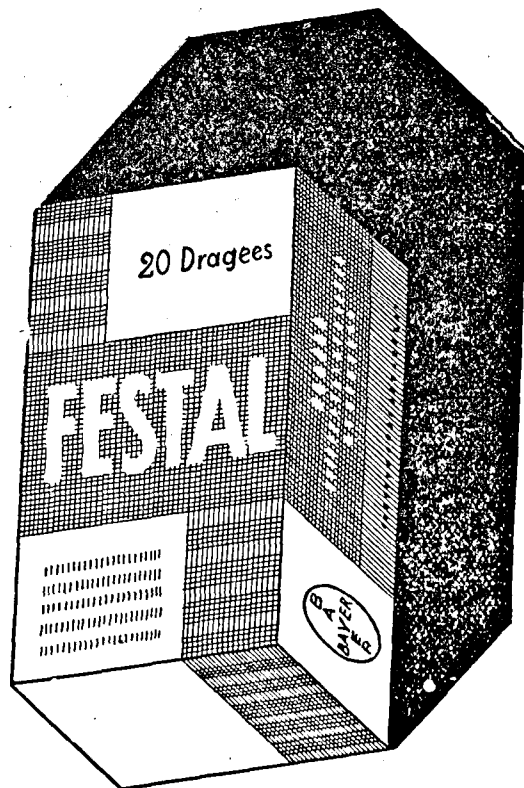
preparat conținând fermenți sub formă  
precis dozată, necesari pentru descompu-  
nerea albuminei, a grăsimilor, a hidraților  
de carbon și a hemicelulozei.

AMBALAJE ORIGINALE: flacoane cu câte 20 și 50 drageuri.

»Bayer«



LEVERKUSEN.



*Hudson* notează chiar din acest punct de vedere, că 90% dintre aceste cazuri apar sub vârsta de 20 ani, iar noi înși-ne ținem să adăogăm impresiunea noastră, că afecțiunea pare a lua un mers progresiv rapid în preajma adolescenței.

O discuțiune aprinsă în legătură cu meningoblastomele optico-orbitare este aceea provocată de structura și istogeneza lor, care ca și pentru restul tumorilor primitive ale meningelor cerebro-spinale a sfârșit prin a ajunge la concepția istogenetică actuală a lui *Oberling*, conform căreia aceste neoplazii ar proveni din meningoblastul meningelui optic intern, putând să ia în unele împrejurări o evoluție intradurală, ca în cazul personal al obs. I, pentru ca în alte ocazii să ia o extensiune extradurală, ca în cazul personal al obs. II. Relevând această constatare, trebuie să observăm totuși că, atât din analiza cazurilor noastre personale, cât și din examinarea restului cazurilor publicate până acum reiese, că denumirile de neoformațiuni extradurale sau intradurale nu trebuie să însemne că aceste neoformațiuni ar rămâne exclusiv cantonate în afara sau în interiorul tecei durale optice, ci numai că ele iau o extensiune dominantă când într'una, când într'alta dintre aceste direcții.

Faptul că neoformația ia o extensiune dominantă, uneori extradurală, iar alteori intradurală, nu ne poate de asemenea autoriza să tragem concluzia, că în prima dintre aceste împrejurări neoformația își ia origina din endo — sau periteliul peridural optic și că în a doua circumstanță neoplazia și-ar trage origina din endoteliul arachnoidian, sau după concepția lui *Oberling* din meningoblastele meningelui intern. Conform concepției aceluiși autor, atât meningoblastomele extradurale, cât și cele intradurale pot prea bine să aibă ca punct de plecare numai meningoblastul care, precum am arătat, nu-și limitează așezarea sa anatomică exclusiv la nivelul meningelui intern, ci poate pătrunde ca adevărate rădăcini placentare în dehiscențele meningelui dural, spre a ajunge chiar la suprafața sa exterioară, fiind capabil să servească în fiecare din aceste segmente anatomice ca tot atâtea puncte de plecare ale unor meningoblastome, care aparent ar avea origini diferite. Rămâne desigur să se precizeze factorii care contribuiesc ca uneori meningoblastomul optico-orbitar se dezvoltă extradural, iar alteori intradural. Din acest punct de vedere am putea spune că, atât cazul personal al obs. I de meningoblastom intradural, penetrant intraocular și evoluând într'o micro-orbită, cât și cazul personal al obs. II de meningoblastom extradural cu invaziunea vastă a unei megalo-orbite, nu par atât să fie jocul unor simple coincidențe, cât să indice rolul unui fac-

tor mecanic în orientarea diametral opusă a extensiunii celor două categorii de tumori. Nu este exclus însă, ca în afara acestui factor mecanic orbital să contribuie și alți factori, de altă natură, la determinarea sensului în care se va orienta extensiunea meningoblastomului optic.

Cât privește afirmația *Ernei Schuster*, că meningoblastomele extradurale nu ar manifesta niciodată tendința să pătrundă către spațiul vaginal al nervului optic, în timp ce meningoblastomele intradurale ar avea din contra foarte accentuată această tendință, noi nu o putem confirma, pentru că studiul cazului personal din obs. II ne arată că neoformația exuberantă extradurală coincide cu o neoformație similară discretă intradurală, iar cazul descris de *van Duyse* prezenta același aspect. Această lipsă de tendință a meningoblastomelor extradurale de a pătrunde în spațiul vaginal al nervului optic noi o considerăm numai aparentă și o atribuim, atunci când ea se manifestă real, de asemenea factorului mecanic al compresiunii pe care tumora extradurală dezvoltată cilindric o exercită asupra nervului optic și a spațiului său vaginal.

Un fapt istologic care a dat naștere la numeroase discuțiuni contradictorii este și acela al originii calcosferitelor, care însoțesc atât de frecvent meningoblastomele încât până foarte de curând aceste tumori erau publicate sub denumirea aproape exclusivă de psamome, uitându-se faptul că există și meningoblastome fără calcosferite.

Din acest punct de vedere *Virchow* este cel dintâi care a semnalat prezența lor în tumorile meningeale și împreună cu *Boucharde* și *Robin* le-au considerat ca formațiuni omoloage globilor epidermici. *Cornil* și *Ranvier* le-au considerat ca provenind din mici muguri periteliali atârnați de peretele extern al vaselor, cari afundându-se în țesuturile vecine, ar dispune celulele acestora concentric, pentru a suferi ei însăși degenerarea calcară, cu ruperea pediculului și izolarea lor de peretele vascular. *Robertson* le-a considerat ca rezultatul proliferării periteliului unor vase neoformate, care ar secreta granule hialine, ce ar cădea în lumenul vascular, unde ar forma blocuri ce s'ar încrusta ulterior cu calcar. *Roussy* crede că aceste formațiuni sunt rezultatul unei endoflebite trombozante hialine și apoi calcare. *Oberling* este de părere că aceste formațiuni pot proveni și direct din celulele tumorale meningoblastice, care ar elabora o substanță hialină ce se încarcă ulterior cu săruri calcare. *Shoji* este de părere că formațiunile psamomatoase ar fi rezultatul proliferării pereților vasculari și a penetrării celulelor neoformate în lumenul vascular, unde acelea ar fi silite să ia o dispoziție concentrică, urmată de degenerarea și calcari-

ficarea lor. *Argaud* și *Couadau* admit în fine că calcosferritele ar fi expresia unor fenomene fizico-chimice locale și că ar rezulta dintr'o simplă precipitare coloidală, așa precum aceste formațiuni se produc și într'o soluție de albumină de ou în care s'a introdus o mică cantitate de clorur de calciu și de carbonat de calciu.

Din mulțimea acestor ipoteze, aceia care ni se pare mai conformă realității este tot concepția lui *Oberling*, care atribuie formațiunea corpusculilor psamomatoși însăși proliferării în bulb de ceapă a meningoblastelor și proprietății lor biologice de a secreta în interiorul acestui bulb picăturile coloidale, cari se încrustează ulterior cu calcar. Această ipoteză ni se pare cu atât mai verosimilă, cu cât cercetările polarimetrice ale lui *Koeppe* au arătat că, în stare normală chiar se pot găsi în retină corpusculi psamomatoși de origină gliogenă, iar conform cercetărilor istogenetice ale lui *Oberling* cunoaștem astăzi legătura ce unește celula glială de meningoblast. Celula glială și meningoblastul cu proprietățile lor secretorii colagenice trebuie prin urmare să stea la baza formelor psamomatoase ale meningoblastomelor.

Privind chestiunea pronosticului meningoblastomelor optico-orbitare și în special cu referire la posibilitatea metastazelor, a recidivelor locale și a extensiunii lor extraorbitare, trebuie să constatăm din analiza observațiilor clinice publicate, că nu există totdeauna o perfectă concordanță între faptele descrise și concluziile autorilor.

Unanimitatea autorilor admite totuși astăzi că aceste tumori nu provoacă metastaze și că manifestățiunile meningo-cerebrale sau nervoase periferice, cu care uneori evoluează concomitent, nu sunt decât manifestățiunile simultane ale unei boale de sistem.

Prin această concepție trebuie desigur să privim și cazul personal al obs. I, care la 4 luni după enucleația unui glob cu meningoblastom psamomatos optico-ocular a prezentat simptomele unei tumori ponto-cerebeloase, fără nici o altă manifestăție de partea orbitei enucleate.

O parte dintre autori admit însă că neoplazia este foarte gravă, fiind susceptibilă să recidiveze și să se extindă la creier și recomandă în consecință eviscerația totală a orbitei urmată de radioterapie. Este adevărat din acest punct de vedere că *Mawas* și *Dra d'Autrevaux* au notat recidiva la o lună după radioterapia cazului lor și moartea sa după eviscerația orbitei prin extensiunea tumorei la creier, după cum este iarăși exact că *Gussenbaur* notează în cazul său pornirea tumorei din teaca nervului optic și pătrunderea sa ulterioară în etmoid, sfenoid și craniu, dar trebuie totuși să ne întrebăm dacă cazurile studiate de acești autori

sunt cu adevărat meningoblastome pornite din tecile segmentelor orbitare ale nervilor optici, sau sunt în realitate tumori pornite din meningele cerebrale bazale și ajunse secundar în orbite, ca în cazurile lui *Wiegmann*, *Wessely*, *Heinrichsdorff* și foarte probabil că și în cazul lui *Colrat*, în care împrejurări gravitatea lor este explicabilă. Dacă însă analizăm restul cazurilor studiate, adică acelea ale lui *Lapersonne*, *Fouillouze*, *Erna Schuster*, *Shoji*, *Argaud* și *Couadau*, cât și cazul personal al obs. II, trebuie să constatăm că în toate aceste cazuri eviscerația totală a orbitei, extirparea simplă a tumorei, sau chiar numai enucleația globului ocular, au dus la vindecarea lor definitivă, fără recidive locale și fără manifestățiuni craniene. Această analiză ne arată prin urmare, că atâta vreme cât meningoblastomul pornește dela tecile nervului optic și exclusiv din segmentul său orbital se bucură de un pronostic general benign, nefiind supus nici recidivelor locale, nici extensiunilor extraorbitare dacă tumora este extirpată.

Așezate în cadrul lor istogenetic real și aprofundate din ce în ce mai mult în detaliile lor anatomo-clinice, meningoblastomele optico-orbitare, cu toată raritatea apariției lor clinice se găsesc astăzi, precum reiese din studiul sintetic expus mai sus, în drum spre definitivă lor clarificare.

### Bibliografie

- Abelsdorf*: „Sehnerv. Ablagerung fremdartiger, in besonderen durch regressiv Ernährungstörungen entstandener Substanzen“. Handb. der spez. path. anat. u. histologie des Auges. I. Teil. 1928, p. 737. — *Argaud et Couadau*: „Considérations générales sur les psammomes, à propos d'un Kysto-psammome de la papille“. Arch. d'opht., 1936, L III, p. 869. — *Cushing*: „The meningiomas“. Brain, 1922, XLV, p. 28. *van Duyse*: „Sarcome péri-dural avec invasion de l'espace vaginal du nerf optique“. Arch. d'opht., 1923, XL, p. 385. — *de Lapersonne*: „Psammome du nerf optique“. Arch. d'opht., 1924, XLI, p. 5. — *Marx et Boevé*: „Meningiomes de la selle turcique“. Arch. d'opht., 1932, XLIX, p. 417. — *Oberling*: „Les tumeurs méningées“. Bull. de l'assoc. p. l'étude du Cancer, 1922, p. 365. — *Roussy et Cornil*: „Les tumeurs méningées“. Ann. d'anat. pathol., 1925, II, p. 63. — *Schuster Erna*: „Ein Fall von Psammom“. Zeitschrift f. A., 1927, LXIII, p. 65. — *Shoji*: „Ueber die Psammome des Sehnerv.“ Act. Soc. opht. Jap, 1934, XXXVII, H. 1, recenzat în: Klin. M. f. A., 1934, LXXXII, p. 711. — *Wessely*: „Einseitige Sehnervenatrophie, vermutlich bedingt durch ein kleines basales Psammom“. Bericht ü. die 50 Zusammenkunft der deutsch. opht. Ges. Heidelberg, 1934, recenzat în: Zeitschrift f. A., 1934, LXXXIV, p. 181. — *Wiegmann*: „Ein Fall von Psammom der Orbita“. Klin. M. f. A., 1929, LXXXII, p. 232.

## CERCETĂRI EXPERIMENTALE ASUPRA MODIFICĂRII GRUPELOR SANGHINE IN VITRO

de

Prof. Dr. VICTOR PAPILIAN și Dr. VICTOR PREDĂ

Lucrarea de față are ca punct de plecare cercetările unuia dintre noi în colaborare cu C. C. Velluda și F. Antonescu, care a pus problema posibilității modificării proceselor de aglutinare, sub influența excitației sau paralizării sistemului simpatic-parasimpatic. Din această lucrare cităm faptele cari sunt în legătură cu lucrarea de față. Astfel rezultatele variază după cum folosim animale de aceeași specie sau de specii diferite. La specii diferite (iepure, cobai), Gynergenul produce o foarte puternică aglutinare, pilocarpina o împiedică, iar atropina și adrenalina o diminuează. La animale de aceeași specie (câine câine), atropina și adrenalina diminuează puterea de aglutinare a serului, injecțate împreună o face să dispară complet.

Pe de altă parte cercetările lui *Albertsen, Neuman și Neugebauer, Bahl*; cercetări făcute asupra bolnavilor, au arătat că în anumite împrejurări se pot produce modificări de grupe sanghine. Deasemenea cercetările unuia din noi cu Dr. I. G. Russu, asupra modificărilor de grupe sanghine la bolnavii cancerosi, au dus la rezultate pozitive. Toate aceste observațiuni, deși contraversate, ne-au îndrituit să cercetăm, in vitro posibilitatea modificării grupelor sanghine.

Principiul lucrării noastre era următorul: Modificarea sângelui recoltat dela diferiți indivizi, prin una din substanțele farmaco-dinamice pe cari le folosim în mod uzual în studiul sistemului vegetativ. Technica urmată a fost următoarea: După determinarea grupei sanghine prin metoda aglutinării pe lamă, se lua din fiecare probă de sânge, câte un centimetru cub, la care se adăuga 10 picături dintr'o soluție de substanță modificatoare (adrenalină 1%, atropină 1%, pilocarpină 1% și Gynergen). La o oră de acțiune se făcea din nou determinarea grupei sanghine pe sângele supus acțiunii substanței modificatoare, întrebuițându-se aceleași teste, cari au servit la determinarea grupei sanghine în sângele nemodificat.

Cercetările au fost executate pe 122 probe de sânge. Din acestea 76 de probe au rămas nemodificate (62, 29%). Restul de 46 de probe (37, 71%) au suferit următoarele modificări:

*Modificarea grupei AB.* In această grupă au fost modificate 8 probe de sânge.

Schimbarea grupei AB în grupa A: 2 cazuri (2,50%), prin adăugare de atropină și de gynergen.

Schimbarea grupei AB în grupa B: 2 cazuri (2,50%).

Prin adăugare de atropină: 1 caz

Prin adăugare de adrenalină sau de pilocarpină: 1 caz

Schimbarea grupei AB în grupa O: 4 cazuri (5,00%).

Prin adăugare de atropină: 3 cazuri

Prin adăugare de atropină sau de gynergen: 1 caz

*Modificarea grupei A.* In această grupă au fost modificate 21 de probe de sânge,

Schimbarea grupei A în grupa AB: 1 caz (4,76%), prin adăugare în aceeași eprubetă, de gynergen și atropină.

Schimbarea grupei A în grupa B: nu se produce niciodată.

Schimbarea grupei A în grupa O: 20 cazuri (95,24%).

Prin adăugare de atropină: 3 cazuri

Prin adăugare de gynergen: 4 cazuri

Prin adăugare de atropină sau de gynergen: 12 cazuri

Prin adăugare de atropină și de gynergen în aceeași eprubetă: 1 caz

*Modificarea grupei B.* In această grupă au fost modificate 12 probe de sânge.

Schimbarea grupei B în grupa AB: 2 cazuri (16,66%).

Prin adăugare de atropină: 1 caz

Prin adăugare de atropină sau adrenalină: 1 caz

Schimbarea grupei B în grupa A: nu se produce niciodată.

Schimbarea grupei B în grupa O: 10 cazuri (83,34%).

Prin adăugare de atropină sau de gynergen: 5 cazuri

Prin adăugare de atropină: 4 cazuri

Prin adăugare de atropină, pilocarpină sau de adrenalină: 1 caz

*Modificarea grupei O.* In această grupă au fost



modificate 5 probe de sânge. Toate cele 5 cazuri din grupa O au fost schimbate în grupa B.

Prin adăugare de adrenalină, atropină sau pilocarpină : 3 cazuri

Prin adăugare de adrenalină sau pilocarpină : 1 caz

Prin adăugare de pilocarpină : 1 caz

În afară de aceste experiențe au mai fost făcute și altele, iradiind, probele de sânge cu 25 r. internaționali. În acest caz s'au obținut următoarele rezultate:

Schimbarea grupei AB în grupa O : 1 caz

„ „ A „ „ O : 6 cazuri

„ „ B „ „ O : 2 cazuri

Grupa O rămâne nemodificată.

Cercetările de față privesc numai prima parte a unei lucrări de ansamblu, ocupându-se numai de modificările obținute prin acțiunea substanțelor farmacodinamice asupra sângelui în întregime (globule și ser). În laboratorul nostru sunt cercetări în curs, având ca punct de plecare, eventualele schimbări de grupe sanghine produse prin modificarea serului lipsit de globule, cât și prin modificarea globulelor sanghine izolate din serul respectiv.

#### Concluziuni:

1. Există posibilitatea de transformare a grupei sanghine în vitro.

2. Grupele A și B prezintă cele mai mari posibilități de transformare, fără ca totuși să se schimbe vreodată între ele.

3. Grupa care prezintă cea mai mare fixitate este grupa O, care nu se poate transforma nici în AB, nici în A.

4. Prin iradieri se verifică fixitatea grupei O, grupele celelalte de sânge modificându-se toate în grupa O.

5. Nu poate fi vorba de un fenomen mecanic ci de unul biologic, dat fiind că în cele mai multe cazuri (62,29%), probele n'au suferit nici-o modificare. Alt argument ce pledează în favoarea acestei teze este că la aceleași probe, unele substanțe au produs modificarea iar altele nu.

6. Din aceste date rezultă că există de fapt două grupe sanghine primare și anume grupa A și grupa B, cari nu se schimbă niciodată între ele. Celelalte grupe sanghine ar fi grupa non A și non B, după cum aglutinabilitatea este mărită sau micșorată.

#### Bibliografie

Albertsen, W: Ein Beitrag zur Frage der Veränderung der Agglutinine im menschlichen Blut unter dem Einfluss von

Krankheiten u. chirurgischen Massnahmen in qualitativer u. quantitativer Hinsicht und zur Methodik der Agglutininbestimmung. Bruns. Beitr. B. 163. S. 78—96, 1936. — Bahl, E: Beitrag zur Frage der Blutgruppenänderung. Münch. Med. Wsch. B. 1, S. 152, 1929. — Neumann, W u. Neugebauer, W: Scheinbare Blutgruppenänderung bei einem Leukämiekranken bei Unverträglichkeit von Blut eines so genannten Universalspenders. Med. Klin. S, 1067—1070, 1936 (II). — Papilian V. și Russu I. G.: Studiul modificării grupelor sanghine la bolnavi. Soc. de Antropologie. Ședința din 16. VI. 1939. — Papilian, V; Velluda C. C. și Antonescu-Mazilu F.: Cercetări experimentale asupra modificării proceselor de hemoliză și aglutinare. Clujul medical A. XIX, p. 723, 1938.

Institutul de Farmacologie, Dir. supl.: Prof. Dr. V. Baroni  
Institutul de Anatomie Descriptivă și Topografică  
Director: Prof. Dr. V. Papilian

### CERCETĂRI EXPERIMENTALE FARMACODINAMICE CU CLORURA DE CARBAMINOILCHOLINA-DORYL MERCK

Influența asupra acțiunii adrenalinei, atropinei, pilocarpinei și ergotinei sau ergotaminei

de:  
Dr. C. V. ANTONESCU și Drd. D. BUCHERU  
asistent preparator

S'a putut constata din experiențele anterioare (ale căror rezultate au fost publicate în cele trei articole din această revistă), că pentru a lămurii unele fenomene am fost nevoiți să întrebuițăm sulfatul de atropină, în scopul de a paraliza sistemul vag-parasimpatic.

Acest fapt ne determină, să lucrăm și cu alte substanțe cu acțiune asupra sistemului nervos vegetativ.

Problemele au fost puse în următorul fel:

1. Ce influență poate avea paralizia sistemului vag-parasimpatic asupra acțiunii vegetative globale a clorurei de carbaminoilcholină.

2. Ce influență are acțiunea excitatoare vag-parasimpatică a clorurei de carbaminoilcholină asupra excitabilității sistemului simpatic față de adrenalină.

3. Ce influență are acțiunea clorurei de carbaminoilcholină, asupra acțiunii ulterioare a pilocarpinei.

4. Ce acțiune are clorura de carbaminoilcholină, asupra spasmului fibrelor musculare vasculare.

Pentru a răspunde acestor chestiuni am recurs la următoarele experiențe:

1. Pentru obținerea paraliziei sistemului vag-parasimpatic, am întrebuițat sulfatul de atropină în soluție de 1‰, din care am administrat o doză de 0,24—

0,25 mlgr pe kgr greutate animală. Această doză a fost stabilită și întrebuițată de F. Mercier și Hazard, obținând suprimarea completă a excitabilității electrice a vagului.

Noi am administrat sulfatul de atropină prin injecțiuni subcutanate sau intravânoase. Clorura de carbaminoilcholină a fost întrebuițată din o soluție de 1‰, injectată intravânos la diferite intervale după administrarea atropinei (10 minute  $\frac{1}{4}$  și  $\frac{1}{2}$  oră mai târziu). Carbaminoilcholina a fost administrată în doze  $\frac{1}{10}$ ,  $\frac{1}{5}$  și  $\frac{1}{1}$  parte din doza atropinei. Ca test am ales modificările cardio-vasculare.

*Rezultate :*

a) N'am obținut niciodată ridicarea tensiunii arteriale sau accelerarea ritmului cardiac, ceea ce demonstrează că nu există fază simpatică, în decursul acțiunii carbaminoilcholinei; fază care să fi fost eliberată prin paralizia vagului;

b) Mai mult, cu doze potrivite acțiunea clorurei

contrațiilor cardiace, suprimarea aritmiei respiratorii, — adevărată o acțiune vagomimetică pură (fig. 3).

2. Am administrat adrenalina, animalelor cari în prealabil au primit clorura de carbaminoilcholină în doză de 0,01 mlgr. pe kgr. greutate animală. Soluția de adrenalina întrebuițată a fost de 1‰.

Doza adrenalinei, fiind egală cu doza de clorură de carbaminoilcholină, ea nu putea decât să ridice nivelul hipotensiunii carbaminoilcholinice, fără să întrecă nivelul tensiunii inițiale. Asupra ritmului cardiac, adrenalina nu-l poate accelera, dar contribuie la întărirea contracțiilor cardiace, măbind amplitudinea sistolei, fără să scurteze diastola. În acest fel reducerea hipotensiunii se face mai mult în contul tensiunii maxime, tensiunea minimă prezentând doar o foarte ușoară tendință de ridicare. Drept rezultat, debitul cardiac este mărit și mai mult, față de cel din faza a doua a acțiunii clorurei de carbaminoilcholină (fig. 4).

Într'o lucrare anterioară, unul dintre noi a arătat

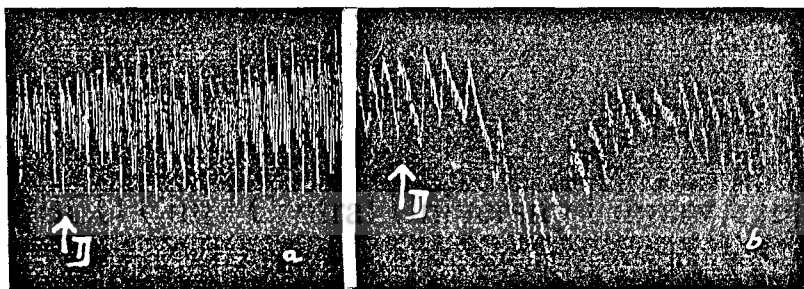


Fig. 1. — a) Câine de 8 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea carotidiană. Atropinizat cu 0,24 mlgr. sulfat de atropină pe kgr. greutate, subcutanat. În D, injecție carbaminoilcholină 0,02 mlgr. pe kgr. greutate, intravânos. Interval 10 minute între cele două injecții.

b) Câine de 19 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea carotidiană. Atropinizat cu 0,24 mlgr. sulfat de atropină, subcutanat. În D, injecție carbaminoilcholină 0,12 mlgr. pe kgr. greutate, intravânos. Interval 10 minute între cele două injecții.

de carbaminoilcholină n'a fost modificată decât în componenta sa de timp. Într'adevăr ea acționează tot hipotensiv și bradicardizant, doar că durata acestei acțiuni variază în raport cu cantitatea și intervalul dintre injecțiunea de atropină și cea de carbaminoilcholină.

Astfel cu o cantitate de  $\frac{1}{10}$  parte din doza atropinei, n'am obținut nici o modificare în grafica presiunii sanguine și a ritmului cardiac (fig. 1, a). Cu o cantitate de  $\frac{1}{5}$  parte din doza atropinei, sau ceva mai mare, obține-am o hipotensiune de scurtă durată, fără suprimarea aritmiei respiratorii (fig. 1, b și 2). Iar cu o cantitate de  $\frac{1}{1}$  parte din doza de atropină și la un interval de  $\frac{1}{2}$  oră, obține-am hipotensiune progresivă, bradicardie cu diminuarea progresivă a amplitudinilor

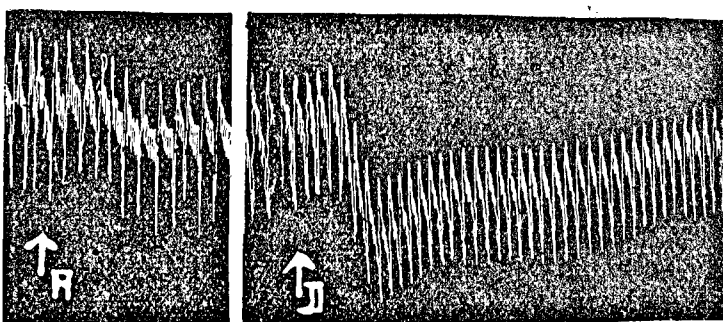


Fig. 2. — Câine de 5 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea carotidiană. În A, inj. sulfat de atropină 0,25 mlgr. pe kgr. greutate, intravânos; în D, inj. carbaminoilcholină 0,20 mlgr. pe kgr. greutate, intravânos. Ambele soluții de 1‰. Interval 5 minute între cele două injecții.

---

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

# ADRÉPATINE

SUPPOSITOIRES  
POMMADE

# HÉMORROÏDES

DE 1 A 3 SUPPOSITOIRES  
OU APPLICATION DE POMMADE  
PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF

51 RUE NICOLO - (PARIS 16<sup>e</sup>)

---

Reprezentant pentru România:  
PAUL ILUTZA, BUCUREȘTI IV. STRADA OLARI 23.

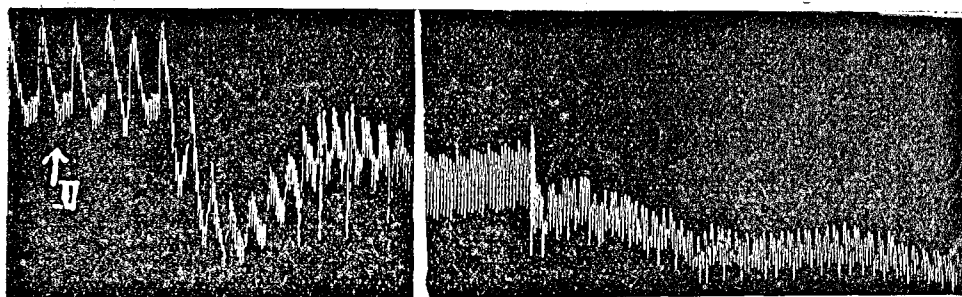


Fig. 3. — Câine de 5 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea carotidiană. Atropinizat cu 0,25 mlgr. sulfat de atropină pe kgr. greutate, subcutanat. In D, Injecție carbaminoilcholină 0,25 mlgr pe kgr. greutate, intravânos. Interval  $\frac{1}{2}$  oră între cele două injecții.

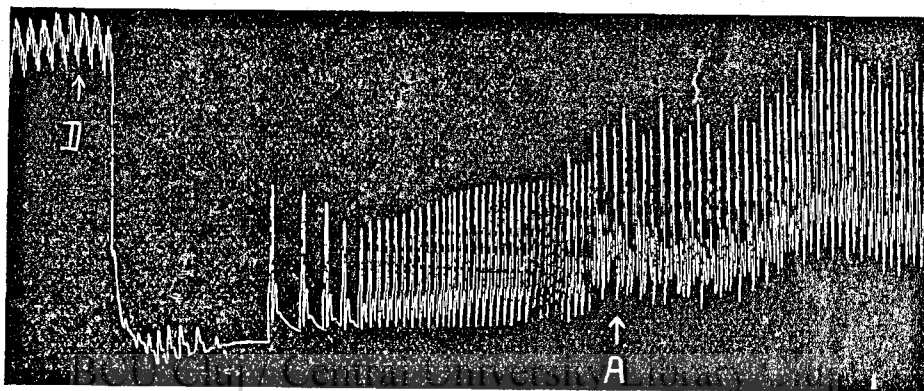


Fig. 4. — Câine de 19 kgr. Narcoza cloroform. Presiunea carotidiană. In D, injecție carbaminoilcholină 0,01 mlgr. pe kgr. greutate; în A, injecție adrenalină 0,01 mlgr. pe kgr. greutate. Injecțiile administrate intravânos.

proprietatea de împiedecare a sincopii adrenalino-cloroformice, ce o are clorura de carbaminoilcholină (fig. 4). precum și faptul că atropina favoriza producerea sincopii adrenalino cloroformice la animalele de experiență, cari în prealabil au fost puse în stare de rezistență față de această sincopă. În cazul nostru atropinizarea animalului, după administrarea clorurii de carbaminoilcholină, n'a putut favoriza producerea sincopii adrenalino-cloroformice. Singurul efect observat a fost, că adrenalina a putut ridica ceva mai sensibil tensiunea arterială generală, dar pentru o foarte scurtă durată. (fig. 5).

Aceste fapte le interpretăm ca o diminuare a excitabilității sistemului simpatic datorit acțiunii paralizante a carbaminoilcholinei asupra simpaticului.

3. Se știe că o a doua doză de pilocarpină, administrată în timpul fazei a doua din acțiunea sa, nu mai acționează.

Fenomenul se repetă și în cazul când în prealabil injecțiunii de pilocarpină administrăm carbaminoilcho-

Dr. C. V. Antonescu și I. Vinți : Sincopa adrenalino-cloroformică și vagul. Clujul Medical No. 8, 1936.

lină (dozele fiind egale, 0,01 mlgr pe kgr animal). Nu am observat nici o modificare în grafica presiunii vasculare și a ritmului cardiac; ceea ce denotă că și în acest caz acțiunea pilocarpinei este similară cu aceea când însuși ea este repetată.

Dar o ulterioară injecțiune de carbaminoilcholină

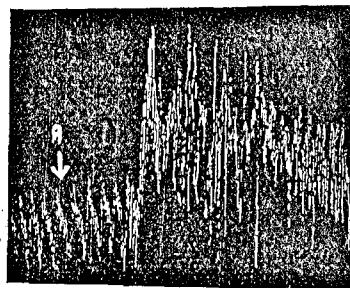


Fig. 5. — Câine de 19 kgr. Narcoza cloroform. Presiunea femurală. A fost în prealabil atropinizat cu 0,24 mlgr. sulfat de atropină pe kgr. greutate, apoi injecție carbaminoilcholină 0,24 mlgr. pe kgr. greutate. In A, injecție adrenalină 0,01 mlgr. pe kgr. greutate. Injecțiile au fost administrate intravânos.

acționează reproducând toate caracterele acțiunii sale izolate (fig. 6).

4. Alcalozii ergotului — *ergotina* sau *ergotamina* — deși sunt paralizanți ai sistemului simpatic, totuși

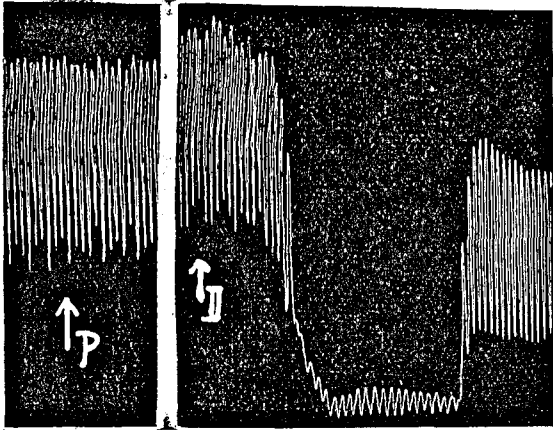


Fig. 6. — Câine de 19 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea femorală. A primit în prealabil injecție carbaminolcholină 0,01 mlgr. pe kgr. greutate. În P, injecție c orhidrat de pilocarpină 0,01 mlgr. pe kgr. greutate; în J, injecție carbaminolcholină 0,1 m'gr. pe kgr. greutate. Injecțiile au fost administrate intravânos.

sunt hipertensivi, prin acțiunea lor asupra fibrelor musculare netede vasculare, pe cari contractându-le, determină un vasospasm energetic.

Folosindu-ne de *Ergotin Merck* sau *Gynergen Sandoz*, am provocat în prealabil — animalelor de experiență — o vasoconstricție, care se traducea prin hipertensiune remarcabilă. Dacă am administrat acestor animale clorură de charbaminolcholină în doză de 0,1

mlgr. pe kgr. animal (ergotamina fiind în doză de 0,1 mlgr. pe kgr. animal), am obținut o hipotensiune progresivă apreciabilă și de lungă durată, însoțită de răriria ritmului cardiac cu mărirea progresivă a amplitudinilor contracțiilor ventriculare. Această acțiune nu numai că a învins hipertensiunea ergotinică sau ergotaminică, ci atinge nivele mult inferioare tensiunii inițiale, cu toate că debitul cardiac este mărit. (fig. 7).

Acest fapt demonstrează că acțiunea clorurei de carbaminolcholină, nu este pur parasimpaticomimetică, ci și spasmolitică vasculară directă, cu acțiune paralizantă asupra fibrelor musculare vasculare.

### Concluziuni

1. Clorura de carbaminolcholină nu excită sistemul simpatic.
2. Clorura de carbaminolcholină diminuează excitabilitatea sistemului simpatic, față de adrenalină.
3. Clorura de carbaminolcholină împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice.
4. După clorura de carbaminolcholină, atropina nu mai poate favoriza producerea sincopei adrenalino-cloroformice.
5. Clorura de carbaminolcholină învinge acțiunea paralizantă a atropinei asupra sistemului vag-parasimpatic.
6. Clorura de carbaminolcholină împiedecă acțiunea ulterioară a pilocarpinei, dar acțiunea ei nu este împiedecată de pilocarpină.
7. Clorura de carbaminolcholină paralizează spasmul vascular determinat de ergotină sau ergotamină — este spasmolitică vasculară.

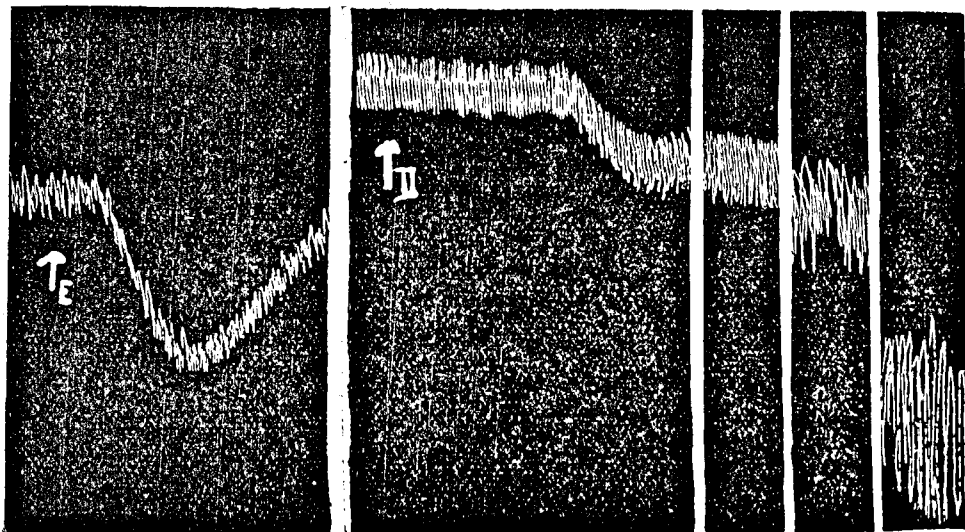


Fig. 7. — Câine de 3 1/2 kgr. Narcoza eter+cloroform. Presiunea femorală. În E, injecție tartrat de ergotamină 0,5 mlgr. În J, injecție carbaminolcholină 0,1 mlgr. pe kgr. greutate. Injecțiile administrate intravânos.

Spitalul Mixt Gheorgheni — Ciuc.

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE SARCINĂ ECTOPICĂ ABDOMINALĂ SECUNDARĂ

de:  
și

Dr. EM. MANEA  
medic primar

Dr. V. LECCA  
medic asistent

Deși în ultima vreme au apărut numeroase publicații asupra acestui subiect, totuși prin diferitele simptome ce le prezintă cât și prin diferitele localizări ce se găsesc în timpul intervențiilor, merită ca această maladie să fie expusă.

În general, sarcina ectopică sau extrauterină socotită după frecvența cazurilor este tubară cu diferitele localizări de dezvoltare ale ovulului pe întreg traectul tubei și care capătă din acest punct de vedere denumirea respectivă de sarcină tubară interstițială, de sarcină tubară istmică și sarcină tubară ampulară.

Sunt excepționale cazurile, când ovulul rămâne în folicul — până la maturitate și unde este fecundat de unul din spermatozoizi, iar țesutul ovarian servește astfel la dezvoltarea oului, formând în acest mod sarcina ovarică.

Dar și mai rare sunt cazurile când ovulul fecundat, din diferite motive încă nedeslegate până în prezent, găsește ocazia să se grezeze pe peritoneul visceral și să se desvolte liber în cavitatea abdominală formând în acest mod, sarcina ectopică abdominală.

După cum am spus mai sus, această anomalie de inserție a ovulului fecundat provocând maladia mai sus amintită, este datorită anomaliilor trompelor care turbură mecanismul propulsiei ovului și provoacă — astfel implantația sa extrauterină.

Concluziile la care s'au ajuns grație observațiilor clinice și operatorii sunt relative, fiindcă modificările sarcinei cât de incipiente ar fi ea, face să dispară starea primitivă de structură intimă fizio-histologică care provoacă anomalia implantației ovulului fecundat.

Deci, observațiile clinice furnizează puțină lumină asupra etiologiei și toate cazurile descrise provoacă reflecții pur teoretice asupra anomaliilor histo fiziologice sau anatomice ale trompelor și sarcina ectopică.

În lucrarea de față, fără a intra în amănunte etiologice ne mulțumim a descrie cazul așa cum l'am văzut, găsim-l interesant prin raritatea lui pe de o parte cât și prin simptomatologia specifică care de cele mai multe ori pune în încurcătură pe medic.

Și acest lucru se întâmplă cu atât mai mult cu cât această maladie, sarcina ectopică abdominală e foarte rară, iar simptomatologia diferă mult dela caz

la caz și diferă total de sarcina ectopică tubară care întrece în frecvență pe toate.

Dar în lucrarea de față voesc a insista asupra faptului că de cele mai multe ori, o sarcină ectopică tubară prin evoluția ei poate deveni abdominală, din care cauză se deosebește de cea clinică primară și o numim secundară. Deosebirea între acestea e o chestiune foarte grea de precizat, diagnosticul rămânând să se facă, prin anamneza bolnavei — dacă e o femeie mai cultă mai inteligentă și care își notează simptomele intime cu o mai mare minuțiozitate, fie devenind o revelație a laparatomiei.

### Cazul clinic

În ziua de 16 Noembrie 1938, este primită în serviciul nostru medical dela Spitalul Gheorgheni femeia N. T. de naționalitate maghiară din comuna Remetea în vârstă de 35 ani.

Bolnava declară că întră în spital din cauza durerilor abdominale și care în ultimul timp iau crescut considerabil, și că are slăbiciuni mari și scurgeri de sânge vaginale.

La inspecție bolnava se menține cu greu pe picioare, fiind slăbită și își susține abdomenul cu mâna.

Bolnava prezintă țesutul adipos puțin dezvoltat prezentând o anemie înaintată având tegumentele palide și mucoasele decolorate.

La examenul abdominal se observă că prin peretele abdominal slăbit și flască apare proeminentă o tumoră neregulată semi-dură și semi-fixă, și care la palpație profundă provoacă dureri.

Această tumoră se ridică până la o distanță de circa trei laturi de deget dedesubtul ombilicului și e mediană.

La examenul ginecologic se observă colul uterin moale — permeabil, prin care se scurge o secreție sanguinolentă semi-vâscoasă.

Deasemenea la examenul bimanual, la tușeu se simte uterul mărit neregulat, iar în fundul de sac peritoneal posterior se simte o masă îndurată cu un volum de aproximativ de mărimea unui cap de copil, cu contur net oval și prezintă o mobilitate relativă.

Această tumoră semi-dură ocupă fața posterioară a corpului uterin și ridică prin volumul ei corpul uterin în sus împingându-l înainte și păstrându-și poziția lui mediană.

Atât la palpația abdominală cât și la tușeu, bolnava declară că are dureri mai ales atunci când voim să mobilizăm tumora.

Din anamneză desprindem următoarele *antecedente personale*.

A fost menstruată la șaptesprezece ani, menstruația îi venea regulat la lună, nu a suferit nici o maladie infecto-contagioasă.

Nu-și amintește să fi fost bolnavă în copilărie sau ca măritată.

S'a căsătorit la vârsta de 22 ani și a avut patru copii, din care primul i-a murit la vârsta de un an. Nu a avut niciodată nici avorturi și nici nu a suferit din cauza nașterilor, pe care le-a avut, pe toate la termen și la un interval de timp de doi ani unul de altul — după nașteri deși și-a alăptat singură copil, menstruația i-a revenit — între 4—6 luni.

*Antecedentele heredo-colaterale fără importanță.*

*Maladia actuală.* Continuându-și anamneza bolnava de-



clară că menstruația îi lipsește de circa  $4\frac{1}{2}$ —5 luni; în prima și a doua lună ne spune că nu a avut nici cea mai mică suferință din partea sarcinei, totul decurgând normal ca și la celelalte.

La sfârșitul celei de a doua lună însă, intervine un accident care face să sufere mereu până în timpul de față.

Înștiind asupra acestui accident, găsim un îndiciu important pentru diagnostic, bolnava ne spune că în timpul lucrului a simțit la un moment dat o durere violentă în abdomen de partea dreaptă cu iradiere în spate și abdomen, făcându-i-se rău cu leșin și căzând jos; deasemenea spune că a avut grețuri și vomitări alimentare. Durerea abdominală însoțită de simptomele descrise mai sus au alarmat-o și a chemat moașa care vizitând-o i-a spus să stea liniștită că e însărcinată.

După sfaturile moașei a stat liniștită la pat cu comprese cu alcool pe abdomen, timp de circa o săptămână în care timp s'a simțit mai bine dar oarecum slăbită.

Din aceea zi femeia a avut dureri ușoare continue ce porneau din regiunea flancului drept cu iradiere în lombe.

Vomiturile s'au calmat dela început, dar a rămas cu o stare de irascibilitate și cu o greață continuă, complicate de o constipație mai mult sau mai puțin rebelă.

Deasemenea prezintă și lipsa poftii de mâncare din care cauză se subalimenta. Ceeace însă o alarma mai mult în ultimul timp a fost că a observat că abdomenul îi crește mai repede ca în mod normal și totodată și durerile se accentuau.

În același timp însă ea observă că abdomenul nu avea forma normală regulată ci apărea neregulat și prezenta o greutate abdominală necunoscută până atunci care o jena mult, mai ales în timpul funcțiunilor fiziologice cât și în timpul micilor eforturi ce i se impunea în gospodăria sa.

Toate aceste mici lucruri care o impresionau mult pe bolnava noastră au făcut-o să nu albească încredere în statul moașei, cu atât mai mult că fiind în luna a patra nu simțea nici o mișcare fetală uterină și a decis să se arate la un medic, care ia diagnosticat o tumoră uterină, trimițând-o în spital pentru intervenție chirurgicală.

În această stare se află când o examinez și îi propun intervenția pentru sarcina ectopică închistată.

#### Intervenția:

Intervenția o fac imediat fiind ajutat de Dr. Valeriu Lecca iar anestezia generală se face cu eter, dată fiind de Dr. Rosenfeld.

Se face laparotomie mediană sub ombilicală și după ce se incizează peritoneul, apare în primul plan corpul uterin mărit și proeminent, înconjurat de aderențe cu viscerele din jur, provocându-i o formă neregulată.

Debridând aderențele intestinale cădem pe tumora adeverată, care are aspectul unui chist hematic.

Desfacererea aderențelor între peretele posterior uterin și chist se face ușor și astfel se poate pune ușor în evidență chistul, care este foarte aderent de peretele posterior peritoneal al pelvisului iar de partea dreaptă e căptușit de trompa mult îngroșată.

Se face sub ligatură, secționarea tubei drepte și apoi se intervine direct asupra tumorii chistice, și se scot odată cu chlagurile organizate și restul de țesut placentar și fătul care prezintă dimensiunile unui făt în luna a patra — a cincea, măsurând circa 20—21 cm lungime iar diametrul cranian măsurând circa doi jumătate cm.

După ce golim complet pungea chistică rezecăm pe cât posibil la distanță de ansele intestinale peretele pungei, care în partea dreaptă este formată de peretele tubei, despre care am spus la început că forma învelișului chistului, și de care era

inserată o parte din placenta, iar restul se înserează pe peretele peritoneal posterior al pelvisului; — intestinul și epiploonul formând un bloc în jurul tumorii, închistând sarcina. După ce se extirpă complet chistul foetal și se curăță de chlaguri și sânge, se drenează cavitatea abdominală cu Miculitz și tub de dren iar peretele abdominal se reface prin suturi în trei straturi. Starea postoperatorie a bolnavei mulțumitoare.

Din discuție și din cele constatate în timpul intervenției acestui caz trebuie să admitem că la început a fost o sarcină ectopică tubară dreaptă și din cauză că pereții tubei cedează în mod gradat la presiunea oului în dezvoltare, s'a produs ruperea peretelui lăsând intactă regiunea placentară, care nu și-a pierdut inserția de pe peretele tubei.

Hemoragia consecutivă fiind minimă și neprezentând simptomele grave și alarmante ale unei ruperi mari, trece neobservată prin imobilizarea femeiei la pat, iar fătul lunecând în cavitatea abdominală prin ruptura făcută, fie că și-a păstrat învelișurile sale intacte, fie că s'au rupt și ele, și-a păstrat însă viabilitatea sa și a continuat să se desvolte transformându-se în acest mod din sarcină ectopică tubară dreaptă în sarcină ectopică abdominală secundară.

Peritoneul în aceste cazuri se comportă în mod diferit față de conținutul său anormal, fie că nu reacționează și fătul este înconjurat de corion și de amnios și se găsește liber în mijlocul anselor intestinale nemodificate, fie că, în cazul nostru s'a format un exudat fibrinos unde seroasa intră în contact cu oul din care cauză se dezvoltă numeroase aderențe între ou și organele abdominale înconjurătoare. Acest lucru se întâmplă și din cauza hemoragiei ce se prezintă prin ruptura peretelui trompei.

Placenta rămâne după cum am văzut la locul ei de inserție pe peretele trompei însă prin creșterea sa ulterioară se prinde de peritoneu încât la intervenție se găsește o porțiune de placenta sudată cu suprafețele seroase vecine ale ligamentelor largi, intestin etc. De obicei moartea fătului devine mai târziu din cauze încă în discuție; iar tumora foetală devenind un corp străin pentru organism. Atunci se observă desfășurarea fenomenelor fie spre închistare sau petrificare, fie spre supurație și expulzare ceea ce cred că s'ar fi întâmplat în cazul nostru. Chestiunea grea a acestei maladii rămâne diagnosticul precoce care este aproape imposibil iar erorile de diagnostic sunt evitate adeseori de intervenție.

Totuși în unele cazuri după o anamneză bine condusă care depinde de inteligența bolnavei ajutat și de examenul radiografic credem că se poate pune la adăpost femeia de continuarea calvarului ei. Drept concluzii putem preciza că în toate aceste cazuri intervenția chirurgicală este pe de o parte revelatoare iar pe de alta salvatoare.

## CONTRIBUȚII LA TRATAMENTUL BLENORAGIEI CU AJUTORUL ULIRONULUI

de:  
Dr. E. BOER

Tendința de a trata o blenoragie fără injecții și pe cât posibil și fără tratament local, ci numai cu ajutorul unei medicațiuni interne, este destul de veche. În cazul unei blenoragii acute, cu fenomene de hipersensibilitate, cu inflamațiuni edematoase și supurațiuni sanguinolente, tratamentul local nu este indicat; abia după dispariția acestor manifestațiuni, putem începe tratamentul propriu-zis. În formele care se manifestă dela început cu mai puțină intensitate, este nevoie — datorită evoluției subacute — de un tratament mai intens, pentru a ajunge la dispariția tuturor manifestațiunilor patologice. În fixarea tratamentului se va lua în considerație și vârsta, precum și temperamentul bolnavului. Tratamentul blenoragiei la bărbații tineri și sensuali va fi îngreuiat din cauza erecțiilor și a poluțiilor repetate. În general tratamentul blenoragiei subacute cu ajutorul regimului, a vieții igienice, precum și a medicamentelor interne, duce la rezultate bune, urmărind în acelaș timp o retractare rapidă a manifestațiunilor morbide, posibilă însă numai prin distrugerea germenului patogen. La acest rezultat putem ajunge mai ușor și mai sigur, prin aplicarea medicamentului chimioterapeutic Uliron.

Acest preparat poate fi considerat ca medicament etiologic, grație acțiunii sale gonocide, rezultată din contactul îndelungat cu mucoasa bolnavă, fără să producă însă leziuni mai serioase asupra țesuturilor învecinate. În practică s'au obținut adeseori rezultate surprinzător de bune și rapide, în urma aplicării Ulironului.

Tratamentul cu Uliron se face de obicei prin aplicarea unor atacuri scurte de 4 zile, administrându-se de 3—4 ori zilnic câte 2 tablete, apoi se intercalează o pauză de 6 zile deoarece medicamentul necesită un interval de timp mai îndelungat pentru a putea fi eliminat în întregime din organism.

În decursul unui tratament de blenoragie, dispariția secreției nu este însoțită întotdeauna și de o limpezire a urinei. Cu toate că gonococii din secreție dispar, urina rămâne, chiar și în afecțiunile porțiunii anterioare a uretrei — mai mult sau mai puțin turbure. Dacă în cazuri similare se forțează tratamentul local, se obține tocmai rezultatul contrar, adică o turburare și mai intensă a urinei. Este deci recomandabil să încetăm imediat tratamentul local, trecând în schimb la seriile de atac cu Uliron. Această metodă duce la rezultate cu adevărat uimitoare.

La îmbolnăvirea porțiunii posterioare a uretrei combinată cu manifestațiuni subiective și obiective pronunțate, se va înceta deasemenea tratamentul local și se va recurge la Uliron.

Grütz a fost primul care a experimentat, comunicând rezultatele obținute în urma aplicării Ulironului. Într-o dare de seamă asupra a 36 de cazuri, ajunge la concluzia, că gonococii dispar în urma acestui tratament, după 1—3 zile, în cazuri mai rare la 4—5 zile. Tratamentele locale au fost excluse cu desăvârșire. Vindecările obținute au atins cifra de 66%. La jumătate din numărul bolnavilor tratați după această metodă, s'au ivit complicațiuni ușoare în formă de exanteme. După Grütz, formele învechite de blenoragie (în special atunci când sunt însoțite de complicațiuni) se tratează cu mult mai ușor decât cele acute.

Felke deasemenea își publică observațiunile asupra tratamentului cu Uliron. El combină medicațiunea pe cale bucală cu tratamentul local, întrebunțând soluții slabe de hipermanganat de potasiu 1:10.000, obținând aceleași rezultate favorabile ca și Grütz. După părerea sa Ulironul acționează mai favorabil în blenoragiile cronice ale femeii, decât în formele acute la bărbați. Tratamentul de atac cu Uliron este introdus abia în săptămâna a treia. Dacă în formele acute gonococii n'au dispărut nici chiar după ziua a patra, este bine să se reînceapă tratamentul local, pentru ca peste o săptămână să se încerce un nou atac cu Uliron. Felke mai recomandă administrarea imediată a medicamentului în toate cazurile de complicațiuni ale blenoragiei, contestă în schimb eficacitatea sa atunci când se întrebunțează ca preventiv.

Fischer obține rezultate similare, aplicând timp de 3 zile câte 6 tablete de 0,5 gr. zilnic. El recomandă însă acest medicament numai în cazurile subacute, adică după 10—14 zile, urmând ca între timp să se facă un tratament local oarecare.

Schreus tratează cazurile acute cu vaccin anti-gonococic, iar după o pauză de 4 zile adică începând cu ziua 10—13 de câte 4 ori 2 tablete pe zi. În cazurile de blenoragie cronică se începe imediat cu un tratament de atac cu Uliron (3 zile câte 4 gr.). În caz că se ivesc recidive se recomandă continuarea tratamentului local. Schreus ne previne însă să nu continuăm o aplicare necugetată timp de mai multe zile, ba chiar și săptămâni, cu acest tratament.

Schubert publică o statistică din care reese un mare număr de bolnavi vindecați. El tratează blenoragia prin 2 tratamente de atac cu Uliron (timp de 3 zile, câte 6 tablete zilnic) între cari se intercalează o pauză de 6 zile, iar cazurile complicate, cu 2 atacuri de câte 5 zile (de câte 6 tablete). Dacă și după

**Insuficiența hepato-biliara  
și consecințele sale dispar prin**

**F e l a g o l** tablete

**cholagog — antiseptic — desinfectant**

**Combinațiune ideală de cărbune medicinal  
cu extract de sena**

**C a r b o l a x** tablete

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**laxativ ușor cu efect sigur.**

**Neplăcerile verii :**

**diarea, intoxicațiunile alimentare, disenterie, enteritele acute,  
le combateți cu succes prin :**

**Tannocarbon** tablete

**Antiseptic, astringent.**

**fabrica de produse chimice  
gedeon richter s.a.  
BUCUREȘTI**

**BUCUREȘTI V. Str. Logofătul Tăut 99**

atacul al doilea se mai găsesc gonococi, atunci după o nouă pauză de 6 zile se administra un nou atac pe o durată de 5 zile (câte 3 gr.). După această metodă a reușit să vindece 98 din totalul de 103 bolnavi tratați. Numai în 5 cazuri s'au ivit exanteme, iar la 3 bolnavi o acrocianoză.

*Löhne, Schölzke și Zürn* obțin rezultate identice. Ei administrează în acelaș timp și Omnadin etc., pentru a mări rezistența organismului. Tratamentul a fost continuat și în timpul menstruației sperându-se astfel să se împiedice o ascensiune a infecției până la anexe.

*Scherber* se exprimă deasemenea în termeni foarte elogioși despre Uliron. Aprobă deasemenea tratamentul de atac de câte 3 zile, administrează însă de 3 ori 5 tablete de câte 0,5 gr. zilnic. În caz de nevoie introduce — după o pauză de 8—10 zile — un al doilea atac; eventual și un al treilea.

După Gerhard Schmiedt, Ulironul are o eficacitate redusă în cazuri de artrite gonococice, în schimb aplicat în epididimite și anexite, dă rezultate bune.

*Diétel* este de părere că Ulironul este indispensabil pentru un tratament complet.

#### Indicațiuni:

Se întâmplă adeseori ca blenoragia să evolueze normal, să urmeze apoi câteva luni de latență, în care boala pare vindecată complet; de odată apare o recidivă. În aceste cazuri — reinfecțiuni din glandele Litre, netratate — medicația cu Uliron este indicată.

Infiltrațiunile periuretrale prezintă contraindicațiuni pentru tratamentul local. În schimb Uliron-ul poate fi aplicat chiar dela început, obținându-se astfel o dispariție rapidă a complicațiilor gonococice. Ca tratament accesoriu am întrebuițat medicamente cari facilitează resorbția, ca și al fia de iod-iodură de potasiu.

O prostatită infectată acut — la fel ca și la orice organ trebuie lăsată în pace. Tocmai în aceste cazuri obținem prin aplicarea Ulironului, rezultate surprinzătoare.

Terenul cel mai indicat pentru tratamentul cu Uliron, este epididimite. Această afecțiune se manifestă de obicei cu fenomene subiective pronunțate. Se recomandă repaus la pat, ziua întâia se aplică pungă cu gheață, apoi căldură. Nu este indicată însă o reducere a temperaturii. De oarece tocmai febra împiedică într-o măsură oarecare desvoltarea gonococilor. Tratamentul cu Uliron duce în scurt timp la rezultat. Este însă de dorit, ca organul bolnav să fie ridicat și fixat în această poziție. O epididimită nu supurează niciodată, dacă se tratează încă dela început cu Uliron. În cazurile de cistite gonococice acute se recomandă — la fel ca în toate afecțiunile gonococice —

în stadiul incipient, numai regim și repaus la pat. O aplicare abundentă de Uliron (de 3 ori câte 0,5 gr. zilnic, timp de 5 zile) are de mai multe ori efecte miraculoase.

Această metodă se poate aplica cu succes și în tratamentul cistitelor postgonococice cronice. În schimb în formele catarale, Ulironul are o eficacitate redusă. În formele — în aparență foarte grave — de cistite gonococice în care tulburarea urinei nu este vizibilă din cauza cantității importante de sânge pe care o conține, tratamentul cu Uliron, regim și repausul în pat, duc la rezultate bune.

Am tratat cu Uliron 21 bolnavi de blenoragie acută, cu și fără complicațiuni.

Un bolnav cu canale parauretrale, (în urma unui tratament aplicat greșit și fără rezultat).

O bolnavă cu infiltrațiuni periuretrale fluctuante.  
2 prostatite.

O epididimită unilaterală.

2 bolnavi de cistită.

Au mai fost deasemenea tratați și 2 copii între cari o fetiță de 9 ani tratată timp de câteva luni fără rezultat, vindecată complet în urma tratamentului de atac cu Uliron.

Intr'o infecție mixtă la o elevă de 12 ani, rezultatul a fost neîndestulător.

În 96% din cazurile tratate, am obținut într'un timp relativ scurt (25—35 zile) vindecări complete. Numai în 3 cazuri am observat complicațiuni în formă de exanteme ușoare, însoțite de o albuminurie trecătoare. Tratamentul local s'a făcut cu Protargol 1:5000. Cazurile necomplicate au fost tratate cu două tratamente de atac (timp de 3 zile câte 6 tablete, apoi timp de 5 zile, câte 6 tablete de 0,5 gr. intercalându-se o pauză de 5—6 zile).

În cazurile complicate, câte 2 tratamente de atac, de 5 zile (6 tablete pe zi). La 4 bolnavi am fost nevoit să mai aplic și un al treilea atac după o pauză de o săptămână, fiindcă se mai găseau gonococi în secreție (câte 6 tablete pe zi).

În trei cazuri am obținut o vindecare completă, chiar după un singur tratament de atac de 5 zile (câte 3 gr. pe zi).

În cazuri de uretrită catarală, rezultatele au fost negative.

Pentru a preveni complicațiuni în tratamentul cu Uliron trebuie respectate următoarele dispozițiuni generale: dozarea potrivită, durata unui tratament de atac să nu depășească durata normală (în general 4 zile) intercalarea unei pauze (6—8 zile) între tratamentele de atac și interzicerea eforturilor fizice în timpul tratamentului.

Clinica Medicală a Facultății de Medicină, Iași  
Director Prof. P. NICULESCU

## DRENAJUL CĂILOR BILIARE ȘI SECREȚIA EXTERNĂ A PANCREASULUI DUPĂ ADMINISTRAREA DE FELAGOL

de  
Dr. C. STRAT și Dr. V. DIMITRIU  
Asistent și secundar intern.

Mijloacele terapeutice în afecțiunile hepato-vesiculare sunt destul de numeroase. Dintre medicamentele ce interesează pe medic în primul rând și pe internist în deosebi sunt acelea cu influență asupra secreției biliare — printr'o creștere a cantității de bilă — și asupra peristaltismului musculaturei căilor biliare.

Scopul urmărit ar fi producerea unei mari cantități de bilă care acumulându-se cu o presiune din ce în ce mai intensă ar deplasa calculul în caz de litiază biliară; în acelaș timp prin drenajul efectuat s'ar evita infecția ascendentă cholangetică. Presiunea e însă cu totul insuficientă pentru a deplasa vr'un calcul (*Stadelman*), deoarece o mare parte din bilă se resoarbe prin limfaticile peretului choledocian cum vom arăta imediat.

Pentru a cunoaște modul de acțiune a substanțelor ce intră în compoziția *Felagol*-ului e necesar să amintim câteva date asupra fiziopatologiei vesiculei biliare și asupra secreției externe pancreatice.

Astfel se știe că vesicula biliară prezintă din punct de vedere farmacodinamic o triplă funcțiune: de concentrație și absorbție, de secreție și de contractilitate.

Funcțiunea de concentrație, strâns legată de cea de absorbție, se manifestă în primul rând asupra conținutului apei din bilă. Astfel e cunoscut faptul că în timpul stagnerii bilei în vesiculă, o mare parte din apă sa se pierde. Bila vesiculară va fi o bilă concentrată, cu o mai mare cantitate de pigmenți, săruri și lipoizi. Aceste noțiuni au fost cu greu admise de cercetători (*Mann, Demel, Brummelkamp*), din cauza disproporției dintre cantitatea de bilă secretată de ficat în 24 ore (800—1200 cmc) și volumul cavității cholecistului (30—50 cmc). Dar cu toată capacitatea ei redusă vesicula biliară își poate îndeplini rolul ei de rezervor biliar, deoarece o mare parte din secreția biliară se varsă în duoden în timpul digestiei, nerămânând în vesiculă decât cantitatea secreției dintre digestii care suferă concentrațiunea. Mai mult încă, rezervorul biliar, ca toate rezervoarele de altfel ale organismului, are o capacitate variabilă urmând anumite circumstanțe. Acestei proprietăți i s'a dat numele de *regulator al*

*presiunii*. După unii autori distensiunea sa extremă ar opri chiar secreția biliară a ficatului.

În fine cantitatea de bilă din vesiculă e mult mai importantă decât ne arată calculele lui *Mann* deoarece bila care trece prin vesiculă prezintă volumul primitiv al bilei secretate de ficat de 5—6 ori mai concentrat prin absorbția apei.

În tabloul de mai jos (*Hammersten*) sunt comparate gradele de concentrare ale bilei hepatice și cistice.

Componente	Bila ficat	Bila cholecisti	Factor de concentrare
Apa	971,40	834,70	—
Subst. solide	28,62	165,80	5,80
Mucină, pigmenți	4,88	43,14	8,85
Acizi cholici, alcaline	12,19	92,18	7,50
Cholesterină	1,24	9,28	7,50
Lecitină, grăsimi	1,00	6,02	6,00
Acizi grași din săpunuri	1,20	10,78	9,00
Săruri solubile	7,30	2,95	2,50
„ insolubile	0,32	2,29	7,00

Din datele acestui tablou nu ne putem îndoi de capacitatea de resorbție a cholecistului. Întrebarea ce se pune e că dacă ar exista o inflamație, această capacitate s'ar extinde și asupra celorlalte componente ale bilei? După *Aschoff, Bacmeister* și alții ar exista pe lângă o absorbție a pigmenților biliari și o alta de către mucoasa vesiculei biliare pentru grăsimile neutre și cholesterină.

Rolul secretor al vesiculei biliare s'ar evidenția prin favorizarea trecerii grăsimilor dedublate și a cholesterolului biliar prin epiteliul vesicular datorită intervenției mucinei și lipasei vesiculare.

Rolul contractil e desigur cel mai important. Această forță contractilă este suficientă, după experiențele lui *Chiray*, de a produce evacuarea vesiculei. Viscerografia vesiculei biliare izolate arată două feluri de contracțiuni spontane: unele, care se observă totdeauna, lente, ample și de durată lungă, ținând dela 30'—2 ore, altele mai greu de obținut, mici și frecvente, atingând ritmul de 2—3 pe minut. Contractilitatea aceasta e oarecum îndepărtată față de ceea ce s'ar petrece »*in vivo*«, de aceea ne putem conduce și de studiul cholecistografiei. Reducerea tuturor diametrelor după o injecție cholecistokinetică este evidentă. Astfel dacă pe vesiculă opacifiată prin tetralod se provoacă o contracție a ei, fie cu prânzul lui *Boyd* (gălbenuș de ou și smântână), fie cu un alt excitant (ca injecția cu lob posterior de hipofiză, 2 cmc. *Kalk* și *Schöndube*)

se poate vedea pe plăcile radiografice succesive, umbra vesiculei diminuând. Această micșorare se atribuie unei contracțiuni a musculaturii cholecistului.

Ea se află sub dependența ganglionilor automotori ce se găsesc în grosimea peretelui vesicular și pot provoca prin ei însăși contracțiunile spontane observate »*in vitro*«. Asupra acestor ganglioni își exercită acțiunea nervii extrinseci — vagul și simpaticul.

Excitarea vagului produce contrația cholecistului și relaxarea sfincterului lui *Oddi*, excitarea simpaticului produce efecte cu totul opuse. În viața fiziologică normală, contracția vesiculară este produsă printr'un reflex de origine duodenală, în momentul digestiei. Sub impulsia lui, bila acumulată între două mese este împinsă în prima porțiune a intestinului, mărind puterea digestivă a sucului duodenal. Refluxul duodenal e condiționat de trecerea transduodenală a albumoselor, peptonelor, grăsimilor și hidraților de carbon.

În sprijinul celor de mai sus intervine și faptul că structura vesiculei biliare este aceea a unui organ contractil. De îndată ce excităm vesicula biliară printr'un cholagog cu acțiune cholecistokinetică se produce o creștere atât a contracțiilor peristaltice cât și a celor evacuatorii. Creșterea tonusului produce uneori un adevărat spasm, o tetanizare a vesiculei biliare de durată lungă.

Aceste observații au fost o confirmare a teoriei care socotește cholecistul ca un organ concentrant. Mecanismul secreției biliare în raport cu activitatea cholecistului ar fi următorul: bila produsă de ficat ajunge prin ductul cistic în cholecist, care se umple treptat. Dacă sfincturul lui *Oddi* se deschide — de exemplu sub influența alimentelor — o parte din bila înmagazinată și îngroșată în colecist poate ajunge din nou în choledoc și de acolo în duoden. Cele mai puternice excitante care declanșează acest mecanism — în afară de hrana obișnuită — sunt hipofiza posterioară, sulfatul de Magneziu și gălbenușul de ou în smântână. Golirea aceasta mai este favorizată de tonusul musculaturii intestinale, de elasticitatea pereților cholecistului, de presiunea intraabdominală, etc.

Prin ajutorul alimentației sau medicației putem accelera sau reduce scurgerea bilei în duoden, după cum vom influența contractilitatea vesiculei biliare. În experiențele pe animale cantitatea bilei crește îndeosebi după carne, după care vin în ordine descrescând grăsimile și hidrații de carbon. Tot experimental s'a observat că o sporire a cantității și o micșorare a concentrării bilei ce se scurge în duoden, determină o scădere a durerilor. Astfel la un câine de 4—5 kgr. după ingestia de 100 gr. carne s'a observat o sporire a secreției biliare cu aproape 115% în 24 ore. Această

secreție a fost stimulată prin albumină în general. Nu merge concomitent cu aceea a aportului de albumină decât până la un anumit maxim, dincolo de care o sporire a aportului nu mai determină o sporire a efectului.

Grăsimile ca și extractele de carne prezintă de asemenea o acțiune biliară intensă. Experiențele lui *Stepp* și *Düttmann*, *Ramond*, *Borcescu* și *Zizine*, prin instilarea a 20—30 cmc. untdelemn în duoden, au arătat contracții puternice ale vesiculei biliare cu o abundentă cantitate de bilă.

Hidrații de carbon au efecte mai slabe. Probabil că și aici rolul preponderent îl au substanțele albuminoide cuprinse în ele. Condimentele (ceapa, piperul, papricașul) au un slab efect cholagog. Ingestiunea de lichide influențează de asemenea cantitatea de bilă secretată. O ingestie mai abundentă sporește cantitatea, dar micșorează contracțiunea bilei.

Influența unui aliment se poate constata abia la 3—4 ore de la ingerare. Există observațiuni relative la influența orelor din cursul zilei și a temperaturii asupra secreției biliare.

Ingestiunea acizilor sau peptonei determină numai o slabă sporire a secreției biliare. Apa, sarea de bucătărie, bicarbonatul de Na și glicerina nu determină nici o creștere. Cea mai puternică influență asupra secreției biliare o exercită însăși bila, respectiv sărurile sale. Le vom considera ca stimulente naturale ale secreției.

Substanțele de origine minerală, vegetală sau animală cu acțiune asupra secreției și excreției biliare se pot împărți în două mari grupe, — unele care excită secreția și altele care favorizează evacuarea biliară.

Cele dintâi, cholereticile au acțiunea numai asupra celulei hepatice, pe când cholagoge propriu zise sau cholecistokineticile au proprietatea de a evacua bila aflată în căile biliare.

Distincțiunea între aceste două grupe de medicamente este adesea greu de făcut, cu atât mai mult cu cât unele din produse ar părea să acționeze în mod cu totul diferit de ceea ce se cunoaște teoretic.

Dintre substanțele ce se găsesc în *Felagol*, *Choleinatul* de Sodiu (0.10 ctg. p. o tabletă) joacă rolul unui puternic stimulent. Se înțelege de la sine că efectul cholereticelor ce cuprind acid cholic este proporțional cu cantitatea de substanțe active ce cuprind.

Secreția biliară normală, e în legătură cu o circulație biliară enterohepatică. Bila scursă în intestin e resorbită, stimulând astfel producerea unei noi cantități de bilă și eliminarea celei proaspăt formate. *Brugsch* a verificat acest fapt iar *Chabrol* a arătat experimental că volumul bilei e triplat după injecția intravenoasă a choleinatului de Na.



Secreția biliară în urma administrării choleinului de Na depinde într-o mare măsură de starea ficatului. Un ficat bolnav secretă probabil mai puțini acizi biliari decât unul sănătos.

Pe baza experiențelor, *Eppinger* susține acest fapt. Astfel pentru acest autor în cholecistită, resorbția acizilor cholici e într-o măsură mai mare, decât la o veziculă sănătoasă.

Inflamația fusese produsă prin injecțiuni cu terepentină.

Practic n'ar fi indicat de a se recomanda preparate cu săruri biliare la bolnavii cari prezintă icter prin retenție sau la acei cu prurit rebel.

*Salicilatul de Na*, ce se găsește în Felagol în proporția de 0,09 ctg. p. o tabletă, după experiențele lui *Doyen* și *Dufourt* mărește secreția biliară, comportându-se ca un choleretic adevărat. Fluidifică bila crescând cantitatea de apă ce o conține. *Steinmetzer* îl consideră ca un choleretic energic pe când *Chabrol* ajunge la concluzia că abia dublează volumul bilei secretate.

*Hexametilentetramina* — 0,05 ctg. p. o tabletă *fermentul lactic* — 0,03 ctg. sunt considerate ca substanțe cu acțiune desinfectantă asupra căilor biliare și intestinului. O mare parte din urotropină descompunându-se se elimină prin bilă, astfel încât această acțiune a sa este explicată.

Substanțele vegetale — *menta* (0,05 gr. oleu de mentă p. o tabletă) — produc o cantitate de bilă de 3—4 ori mai mare după 1/2 oră dela introducere. Această acțiune se pierde după interval de o oră. Este un choleretic vegetal. *Schreiber* și *Hermann* cu sonda duodenală la om, au constatat și o acțiune cholagogă a oleului de mentă piperită. Rolul acestei substanțe e numai adjuvant, sprijinind efectul terepentinei, al choleinatului de sodiu.

Medicația choleretică după administrarea de Felagol demonstrată prin creșterea secreției biliare în mod evident, stabilește un adevărat drenaj hepatic. Este utilă în a lupta contra consecințelor unei bile prea îngroșate sau infectate sau a unei stări cholemice.

Poate fi deasemenea indicată în toate cazurile unde cholagoge sunt utile. În litiaza biliară Felagolul are proprietăți de a fluidifica bila fără a mări contracțiile vesiculei, generatoare de dureri mai mult sau mai puțin vii.

Cercetarea insuficienței pancreatice externe a fost inspirată de faptul că există o strânsă legătură între cele două insuficiențe organice — hepatică și pancreatică.

Pentru explicarea mecanismului secreției externe pancreatice *Baylis* și *Starling* au întreprins o serie de cercetări și au ajuns la concluzia că acizii, pun în

libertate o substanță activă pe care au numit-o secretină. Aceasta este dusă la pancreas pe cale sanguină și are rol excitant. Părerea a fost verificată și admisă de o serie întreagă de autori fiind astăzi cea mai acceptabilă. Sucul pancreatic cules în urma injecției de secretină este identic cu cel normal, cu singura deosebire că fermenții pancreatici sunt crescuți. Prof. *Lalu* a obținut secretină cu o serie întreagă de substanțe: săruri neutre, uree, săruri biliare.

Asupra modului de acțiune a secrețiunei s'au emis trei ipoteze: după prima, secretina ar activa prin sistemul nervos intrinsec; după a doua, ea ar acționa prin modificările circulatorii locale ce le produce, iar după ultima ipoteză, acțiunea s'ar exercita chiar asupra celulei secretante.

Sucul pancreatic prezintă din punct de vedere chimic și biologic trei fermenți cu trei roluri dintre cele mai importante.

Noi am cercetat numai tripsina care are proprietatea de a digera materiile albuminoide și lipaza cu proprietatea de a digera grăsimile.

Cercetările noastre efectuate în scopul de a studia acțiunea medicamentelor de mai sus, componente ale Felagolului, au fost făcute pe un număr de 10 bolnavi cu leziuni hepatovesiculare. Pentru a ne putea da seama de rezultatele obținute prin Felagol, fiecărui bolnav i s'a făcut mai întâi proba drenajului *Meltzer-Lyon* cu SO.Mg și după 2 zile proba drenajului cu Felagol. Aceasta în scopul de a avea un termen de comparație.

Technica utilizată a fost următoarea: fiecărui bolnav i s'a făcut tubajul duodenal cu sonda *Einhorn*. După ce s'a cules bila A s'a introdus prin sondă 30 cmc. soluție SO.Mg 30%. În modul acesta s'a recoltat bila B, supusă la fel ca și bila A analizelor de laborator.

După două zile s'a utilizat aceeași tehnică introducând în locul soluției de SO.Mg soluție de Felagol (3 tablete solvite în 30 cmc apă ușor călduță). O tabletă Felagol conține 0,10 ctg choleinat de Na, 0,05 ctg. hexametilentetramin, 0,09 ctg. salicilat de Na, 0,03 ctg. succinat de benzil, 0,03 ctg. ferment lactic și 0,005 ctg. oleu de mentă piperită.

În urma introducerii soluției de Felagol se constată un aflux de bilă B cu mult mai mare decât după soluția de SO.Mg. S'a dozat în lichidele astfel recoltate, componenții bilei prin diferitele tehnici de laborator, cercetând în același timp densitatea, lipasa și tripsina.

Pentru dozarea cholesterinei s'a utilizat metoda colorimetrică cu o soluție etalon de cholesterină. Pentru pigmenții biliari aceeași metodă colorimetrică cu etalon mineral. Exprimarea s'a făcut în unități *Ehrlich* sau etalon de soluție 0,5 mmgr. % bilirubină.

Pentru determinarea densității bilei s'a utilizat principiul picnometrului, — densitatea fiind raportul unui volum de bilă și greutatea aceluiaș volum de apă distilată, reduse la presiunea 760 și la temperatura de 4°.

Pentru dozarea fermenților pancreatici s'a utilizat metoda lui *Bondi*. Ea constă în a evalua procentul de acizi grași puși în libertate prin acțiunea sucului duodenal asupra untdelemnului. Pentru tripsină s'a utilizat metoda stabilită de către *Griffon* și *Nepveux* constând în măsurarea termenului ultim de degradare a moleculei de albumină din caseina laptelui prin mărirea nucleilor fenolici.

Vom reda pe scurt foile de observație dimpreună cu analizele și cu probele efectuate.

OBS. I. — C. Gh. în etate de 21 ani, vine în serviciu pentru colorația icterică a tegumentelor și mucoaselor, turb. gastrice și o stare de rău general.

Diagnostic clinic: Hepatită icterogenă.

Examen de laborator:

a) Sânge: bilirubină 22 U. E. b) Urină: pigmenți biliari ++  
uree 0,336%, gr. săruri biliare ++

c) Bilă:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A:	Bila B:	Bila B:	Bila A:
Densitatea 1,0102	1,0174	1,0132	1,0156
Cholesterină indoz.	0,224%	0,124	0,152
Bilirubină 3,5 U. E.	16,3 U. E.	6,4 U. E.	22,4 U. E.
Lipază 4,5	2,6	2,8	14,8
Tripsină 0,116	0,204	0,104	0,142
Aspect: neomogen turbure		limpede	limpede

Concluzie: După Felagol se observă o scădere a cholesterinei, o creștere a bilirubinei și lipazei.

OBS. II. — D. M. în etate de 17 ani se internează în clinică pentru colorația galbenă a tegumentelor, greață, anorexie; scaunele ușor decolorate, punctul cistic dureros.

Diagnostic: hepatită icterogenă.

Examen de laborator:

a) Urina: pigmenți biliari ++  
săruri biliare +  
urobilina crescută

b) Bilă:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A	Bila B.	Bila A:	Bila B:
Densitat. 1,0146	1,0214	1,0142	1,0174
Cholest. indoz.	0,386	indoz.	0,316
Bilirubina 2 U. E.	18,40 U. E.	8,6 U. E.	36,8 U. E.
Lipaza 6,4	24,2	4,6	16,2
Tripsina 0,108	0,186	0,112	0,114
Aspect: turbure omogen	turbure	limpede	limpede

Concl.: Ușoară creștere a densității, creștere importantă a bilirubinei și lipazei, mai puțină a tripsinei. Se observă o clarifiere a aspectului bilei.

OBS. III. — S. I. în etate de 26 ani vine în clinică pen-

tru colorația icterică a tegumentelor și cefalee. Maladia de 2 săpt. cu început insidios, ficat ușor mărit și dureros.

Diagnostic: Hepatită icterogenă.

Examen de laborator:

a) Sânge: bilirubina 14 U. E. b) Urină: pigm. biliari prez.  
urobilina f. cresc.  
săruri biliare prez.

c) Bilă:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A:	Bila B:	Bila A:	Bila B:
Densitate 1,0114	1,0206	0,0108	1,0178
Cholest. indoz.	0,168	indoz.	0,174
Bilirubină 4,2 U. E.	18,5 U. E.	7,6 U. E.	28,2 U. E.
Lipaza 14,5	24,8	14,8	16,2
Tripsină 0,124	0,174	0,130	0,156
Aspect: limpede	turbure	limpede	limpede

Concl.: O creștere a densității, a cholesterinei, bilirubinei, lipazei și tripsinei.

OBS. IV. — I. N. în etate de 42 ani vine în clinică pentru anorexie, greață, vărsături, constipație și colorarea icterică a tegumentelor. În urmă cu trei ani a prezentat colici hepatice care s'au repetat aproape tot timpul. Dureri în hipocondru în deosebi localizate în punctul cistic. Urinele de culoarea berei, scaunele decolorate. Afebril. Cholicistografia arată prezența calculi în vesiculă.

Diagnostic clinic: cholelitiază.

Examen de laborator:

a) Sânge: bilirubina 32 U. E. b) Urina: pigm. bil. doz.  
cholesterina 2,368  
săruri bil. prez.  
urobilina f. cresc.

c) Bilă:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A:	Bila B:	Bila A:	Bila B:
Densitate 1,0108	1,0138	1,0134	1,0138
Cholesterina indoz.	indoz.	indoz.	indoz.
Pigm. biliari 2,5 U. E.	12,5 U. E.	23 U. E.	24,5 U. E.
Lipaza 2,4	18,6	4,6	12,3
Tripsina 0,108	0,182	0,112	0,202
Aspect: turbure	turbure		

Concl.: Se observă o acțiune excitantă asupra secreției externe a pancreasului, lipaza și tripsina fiind dublate.

OBS. V. — S. S. în etate de 62 ani vine în clinică pentru dureri în hipocondrul drept, colorația icterică a tegumentelor, conjunctivelor. Boala debutează cu o lună în urmă prin anorexie, desgust pentru alimentele grase, senzație de greață. Scaunele decolorate, tegumentele și mucoasele galbene.

Diagnostic: hepatită icterogenă.

Analize de laborator:

a) Sânge: bilirubina 26,5 U. E. b) Urină: pigm. biliari doz.  
cholesterina 2,28%  
săruri bil. prez.  
urobilina f. cresc.

c) Bilă:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A:	Bila B:	Bila A:	Bila B:
Densitate 1,0236	1,0314	1,0174	1,0286
Cholester. indoz.	0,247	indoz.	indoz.
Bilirubină 12,5 U. E.	28 U. E.	10,8 U. E.	32,5 U. E.
Lipaza 8,6	14,6	6,3	6,4

# THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

*maladia reumatismală cronică  
și sindromele sale dureroase*

## COMPRIMATE

*carențe de sulf  
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE  
INJEȚIUNI INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ  
FĂRĂ REACȚIUNI

# NAÏODINE

(A)

INTRAMUSCULARĂ  
TOATE  
ALGIILE



(B)

INTRAVENOASĂ  
NEVRAXITE  
ȘI URMĂRILE LOR  
ALGII REBELE

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. — București I. Str. Sf. Ionică No. 8

Tripsina 0,120 9,214 0,108 0,186  
Aspect: turbure limpede turbure clar

Concl.: Se observă o creștere a bilirubinei după administrarea de Felagol.

OBS. VI. — N. C. în etate de 46 ani vine pentru icter. Maladia debută cu două zile în urmă. Bronșitic vechiu.

Diagnostic: hepatită icterogenă.

Examen de laborator:

a) Urina: pigmenți biliari doz. urobilină crescută

b) Bila:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg		Proba cu Felagol	
Bila A:	Bila B:	Bila A:	Bila B:
Densitatea 1,0185	1,0246	0,0126	1,0184
Cholesterina 0,148	0,346	0,124	0,220
Bilirubina 7 U. E.	28,5 U. E.	6,5 U. E.	32,5 U. E.
Lipaza 2,6	7,4	3,2	16,2
Tripsina 0,116	0,246	0,108	0,146
Aspect: turbure	limpede	turbure	limpede

Concl.: Se remarcă după Felagol o creștere a cholesterinei, bilirubinei și lipazei.

OBS. VII. E. M. în etate de 26 ani vine în serviciul pentru colorația galbenă a tegumentelor. Maladia durează de 7 zile debutând cu dureri în epigastru după care începe icterul.

Diagnostic clinic: hepatită icterogenă.

Analize de laborator:

a) Sânge: bilirubină 4,5 U.E. b) Urină pigm. biliari dozabili  
cholesterină 1,95 săruri bil. prezente  
urobilina crescută

c) Bila:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg.		Proba cu Felagol	
Bila A	Bila B	Bila A	Bila B
Densitatea 1,0208	1,0216	1,0172	1,0206
Cholest. indoz. 0,108		indoz.	indoz.
Pig. bil. 18,5 U. E.	28,5 U. E.	38,10 E. E.	38,2 U. E.
Lipaza 2,8	12,4	3,2	24,8
Tripsina 0,106	0,214	0,112	0,214
Aspect limpede	limpede	limpede	limpede

Concl. O acțiune favorabilă în ceea ce privește insuficiența pancreatică externă — creșterea lipazei și tripsinei.

OBS. VIII: P. M. în etate de 19 ani, vine pentru amețeli, astenie și colorația icterică a tegumentelor. Debutul maladiei cu trei zile în urmă prin desgust pentru alimente grase, anorexie, vărsături.

Diagnostic: hepatită icterogenă.

Analize de laborator:

a) Urină: pigmenți biliari dozabili  
săruri biliare prezente  
urobilina crescută.

b) Bila:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg.		Proba cu Felagol	
Bila A	Bila B	Bila A	Bila B
Densitatea 1,0214	1,0216	1,0136	1,0146
Cholest. indoz.	indoz.	indoz.	indoz.
Bilirubină 2,5 U. E.	16,5 U. E.	8,5 U. E.	28 U. E.
Lipaza 4,8	16,6	2,50	14,9

Tripsină 0,96 0,128 0,102 0,224  
Aspect: turbure turbure turbure limpede

Concl. O creștere mare a bilirubinei, lipazei și tripsinei.

OBS. IX: — S. M. în etate de 45 ani, vine pentru icter și dureri abdominale. Debut în urmă cu 8 zile după o masă copioasă.

Diagnostic: Icter catharal.

Examen de laborator:

a) Sânge: bilirubină 24,4 U. E. b) Urină: pigmenți biliari prezent  
săruri biliare prezent  
urobilina crescută

c) Bila:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg.		Proba cu Felagol	
Bila A	Bila B	Bila A	Bila B
Densitatea 1,0166	1,0166	1,121	1,0132
Cholest. indoz.	indoz.	indoz.	indoz.
Pigm. Bil. 18,5 U. E.	22,5 U. E.	16,5 U. E.	23,5 U. E.
Lipaza 0,60	1,10	0,60	1,10
Tripsină 0,084	0,122	0,102	0,122
Aspect: limpede	limpede	limpede	limpede

Concl. O creștere a pigmenților biliari, a lipazei și a tripsinei.

OBS. X: V. E. vine în clinică pentru colorarea tegumentelor, dureri în hipocondrul drept, greață și vărsături.

Boala a debutat cu o lună înainte cu dureri în hipocondrul drept, greață, vărsături și debilitate.

Diagnostic clinic: hepatită icterogenă.

Examen de laborator:

a) Urina: pigmenți biliari dozabili  
săruri biliare prezente  
urobilina crescută

b) Bila:

Proba cu SO <sub>4</sub> Mg.		Proba cu Felagol	
Bila A	Bila B	Bila A	Bila B
Densitatea 1,0204	1,0345	1,0186	1,0252
Cholest. indoz.	0,246	indoz.	0,186
Pigm. Bil. 8,5 U. E.	16,5 U. E.	6 U. E.	32,4 U. E.
Lipaza 3,5	12,7	4,8	12,6
Tripsină 0,102	0,136	0,122	0,224
Aspect: turbure	turbure	turbure	turbure

În concluziune: Din studiul acestor observațiuni reiese faptul că substanțele ce compun bila vesiculară prezintă după administrarea de Felagol pe cale duodenală:

1. o scădere a densității în 8 cazuri din 10, o fluidificare a bilei;

2. o creștere a cantității pigmenților biliari, care uneori ajunge la dublu față de ceea ce se obține prin SO<sub>4</sub>Mg;

3. nici o modificare asupra procentului cholesterinei, (în cinci cazuri e ușor scăzut, în alte cinci cazuri e nemodif cat).

Asupra secreției pancreatice externe se observă:

a) o scădere a lipazei în 5 cazuri, o creștere în 3 cazuri, nici o modificare în alte 2 cazuri;

b) un paralelism din partea tripsinei care se comportă la fel cu lipaza.

Felagolul prin componenții săi se prezintă astfel ca un medicament cu o dublă acțiune: choleretică și slab cholecistokinetică.



### CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE HEMICHOREE SIMPTOMATICĂ TRECĂTOARE LA BĂTRÂN\*)

De:  
Dr. PETRU GRAUR  
medic secundar la serv. de boli interne.  
Spitalul de Stat Brăila

Iar *Déjerine*, citează un caz de hemichoree survenită în urma unei hemipareze, dar care se atenuiază treptat și dispăre aproape complet.

Explicația evoluției acestui caz de hemichoree simptomatică, stă în natura leziunii. După Jackson ar fi o embolie a arterelor ganglionilor optostriați. Ipoteza unui sindrom infecțios, după cum spune *Babonneix*, că orice infecție poate determina choreea, o putem exclude în cazul nostru.

Profesorul *Parhon* pune în legătură choreea cu paratiroidale iar Prof. *Marinescu* cu hipocalcemia. Unii autori spun că ar fi unele intoxicații, cum ar fi alcoolismul. *Hamburger* admite o perturbare de natură endocrină în regiunea centrilor subcorticali.

*Turner*, *Silvestri* și *Daddi*, au semnalat leziuni ale scoarței cerebrale în zona motrice. *Méry* și *Babonneix*, au descoperit leziuni celulare la nivelul corpilor opto-striați. *Babonneix* a găsit la examene histologice, tromboze venoase, hemoragii punctiforme, infiltrații oedematoase a tecelor perivascularare, noduli infecțioși. Hemichoreea este atribuită inhibiției funcțiilor regiunilor opto-striați, juxta-striați și cortexului frontal, care țin sub dependența lor tonusul muscular cu supresiunea mișcărilor involuntare. Deci din punct de vedere al fiziologiei patologice, după *Langeron*, ar fi un fenomen de liberațiune și nu de excitație a unei funcțiuni, ca aceea a regulării motrice voluntare, automate sau reflexe. Vârsta bolnavului, apariția relativ bruscă a fenomenelor, limitarea lor strictă la o jumătate de corp, hipotonia reziduală, pledează pentru o leziune în focar, limitată, vasculară. A preciza natura leziunii vasculare, e foarte greu; poate fi o mică hemoragie care să se fi resorbit, sau poate fi un spasm,

\*) Continuare din No. 7, de unde această parte a articolului a rămas afară din cauza unei erori de paginație.

# Digilanatum

Preparat care conține Genuini glicozizi A. B. C. din *Digitala lanata*.

## Cardiotonicum. Diureticum.

Se poate întrebuința în toate cazurile de insuficiență cardiacă.  
Soluție titrată pe cale biologică.

# E r i n g o l

Expectorant cu conținut de Saponine-Ephedrină, Bromoform.  
In cazuri de *Perussis*, asthmă, bronșită.

# Neotonicum

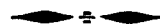
Siroop cu gust agreabil, conținând: Glycerofosfat de Calciu, vitamine C și B, Fer și catalizatorul Cupru. Se întrebuințează în cazuri de Anemie, Anemie pernicioasă, neurastenii, reconvalescență etc.

LABORATOR Dr. FERENCZ A. Cluj str. Axente Sever 14

care să amplifice efectele unei mici leziuni preexistente. În ceea ce privește topografia lezională în cazurile de hemichoree, majoritatea cazurilor verificate anatomic, pledează pentru leziuni ale striatului, singure sau concomitent cu leziuni în pedunculul cerebelos superior, talamus, nucleul roșu, centri sub-talamici în general, sau în fibrele lor de legătură.

*Kleist*, arată importanța Talamutului, ca centru al căilor sensitive. Acest centru trimite prin fibrele talamo-striate impulsuri la centrul mișcărilor automate și de coordonație. (*C. Striat*). Dela corpul striat merg fibrele spre nucleul ruber și măduva spinării. Dela creierul mic, merg fibrele reglatoare prin brachea conjunctivă spre nucleul ruber. În tot acest sistem, pot surveni întreruperi, care condiționează turburări de motilitate. Cu cât focarul e mai aproape de corpul striat, cu atât mișcărilor sunt mai intense.

În cazul Prof. *Fraguito*, clinicește asemănător cu cazul citat, s'a găsit o leziune unilaterală a putamenului și nucleului caudat de partea opusă hemichoreei și leziuni bilaterale mai puțin importante în talamus.



## COMPTE RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 8—1939

Prof. Dr. D. MICHAIL et Dr. LAVINIA RUSU  
**Les méningoblastomes optico-orbitaires.**

Les auteurs ayant eu l'occasion d'étudier deux cas très rares de méningoblastomes optico-orbitaires, ont cherché à présenter une mise au point synthétique de la question, en la mettant d'accord avec les nouvelles conceptions histogénétiques des tumeurs méningées primitives. A cette occasion ils attirent l'attention sur la fréquence des malformations squélettiques orbitaires au cours des néoplasies méningéales optiques et sur leur importance comme facteur de liaison entre les méningoblastomes optiques et la neurofibromatose de Recklinghausen. En montrant que l'affection manifeste d'habitude son existence au voisinage de la puberté ou de la ménopause, ils n'excluent pas l'influence des facteurs hormonaux sur l'apparition de la néoplasie. En admettant la division classique de ces tumeurs optiques en extradurales et intradurales, ils affirment en même temps que cette division doit être regardée comme relative et exprimant plutôt la direction dominante de l'extension néoplasique. Des facteurs mécaniques et peut-être aussi d'autres moins connus pourraient diriger le sens de cette extension. Quant au mécanisme de l'apparition des calcosphérites, malgré les nombreuses théories qui cherchent à les expliquer, ils l'attribuent à la prolifération des meningoblastes elles-mêmes et à leurs propriétés sécrétoires. En analysant le pronostic de ces néoplasies, ils constatent qu'elles ne provoquent jamais des métastases, qu'elles ne récidivent jamais après l'extirpation, tant qu'elles sont cantonnées au segment orbitaire du nerf optique et que la plupart parmi ces tumeurs qui ont été regardées comme des récidives locales, ou comme l'expression d'une propagation vers le crâne, doivent être considérées plutôt comme des manifestations optico-orbitaires secondaires aux méningoblastomes basillaires.

Prof. Dr. V. PAPILIAN et Dr. V. PREDA: **Recherches expérimentales sur la modification des groupes sanguins en vitro.**

Les auteurs ont réussi de modifier les groupes sanguins par des substances pharmacodynamiques utilisées dans l'étude du système végétatif. Ils arrivent ainsi à la conclusion d'existence de deux groupes sanguins primaires: le groupe A et B. Les autres groupes dériveraient de l'augmentation ou de la diminution de l'agglutinabilité des groupes primaires.

Dr. C. V. ANTONESCO et Dr. D. BUCHERU:

**Recherches expérimentales pharmacodynamiques avec la chlorure de carbaminoilcholine — Doryl Merck. L'influence sur l'action de l'adrénaline, de l'atropine, de la pilocarpine et de l'ergotine.**

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes: La chlorure de carbaminoilcholine n'excite pas le système sympathique; elle diminue l'excitabilité du système sympathique envers l'adrénaline; elle empêche la production de la syncope adréralino-chloroformique; après son administration l'atropine ne peut plus favoriser la production de la syncope adréralino-chloroformique; elle vainc l'action paralysant de l'atropine sur le système parasympathique; elle empêche l'action ultérieure de la pilocarpine, mais son action n'est pas empêchée par la pilocarpine; elle paralyse le spasme vasculaire déterminé par l'ergotine.

Dr. EMANUEL MANEA et Dr. V. LECCA: **Considérations sur un cas de grossesse ectopique abdominale secondaire.**

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans enceinte pour la cinquième fois et dont les premiers mois de la grossesse avaient été normaux. A deux mois apparaissent de vives douleurs abdominales, et l'abdomen augmente rapidement de volume.

Au 5-ème mois surviennent des métrorrhagies qui obligent la femme d'entrer à l'hôpital. A ce moment l'abdomen est irrégulièrement grandi et on sent au toucher une masse dure et sensible et le col est perméable.

A l'intervention, on trouve au milieu d'adhérences un Kyste foetal, d'où on extrait un foetus qui mesure, 20—21 cm. de long. La poche est réséquée et on draine l'abdomen au Miculicz.

Les suites furent favorables. En pareil cas les erreurs de diagnostic sont possibles mais les interventions sont indiquées.

Dr. E. BOER: **Contributions au traitement de Gonorrhoe à l'aide d'Uliron.**

L'auteur donne un résumé des principales publications concernant le traitement de la blennorrhagie avec l'Ulirone. Il signale ses propres résultats: 21 cas subaigus et chroniques ont été traités avec l'Ulirone; 96 p. c. ont pu être guéris en 5 à 35 jours. En moyenne deux cures d'Ulirone étaient suffisantes. Trois cas ont répondu à une cure et quatre cas à trois cures.

Dr. C. STRAT et Dr. V. DIMITRIU: **Le drainage des voies biliaires et la sécrétion externe du Pancreas après l'administration du Felagol.**



Prin badijonare cu

# MYKOCID

(Jodo-phenol-trichloroxyaethanol-dioxybensol-formolfuxin-borat)

se acționează în mod eficace, asupra  
tuturor **DERMATOZELOR MICOTICE**

Indicațiuni:

Trichofitiile superficiale și profunde ale pielei glabre și păroase.  
Epidermofitiile inghinale, axilare, submamelonare, interdigitale,  
intertriginoase și dishidrotice.

Pitiriază versicoloră, eritasmă, eczemă marginată, favusul, mi-  
crosporia și onichomicozele.

Un preparat:

**HYGEA S. A. R. CLUJ**

LABORATOR PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE  
STR. CERNĂUȚI No. 9.

**UN PRODUS  
CHIMICO-TERAPEUTIC  
AZO-SULFONAMIDIC**

0,30 gr.

# SULFAZOL

TABLETE PENTU UZUL INTERN

0,20 gr. Chlorhidrat de sulfonamido-chrisoidină

0,10 „ p—Aminobenzen-sulfonamidă

0,30 gr. pe tabletă.



Indicat în:

**Afecțiuni streptococice, stafilococice și colibacilare**

SCARLATINĂ  
ENDOCARDITĂ LENTĂ  
FEBRĂ PUERPERALĂ

IRIDO-CICLITE, etc.

AVORTURI SEPTICE  
FACERI COMPLICATE  
TROMBO-FLEBITE

AMBALAJE:

TUBURI cu 10 și 20 tablete

CUTIE cu 100 tablete (Spital)

**HYGEA S. A. R. CLUJ**

LABORATOR PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE  
STR. CERNĂUȚI No. 9.

Les auteurs ont étudié l'action du Felagol sur la sécrétion externe du foie et du pancréas. En général, il a été constaté une dilution de la bile et une augmentation de son contenu en pigments biliaires. La cholestérinémie est restée sans modification. La lipase pancréatique a été trouvée diminuée dans 5 cas, augmentée dans 3 cas et sans modification dans 2 cas. Le Felagol a une double action: Cholérétique et légèrement cholecystocinétique.

## GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

### No. 8—1939.

#### Prof. Dr. D. MICHAÏL und LAVINIA RUSU: Über optico-orbitale Meningoblastome.

Die Autoren, die Gelegenheit hatten, zwei sehr seltene Fälle von optico-orbitalem Meningoblastom zu beobachten, versuchen die Synthese dieses Problems zu klären und sie mit den neuesten Annahmen der Histogenese der primären Tumoren der Hirnhäute in Einklang zu bringen. Bei dieser Gelegenheit weisen sie auf die Häufigkeit von Missbildungen des knöchernen Gerüstes der Augenhöhle im Verlaufe von meningealen Neubildungen des Opticus und auf ihre Wichtigkeit als verbindendem Faktor zwischen optischen Meningoblastomen und Recklinghausen'scher Neurofibromatose hin. Sie betonen, dass diese Affektion vorwiegend kurz vor der Pubertät oder Menopause erscheint und schliessen einen auslösenden Einfluss hormonaler Faktoren bei dem Auftreten der Neubildung keineswegs aus. Sie rechtfertigen die klassische Einteilung dieser Tumoren in extradurale und intradurale, doch sind sie der Meinung, dass diese Einteilung nur als relative zu bezeichnen ist und im Allgemeinen nur die dominierende Richtung angibt, in welcher sich die Neubildung weiter ausbreitet. Mechanische und andere, noch unbekannte Faktoren können hiebei eine Rolle spielen. Was den Mechanismus der »Calcospheriten« (Psammonkörperchen, Sandkörperchen) betrifft, so zählen die zahlreichen Theorien, welche sie zu erklären suchen, diese einer Proliferation der Meningoblasten selbst und ihrer Sekretionsfähigkeit zu. Indem die Autoren auf die Prognose dieser Neubildungen eingehen, stellen sie fest, dass sie nie Metastasen bewirken und nach der Exstirpation auch nie recidivieren, solange sie auf das Orbitalesegment des Nervus opticus beschränkt sind. Der grösste Teil dieser Tumoren, welche als lokale Recidiven oder als der Ausdruck eines Fortschreitens gegen den Schädel bezeichnet worden

waren, müssen in Wirklichkeit als sekundäre, optico-orbitale Manifestationen von Meningoblastomen der Schädelbasis angesehen werden.

#### Prof. Dr. V. PAPILIAN und Dr. V. PREDA: Experimentelle Untersuchungen bezüglich der Veränderungen der Blutgruppen in vitro.

Den Autoren gelang es, die Blutgruppen mit Hilfe von pharmakodynamischen Substanzen zu verändern, welche bei dem Studium des vegetativen Systemes gebraucht werden. Sie gelangen demnach zu dem Schlusse, das es nur zwei primäre Gruppen, nämlich die Gruppe A. und die Gruppe B. gibt. Die anderen Gruppen resultieren aus der Erhöhung oder Verminderung der Agglutinierungsfähigkeit der primären Gruppen.

#### Dr. C. V. ANTONESCU und Dr. D. BUCHERU: Experimentelle pharmakodynamische Versuche mit Carbaminoilcholinnatrium-Doryl Merck. Einfluss auf die Wirkung von Adrenalin, Atropin, Pilocarpin und Ergotin oder Ergotamin.

Die Autoren setzten ihre Versuche mit Doryl Merck fort und untersuchten seinen Einfluss auf obige Substanzen. Sie gelangen zu folgenden Schlüssen: Das Carbaminoilcholinnatrium erregt das sympathische System nicht. Es verhindert das Auftreten der Synkope durch Adrenalin-Chloroform. Nach Doryl-gabe kann Atropin das Auftreten der Synkope nicht mehr begünstigen. Das Doryl beseitigt die paralyisierende Wirkung des Atropins auf den Vagus und das parasympathische System. Es verhindert die nachträgliche Wirkung des Pilocarpins. Pilocarpin ist jedoch nicht im Stande, die Wirkung von Doryl zu verhindern.

Carbaminoilcholinnatrium paralyisiert den durch Ergotin oder Ergotamin verursachten Gefässspasmus und besitzt eine spasmolytische Gefässwirkung.

#### Dr. EMANUEL MANEA und Dr. V. LECCA: Beiträge über einen Fall von ungewöhnlicher Form einer extrauterinen Schwangerschaft.

Es handelt sich um eine 35-jährige Frau, die zum 5-ten Male entbindet. Die Schwangerschaft wurde in den ersten Monaten gut vertragen. Am Ende des zweiten Monats traten heftige abdominale Schmerzen auf, die nach Bettruhe geringer wurden. Im fünften Monate kam es auch zu Metrorrhagien, welche die Frau veranlassten, das Spital aufzusuchen.

Bei der Aufnahme ist das Abdomen unverhältnismässig vergrössert und zeigt unregelmässige Umrisse. Bei der vaginalen Untersuchung fühlt man einen harten, schmerzhaften Tumor; der Uterushals ist

durchgängig. Bei der Operation findet sich in der Mitte von Verwachsungen eine fötale Cyste. Aus dieser lässt sich ein 20—21 cm. langer Fötus extrahieren. Die Cyste wurde reseziert; Drainage nach M. Kulicz. Der postoperatorische Verlauf war günstig. Die Autoren gelangen zum Schlusse, dass in solchen Fällen diagnostische Irrtümer möglich sind und die einzig richtige Behandlung ein chirurgischer Eingriff ist.

### Dr. E. BOER: Beiträge zur Behandlung der Gonorrhoe mit Uliron.

Verfasser führt die wichtigsten Arbeiten über die Behandlung der Gonorrhoe mit Uliron an und berichtet über die eigenen Resultate. Es wurden 21 subakute und chronische Fülle mit Uliron behandelt von denen 96% in kurzer Zeit (5—35 Tagen) geheilt wurden. Im Durchschnitt genügten 2 Uliron-Stösse, in 3 Fällen 1 Stoss und in 4 Fällen 8 Stösse.

### Dr. C. STRATT und Dr. V. DIMITRIU: Die Drainage der Gallenwege und die äussere Pankreassekretion nach Anwendung von Felagol.

Verfasser haben die Wirkung des Felagol auf die äussere Sekretion der Leber und des Pancreas untersucht. Es wurde im allgemeinen eine Verdünnung der Galle, die Erhöhung des Gallenfarbstoffgehaltes beobachtet. Der Blutcholesterinwert blieb unverändert. Der Liposegehalt war in fünf Fällen gesunken, in 3 Fällen erhöht und blieb in 2 Fällen unverändert. Felagol entfaltet eine doppelte Wirkung, eine choloretische und eine schwache cholecystokinetische Wirkung.

## SOCIETĂȚI MEDICALE

### SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ

Ședința din 22 Aprilie 1939

Prezidează: Prof. Dr. M. STURZA, președintele

#### Dr. Bodea și Dr. Gârbea: Meningită puriformă, otogenă, operată, vindecată.

Canu Gh. de 23 ani, soldat, a fost adus la consultațiile Clinicii noastre în ziua de 25 Februarie 1939, de la Spitalul Militar, prezentând simptome de meningită otogenă.

Boala sa auriculară datează din Noembrie 1938 când în urma unei lovituri primite peste urechea stângă, aceasta a început să supureze. Tratamentul otitei pe care o prezenta a fost neglijat până în cursul lunii Ianuarie 1939, când a fost internat în spitalul Alba-Iulia, apoi în Spitalul Militar din localitate. Din 16 Februarie bolnavul are temperatură ridicată (38°—39°), dureri auriculare și o cefalee puternică. Starea bolnavului devenind din ce în ce mai gravă este adus la clinica noastră. La

prezentarea sa în clinică, bolnavul prezintă semnele clinice ale unei meningite: rigiditatea pronunțată a cefei, Kernig pozitiv, temperatura 39°, cefalee puternică însoțită de o stare de apatie generală.

Urechea stângă prezintă un conduct bocat de puroiu, după ștergerea căruia apare timpanul cu o perforație anterioară. Mastoidea nu era dureroasă la presiune.

Urechea dr. normală. Prezența o surditate de transmitere la st. fără nici un semn de labirintită.

I se practică o puncție lombară; lichidul cefalo-rachidian iese sub tensiune și este turbure intens.

1. Buletinul de analiză: polinucleare (106 pe mm) — germeni patogeni nu sunt.

Bazându-se pe simptomele de mai sus, se pune diagnosticul de meningită otogenă și se decide intervenția care se practică în aceeași zi de către dl Prof. Buzofanu și Dr. Bodea. Se face o evizare petro-mastoidiană cu descoperirea largă a durei cerebrale și cerebeloase și a sinusului lateral. În celulele mastoidiene era un mucus filant albicios dând impresia unei secreții mucoase. Sinusul lateral avea aspectul normal. Dura cerebrală era ușor congestionată. Descoperirea durei cerebrale și cerebeloase se face pe o întindere foarte mare. Neîntind nici un semn de labirintită labirintul nu se deschide.

Imediat după operație se instituie bolnavului și tratamentul sulfamidat. I se administrează per os septolix primele două zile câte 16 tablete apoi se scade zilele următoare la 10, 8, 6 și 3 zilnic, câteva zile încă după ce temperatura revine la normal.

În primele zile pe lângă pansamentele plăgii i se făceau puncții lombare pentru drenajul spațiilor sub arahnoidiene. Lichidul se clarifică încet însă continuu. A cincea zi lichidul era clar complet. Temperatura scade progresiv pentru a ajunge la normal după o săptămână dela operație. Rigiditatea cefei a dispărut și ea complet a șasea zi.

Din ziua 10-a nu i se administrează bolnavului nici un medicament ci i se fac numai pansamentele plăgii mastoidiene.

Aplicarea derivatelor sulfamidate neaprice ca adjuvant al tratamentului chirurgical al meningitelor otogene a schimbat complet pronosticul lor atât de grav de până acuma. Numeroase cazuri de vindecări sunt publicate, mai ales în Franța, începând din primăvara anului 1938 când Martin și Delannay au raportat primele cazuri de meningite purulente cu streptococi vindecate prin sulfamida 1162 F. După ei o întreagă pleiadă de autori (Pinar și Maduro, Halphen Martin și Bignotti, Monionquet și Lemaitre, Ombredanne, Hubert și Girard, etc.) înregistrează succese prin asocierea tratamentului chirurgical cu cel sulfamidat.

În clinica O. R. L. din Cluj acest tratament s'a încercat până acum la 3 cazuri de meningite otogene, obținând în toate trei vindecarea bolnavilor.

Tratamentul meningitelor otice trebuie să fie chirurgical și medical. Cel chirurgical are ca scop suprimarea focarului septic auricular care a produs infecția spațiilor subarahnoidiene (în cazul meningitelor labirintogene trebuie trepanat și labirintul).

Tratamentul medical constă exclusiv din administrarea sulfamidei care trebuie dată în doze masive la început ca să julezeze infecția. Autorii francezi administrează sulfamida per os 8—10 gr. pe zi în primele zile, 15 ctr. per Kgr. la copii și injecții intrarachidiene 10—30 cm. cu o soluție de 0,85%. Noi în clinică, neavând soluție de sulfamidă am administrat numai per os cu rezultate totuși mulțumitoare.

Când ameliorarea este netă se diminuează doza și înăsa se continuă ca tratament de întreținere.

În cursul tratamentului cu doze mari se observă de cele mai multe ori o cianoză câteodată foarte pronunțată, fără urmări grave însă.

Necunoscându-se încă precis incompatibilitățile acestui medicament e bine să nu se administreze bolnavilor nici un alt medicament.

Se pune întrebarea dacă tratamentul sulfamidat este necesar în tratamentul meningitelor otice puriforme cum este în cazul de față, căci intervenția operatorie care îndepărtează focarul infecțios din vecinătatea endocranului ar fi suficientă pentru vindecare. Dar nu putem avea niciodată certitudinea că am suprimat întreg focarul infecțios deoarece microbii pot fi chiar pe cale de a invadea meningele.

Părerea celor mai mulți autori este că meningitele otogene puriforme sunt tot așa de periculoase ca cele septice. Neumann spune: „nu se poate concluda că un lichid aseptic să fie totdeauna un pronostic favorabil”. Se găsesc modificări importante sau ușoare ale lichidului tot așa de bine în cazuri mortale ca și în cele vindecate.

Știind că sulfamida are puterea de a opri invazia streptococică și de a steriliza spațiile subaracnoide, este nu numai prudent, ci este o datorie de a administra sulfamida, în scop preventiv sau curativ, îndată după operație. Cazul de față cu o evoluție bună, demonstrează din nou utilitatea asocierii tratamentului chirurgical cu cel sulfamidat.

**Dr. T. Dragomir: Două cazuri recente de scleroză în plăci vindecate.**

Prezintă două cazuri de scleroză în plăci de dată recentă care au fost tratate cu injecțiuni intrarachiene de lecitină după metoda profesorului Minea.

Ambele au reacționat prompt la acest tratament prin disparițiunea rapidă și completă a turburărilor de motilitate, dispariția semnelor obiective de leziune piramidală și prin augmentarea apreciabilă a forței musculare la flexorul gambei.

Se insistă asupra acțiunii tratamentului cu lecitină, care în cazurile cu totul recente poate opri boala pe loc și prin dispariția rapidă și durabilă a fenomenelor morbide — ca și în cazurile prezentate — poate fi considerată echivalentă cu o vindecare.

**Prof. Dr. Al. Pop și Conf. Dr. Zeno Șt. Borza: Asupra unui caz de Hemangiom al reg. subclaviculare dr.**

Autorii relatează cazul unei bolnave în vârstă de 39 ani care a fost operată în 1933 în clinica II-a chirurgicală din Viena, pentru o tumoră pulsatilă ce evolua din anul 1926, cu ocazia unei sarcini.

Tumora extirpată la Viena a fost — după relatările primite dela acea clinică — un anevrism a unei ramuri a arterei axilare (toracica ant. sau mamara externă).

Imediat după operație bolnava remarcă încă o mică tumoretă la colțul extern al plăgii situat aproximativ în partea supero-internă a brațului drept. Această tumoretă a fost etichetată ca un hematoma al plăgii.

În urma acestei operațiuni a urmat o perioadă de bună stare de aproape 7 luni, când bolnava remarcă din nou dezvoltarea unei tumori ajungând în scurt timp la dimensiunea unui pumn de adult.

Tumora nu era durerăoasă și nu producea decât o jenă mecanică. În anul 1936 tumora prezintă din nou pulsațiuni mai ales în partea supero-internă, pulsațiuni ce sau extins în scurt timp asupra întregii tumori.

La examenul clinic se constată de data aceasta în afară de pulsațiunile sincrome cu pulsațiile arteriale și fremismenul vibrator.

În luna Februarie (1939) se decide o nouă intervenție, precedată de-o compresiune mecanică prin bandaj, aplicat timp de 6 zile.

Actul operator a constat din extirparea vechei cicatrice și a tumorii împreună cu o parte din mușchiul pectoral mare până la inserția sa umerală. Tumora era situată imediat sub mușchiul pectoral infiltrând o bună parte din acesta. Izolarea tumorii nu se putea face fără sacrificarea mușchiului,

Se constată deasemenea că pachetul vasculo-nervos axilar nu era prins în tumoră. Bolnava se vindecă excelent după 8 zile.

Piesa extirpată a fost examinată din punct de vedere histologic, care a arătat că este vorba de un hemangiom cu părți hemangioblastomatoase.

Autorii fac o serie întreagă de considerațiuni în legătură cu tabloul clinic al hemangiomului, cu posibilitățile de transformare în anevrism cirsoid, cu diagnosticul diferențial, precum și cu patogenia anevrismului cirsoid pe care o cred în primul rând datorită caracterului tumoral al angiomului (hemangioblastomatos) după cum arată și tabloul histologic al piesei.

**Prof. Dr. M. Kerbach: Septicemie simulând o post avortum** (apare în articol în Revista de oto-rhino laringologie).

**Dr. C. V. Antonescu și Drd. D. Bucheru: Influența clorurii de carbominoilcholină asupra acțiunii adrenalinei, atropinei, pilocarpinei, ergotinei sau ergotaminei.**

Autorii ajung la următoarele concluziuni:

1. Clorura de carbominoilcholină nu excită sistemul simpatic.
2. Clorura de carbominoilcholină diminuează excitabilitatea simpaticului față de adrenalină.
3. Clorura de carbominoilcholină împiedică producerea sincopii adrenalino-cloroformice.
4. După clorura de carbominoilcholină, atropina nu mai poate favoriza producerea sincopii adrenalino-cloroformice.
5. Clorura de carbominoilcholină învinge acțiunea paralizantă a atropinei, asupra sistemului vag-parasimpatic.
6. Clorura de carbominoilcholină împiedică acțiunea ulterioară a pilocarpinei, dar acțiunea ei mai este împiedecată de pilocarpină.
7. Clorura de carbominoilcholină, paralizează spasmul vascular determinat de ergotină sau ergotamină, — este spasmolitică vasculară.

## REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Ședința din 3 Decembrie 1938

Prezidează Dl. Prof. Dr. TITU VASILIU

**Dr. Rubin Popa și Dr. V. Hurghișiu: Tromboza arterei pulmonare după traumatism toracic.**

Trombozele embolice posttraumatice ale arterei pulmonare — deși rare cunoscute — se întâlnesc mai cu seamă după traumatisme asupra părții inferioare a corpului și iau naștere



**Pentru hematopoeză și accelerarea vindecării**

Flacoane originale cu aprox. 180 g.

**E. MERCK — DARMSTADT**

„CHIMIROMAN” București I. str. T. G. Masaryk 32

*La anemie*

# Henacit

Flacoane cu 50 gr. praf

Cutii cu 6 fiole a 2 cmc.

Tuburi cu 20 tablete a 1 gr.

UZINELE CHIMICO-FARMACEUTICE ROMANE  
U.F.A.R.O.M. S.A. R. CLUJ

Uzinele Chimico-Farmaceutice Române UFAROM S. A. R. CLUJ

de obicei mai târziu decât trombo-emboliile chirurgicale. După Prettin, care comunică 23 aspecte de cazuri, ele survin mai ales între ziua a 8-a și a 15-a după traumatism și sunt mai des întâlnite între 40—60 ani. Vance găsește din 70 de cazuri 50% între 40—60 ani.

În practica medico-legală cazurile sunt foarte rare și problema este abia pusă în marele tratate de specialitate.

Din acest motiv, cum și pentru particularitățile sale, comunicăm cazul care urmează:

Un bărbat între 40 și 50 ani în timp ce transporta lemne cu carul a căzut din car, iar lemnele s'au rostogolit asupra lui, strivindu-i cu deosebire toracele. În drum spre spital sucombă.

La autopsie se constată pe părțile laterale ale toracelui și fața externă a umărului stâng multiple răni sgarlate, superficiale, în parte pergamentate. Lipsesc alte semne de violență.

La examenul intern se găsesc mici hemoragii punctiforme în substanța corticală a creierului. După deschiderea cutiei toracice se constată: coastele 6, 7, 8 și 10 din partea dreaptă sunt fracturate, pe un singur loc în linia axilară anterioară; iar coastele 5 și 6 și în linia axilară posterioară. În partea stângă se constată fractura coastelor 5, 6 și 7 în linia axilară posterioară. P.eurile de ambele părți prezintă rupturi la nivelul fracturilor costale. Plămânii sunt elastici și crepitați la presiune. La secțiune au culoare roșie, iar vasele sunt pline cu chiaguri de sânge. După deschiderea inimii se constată că trunchiul arterei pulmonare este plin în întregime cu un chiag de sânge, care umple și destinde pereții vaselor, având o culoare roșie închisă cu striajuni albicioase. Chiagul are aspectul grunzos și consistența mărită, este lipsit de elasticitate, deosebindu-se de chiagurile post mortale. El se continuă din trunchi în ramurile arterei pulmonare, pătrunzând până în profunzimea parenchimului pulmonar. Leziuni valvulare nu se găsesc. Atrium și ventriculul drept prezintă și subepicardic și în grosimea musculaturii mici hemoragii difuze.

În celelalte organe nu se găsesc leziuni vizibile.

Este vorba deci în acest caz de o tromboză a arterei pulmonare și a ramurilor sale în strânsă legătură de cauzalitate cu un traumatism asupra toracelui. Cazul este deosebit nu numai prin raritatea sa ci și prin evoluția rapidă, moartea survenind în câteva ore după accident. Este dificil de stabilit genaza acestei tromboze în sensul dacă ea este primitivă sau secundară unei embolii. Masivitatea trombozei, înfățișarea ei macroscopică unitară, cum și leziunile produse de traumatism asupra inimii drepte și a arterei pulmonare ne face să credem într-o tromboză primitivă și nu trombo-embolie. Același lucru l'ar arăta și evoluția rapidă a cazului.

*Prof. Dr. D. Michail și Dr. Lavinia Russu: Miozitele musculaturii perioculare.*

Autorii având ocaziunea să studieze 2 cazuri de miozite ale musculaturii perioculare, fac o sinteză a acestei probleme, abia conturată în cadrul patologiei oculare, evidențiind în același timp faptele noi, care rezultă din analiza propriilor lor observații. Ei constată astfel că aceea ce constituie caracteristica clinică a cazurilor lor este apariția unei exoftalmii unilaterale, axile, care a început cu un an și jumătate mai înainte și fără cauze precizate la un bărbat de 45 ani și cu un an mai înainte și aparent în urma unui traumatism orbital la o femeie de 29 de ani, pentruca ulterioară exoftalmia să se accentueze lent și progresiv, trecând prin perioade de remisiune și exacerbare subacută dureroasă spre a se completa în timpul din urmă cu edemul pleoapelor corespunzătoare, cu chemozis și

cu ulcere corneene lagofalmice, care au necesitat practicarea unor blefarorafii mediane. Examenul general al ambilor bolnavi nu a relevat nimic anormal din punct de vedere medical, hematologic și urologic, dar a evidențiat existența unor rhinofaringite, a unor carii dentare, precum și pe aceea a unei R. W. negative la bărbat, chiar după o injecție de provocare și pozitivă la femeie.

Examenul local al aceluși bolnav a evidențiat existența unor exoftalmii unilaterale, axile, foarte accentuate (26—28 mm), nereductibile și sensibile la presiune, însoțite de edemul pleoapelor, de chemozis inflamator și de ulcere corneene lagofalmice.

Exoftalmiile au evoluat cu păstrarea în cea mai mare parte a motilității oculare, iar palparea digitală transpalpebrală a orbitelor afectate nu a evidențiat în nici unul din cazuri existența vreunei rezistențe neformativă în profunzimea orbitelor, care să explice apariția consecutivă a exoftalmiilor accentuate. În aceste împrejurări și în urma rezultatelor negative ale tratamentului anti-sifilitic întins al cazurilor, autorii le-au practicat câte o orbitotomie externă, în cursul căreia nu au putut constata în interiorul orbitelor decât o hipertrofiile accentuată a unei părți a musculaturii perioculare (mușchii oblicul mic și dreptul inferior de la ochiul drept al bărbatului și mușchii: oblicul mic, ridicătorul pleoapei superioare și dreptul superior de la ochiul stâng al femeii), care prezenta un volum de 4 până la 5 ori mai mare ca acel al musculaturii normale și o îndurație aproape cartilagineasă. Au practicat în aceste condiții în ambele cazuri rezecția mușchilor oblici mici și au supus ulterior cazurile roentgenterapiei. Examenul istologic al musculaturii afectate le-a arătat în ambele cazuri aspecte sensibil asemănătoare. Ei au pus în evidență existența unor focare inflamatorii nodulare, limfocitare, uneori discrete, alteori masive, în septurile conjunctive ale mușchilor și mai ales în jurul vaselor septale. Ei a mai arătat cum din aceste focare pleca iradiind o infiltrație limfocitară, care înalță între fasciculele musculare sau chiar între fibrele musculare izolate, pe care le disocia, le fragmenta și le degenera. Alături de aceste leziuni inflamatorii cronice în evoluție, același examen a mai evidențiat existența a numeroase benzi de țesut fibros cicatricial, care disocia în mod cu totul dezordonat elementele musculare, luându-le locul și contribuind astfel alături de infiltrația limfocitară la mărirea de volum a corpurilor musculare. Nicăiri autorii nu au putut constata existența unor foliculi inflamatori caracteristici, nici cea a celulelor gigante sau a focarelor de necroză. În fața acestui complex anatomo-clinic autorii au stabilit pentru ambele cazuri diagnosticul de exoftalmie consecutivă unor miozite cronice sclerizante.

Discutând apoi chestiunea miozitelor perioculare în general, găsesc că ele se pot prezenta sub 2 aspecte clinice: al miozitelor secundare și al miozitelor primitive. Studiind literatura chestiunii găsesc că miozitele perioculare secundare sunt mai frecvente și că în realitate ele trebuie să fie și mai dese decât se crede.

Autorii ca Rössberg, Klein, Lange, Mracek, Uathoff, Schott au descris astfel de miozite perioculare secundare în urma unor leziuni primitive osteo-periostice orbitare a unor inflamații ale țesuturilor moi ale orbitei și a inflamațiilor globului ocular însăși și insistă cu toții asupra rolului etiologic dominant al infecțiunii sifilitice în majoritatea acestor miozite perioculare secundare. Unul dintre autorii comunicării de față a avut deasemenea ocaziunea să studieze și să publice anterior 2 astfel de cazuri de miozite perioculare secundare, dintre care unul al mușchiiului drept inferior, pornind dela un tuberculum al periosului podelei orbitare și altul interesând în-



treaga musculatură perloculară, pornind de la o gomă sifilitică a țesuturilor moi de la vârful orbitei. Trecând la studiul miozitelor perloculare primitive, autorii găsesc că acestea sunt adevărate rarități clinice. În literatura chestiunii nu se găsesc publicate decât numai 3 astfel de cazuri bine și documentat studiate. Primul dintre aceste cazuri este al lui Busse—Hochheim (1903). El se referă la o femeie de 37 ani, care a făcut o exoftalmie bilaterală, însoțită de tachicardie paroxistică mortală. Examenul istologic postmortal a arătat că exoftalmia se datora unor miozite perloculare, având ca și tachicardia paroxistică o origine sifilitică. Al 2-lea caz este al lui Rochon-Duvigneaud și Onfray (1906) și se referă la un bărbat de 62 ani, care a făcut o exoftalmie bilaterală, dovedită la necropsie ca fiind produsă printr'o miozită perloculară tuberculoasă. Al 3-lea caz este al lui Chevallereau—Olfret (1913) și privește pe un doctor de 54 ani, care a făcut o exoftalmie unilaterală, dovedită la examenul istologic practicat pe conținutul orbitei exenterate ca fiind produsă printr'o miozită perloculară sifilitică. În fine autorii au mai găsit răzlețite în diferite comunicări sumare făcute mai recent (1930) pe la diverse Societăți și în participările la discuția acestor comunicări, încă câteva astfel de cazuri de miozite perloculare primitive. Astfel Melsner (1930) citează 2 cazuri de exoftalmii miozittice la bătrâni cu arterioscleroză înaintată, care suferiseră anterior câte un ictus apoplectic; Gilbert citează în discuția comunicării de mai sus cazul unui sifilitic de 49 ani, care a făcut o exoftalmie miozittică unilaterală, însoțită de o puternică endovasculită, iar Hippel cu ocaziunea aceleiași discuțiuni citează un caz similar cazurilor lui Melsner. În fine Engelking (1928) citează într'o altă comunicare 2 cazuri de exoftalmii unilaterale provocate prin miozite acute perloculare de origine amigdaliană. La aceste cazuri de miozite perloculare primitive, autorii adaugă cazurile lor recente. Trecând la studiul etiologiei miozitelor perloculare primitive autorii arată că majoritatea cazurilor publicate în literatură au fost găsite ca având o origine tuberculoasă, iar 2 cazuri ca având o origine plogenă amigdaliană. Privind din același punct de vedere cazurile lor personale, autorii cred că în cazul femeii origina sifilitică a miozitelor sale perloculare este aproape sigur sifilitică, R. W. fiind pozitivă leziunile sale istologice sclerogene pledând în acelaș sens, dar că în cazul bărbatului cu R. W. negativă chiar după provocare, cu antecedente personale și familiare complet negative și cu leziunile sale istologice nespecifice afirmarea originii sale sifilitice trebuie să fie făcută cu mai multă rezervă. Autorii insistă cu această ocaziune asupra greutății ce se ivește uneori în precizarea diagnosticului etiologic al afecțiunii, când aceasta nu este însoțită și de alte manifestări clinice similare, când reacțiile serologice și examenul bacteriologic în țesuturi rămân negative și când însăși examenul istologic nu este complet demonstrativ, leziunile nodulare ale sifilisului fiind deseori asemănătoare celor ale tuberculozei, ale micozelor și ale limfomatozei și când leziunile sifilitice, care sunt mai frecvente, iau caracterul infiltrațiilor inflamatorii difuze, care nu se deosebesc cu nimic de alte leziuni inflamatorii difuze nespecifice. Autorii se mai întreabă apoi dacă în stadiul actual este posibilă stabilirea diagnosticului clinic al miozitelor perloculare și găsesc că în toate cazurile publicate până acum acest diagnostic nu a putut să fie stabilit decât prin examenul istologic făcut la necropsie (Busse—Hochheim, Rochon—Duvigneaud—Onfray, Melsner), prin examenul istologic făcut după exenterația orbitei (Chevallereau—Olfret, Gilbert, Hippel), sau prin examenul clinic făcut în cursul orbitotomiei (Engelking). Referindu-se la cazurile lor personale autorii arată că, în cazul băr-

batului au stabilit diagnosticul în cursul orbitotomiei și le-au confirmat ulterior prin examenul istologic, iar în cazul femeii diagnosticul clinic al afecțiunii le-a fost posibil chiar dela început, găsindu-se studiului său amănunțit și comparativ cu cazul bărbatului.

Pornind dela studiul atent al cazurilor lor personale, autorii se întreabă care ar fi particularitățile care ar putea totuși să favorizeze stabilirea diagnosticului clinic al miozitelor perloculare spre a nu mai rămâne la concluzia negativă a lui Busse Hochheim, care afirmă că se îndoesc că se va putea face vreodată diagnosticul pe viu al unei miozite perloculare. O exoftalmie, care se instalează încet și progresiv cu perioade de remisiune și exacerbare subacute, dureroase, cu sensibilitatea țesuturilor orbitare la presiune, cu stază vasculară episcerală cantonată în anumite sectoare corespunzătoare inserțiilor sclerale ale musculaturii perloculare, cu limitarea dar cu păstrarea totuși a motilității oculare chiar când exoftalmia este exagerată, cu lipsa percepției unor rezistențe tumorale în profunzimea orbitei la palparea digitală profundă transpalpebrală, cu fenomene de compresiune ale nervului optic în lipsa oricăror leziuni de vecinătate, sunt după autori tot atâtea simptome clinice discrete, care fac totuși posibil diagnosticul clinic al miozitelor perloculare, care a dovedit-o de altfel destul de clar cel de al 2-lea caz de al lor.

Cunoscând aceste date autorii cred că nu exagerează când afirmă că o parte cel puțin dintre exoftalmiile reducibile spontan, prin roentgenterapie sau prin tratamentul antisifilitic sunt în realitate exoftalmii miozittice. Privind capitolul teraputic al miozitelor perloculare, autorii relevă faptul că deși majoritatea lor sunt de origine sifilitică, autorii sunt totuși aproape cu toții de acord să constate cât de puțin sensibile sunt aceste leziuni la tratamentul antisifilitic, mai operantă arătându-se în aceste cazuri roentgenterapia. Însăși cele 2 cazuri ale autorilor arătându-se de asemenea rezistente la tratamentul antisifilitic au fost îndrumate către roentgenterapie, asupra rezultatelor căreia nu se pot încă pronunța, cazurile fiind prea recent tratate. Această lipsă de reacțiune a sifilisului musculaturii perloculare la tratamentul antisifilitic, ca și frecvența lipsă de reacțiune a gomelor sifilitice ale țesuturilor vârfului orbitei la același tratament, pe care au constatat-o în cazul lor personale anterior, autorii o explică prin bogata producere de țesut scleros, care însoțește evoluția acestor leziuni inflamatorii orbitare.

#### Doc. Dr. P. Vancea : **Asupra mecanismului de producere al arsurilor conjunctivelor prin var.**

Arsurile sferii oculare prin var, mult mai frecvente altădată, se întâlnesc azi ceva mai rar. Gravitatea lor a rămas însă aceeași datorită proprietăților speciale ale calciului și în primul rând capacității sale de a se fixa de țesuturi și de a pătrunde rapid în adâncime dacă nu se îndepărtează la timp. Pe de altă parte grație caracterului său alcalin varul se comportă ca o bază puternică, iar prin combinația sa cu albumina țesuturilor și formarea unui albuminat de var se ajunge la o demarcațiune precisă cu formarea de necroze adânci, urmată de o serie de complicațiuni uneori foarte grave.

Multă vreme s'a crezut că varul acționează prin ridicarea de temperatură produsă prin amestecul său cu apa din țesuturi, însă cercetările făcute cu ajutorul măsurătorilor termo-electrice au arătat că maximum de temperatură obținut este de 42 grade când pleoapele rămân deschise și 45 grade când pleoapele sunt închise. Ori practic această ridicare de temperatură este prea mică pentru a produce leziunile întâlnite în arsurile cu var. Nici din temperaturile mai mari nu se produc

leziuni mai întinse, pentru că Rosenthal a proiectat pe corneea piatră ponce pulverizată, încălzită la 48—50 grade fără nici un rezultat. Astăzi se admite că în prezența calciului, se produc în întimitatea țesuturilor 3 fenomene chimice: mai întâi o deshidratare cu degajare de căldură și solubilizarea parțială a calciului; apoi o descompunere a sărurilor minerale ale organismului cu formarea de clorură sau sulfat de Ca, săruri caustice, cari grație marelor lor solubilități, pătrund în țesuturi producând leziunile cunoscute. Mecanismul de producere al arsurilor prin var apare în felul acesta de o complexitate nebănuită, a cărei înțelegere necesită uneori investigații de un ordin mai general.

În cazul, pe care autorii îl prezintă Societății, este vorba de un tânăr de 21 ani, cărui i-a sărit în ochi o picătură de var, pe când vărufă tavanul unei camere. În urma acestui accident pleapele s'au umflat, ochiul a început să lăcrimeze, să aibă fotofobie și dureri mari, însoțite de o senzație neplăcută de arsură în unghiul extern al ochiului. După câteva zile fenomenele reacționale s'au micșorat în parte, persistând însă senzația de arsură, durerile și edemul pleoapelor.

În această stare este văzut la consultațiile Clinicii de Ochi, unde i se constată un puternic chemozis bulbar și o ulcerăție la nivelul cutei de trecere din fundul de sac inferior, acoperită de o falsă membrană de culoare galben-cenușe. În sacul conjunctival există o secreție mucoasă, seroasă, turbure, în care se puteau ușor identifica mici particule de var. După îndepărtarea falsei membrane s'a văzut că ulcerăția era ocupată de o bucată de var de mărimea unui bob de porumb. Încercarea de a o îndepărta n'a reușit decât în parte, deoarece numeroase particule de var au rămas aderențe de țesuturile conjunctive. O sângerare abundentă a urmat acestei operații de curățire, conjunctiva luând la nivelul ulcerăției aspectul unei membrane cenușii-gălbui murdare. Zona aceasta a trebuit să fie extirpată și la examenul istologic, pe secțiunile trecând la nivelul ulcerăției, se poate vedea existența a 2 zone distincte:

1. O zonă superficială de necroză, cu infiltrație sero-fibrinoasă la nivelul căreia sărurile de Ca apar sub formă de grăunțe foarte avide de hematoxilină.

2. O zonă profundă de infiltrație celulară, în care se găsesc polinucleare în număr mare și eozinofile. Între aceste 2 zone se găsește o zonă intermediară în care particulele de Ca. sunt extrem de numeroase și au un aspect diferit de acel al zonei superficiale. Ele apar aici ca o pulbere fină, amorfă, pătrunzând adânc în zona de infiltrație celulară.

Pe secțiuni mai periferice se vede cum epiteliul conjunctival și-a schimbat tipul, din cilindric cum era devenind pavimentos. Acest nou epiteliu este compus din straturi în număr variabil după punctele examinate. Țesutul subepitelial este sediul unei vii injecții și este invadat de numeroase globule albe. Aceste leucocite sunt mai ales abundente în regiunea subepitelială și în unele puncte ele se strâng în grămezi de dimensiuni variabile simulând adevărați folciculi neincapsulați.

Tabloul istologic expus arată prin urmare: pe de o parte leziuni de necroză, iar pe de altă parte intense reacțiuni celulare de vecinătate. Evident, leziunile necrotice se datoresc unei coagulări masive a protoplasmei și pentru acest motiv țesuturile modificate apar cu un aspect omogen, opac și sec, aspectul necrozei de coagulare. Prezența edemului conjunctivei bulbare, arată pe de altă parte că acțiunea caustică a hidroxidului de Ca., a deslănțuit un apel considerabil de apă care probabil a favorizat anumite reacțiuni chimice cu formă-

rea de noi săruri de Ca și combinațiuni cu țesuturile oculare, incompatibile cu viața celulei. Aspectul istologic al zonei intermediare cu profunde transformări ale corionului mucoasei, pare să confirme acest lucru și controlul făcut prin solvarea și colorarea cu hematoxilină a diferitelor săruri de Ca. cunoscute, a arătat că sarea de Ca. dela nivelul acestei zone intermediare este cu multă probabilitate un carbonat de Ca, sare vătămătoare mai ales prin degajarea de căldură de care se însoțește (13,8 calorii pe molecula gr. conform legii lui Hess).

Prezența carbonatului de Ca, pledează pentru o combinație a hidroxidului de Ca. cu acidul carbonic rezultat din degazarea proteinelor din țesuturi, iar dezvoltarea mare de temperatură de care se însoțește formarea sa în țesuturi, ar putea explica leziunile conjunctivale descrise.

Prof. Dr. G. Buzoianu, Dr. A. Teodorescu și Drd. B. Maghiari: **Cancer întins al piramidei nazale desvoltat pe o veche degerătură locală.**

Bolnavul M. L. în vârstă de 51 ani s'a prezentat la consultațiile clinice noastre în ziua de 23 Noembrie 1938 pentru o distrucție întinsă a tegumentelor piramidei nazale și a scheletului cartilaginios al aripei nazale drepte.

*Antecedente eredo-colaterale, fără importanță.*

*Antecedente personale:* Rănit în timpul războiului. În rest nimic deosebit, neagă boli infecto-contagioase.

*Boala actuală* datează de un an. În luna Dec. 1937 trecând printr'o pădure cu vitele, în stare de ebrietate a alunecat și a căzut într'o depresiune de teren cu zăpadă, unde a adormit. A doua zi a fost găsit de către un jandarm, care l'a transportat într'un spital județean, cu leziuni de congelăție ale feței însoțite de ulcerățiuni. Timp de trei luni de zile, cât a fost internat în acest spital, necroza tegumentelor piramidei nazale produsă de congelăție, nu s'a vindecat. Ulterior a urmat tratamentul ambulatoriu la un alt spital, fără succes.

Progresând distrucția tegumentelor nazale, a fost îndrumat cliniciei O. R. L. din Cluj.

La prezentarea sa la consultațiile clinice noastre se constată: o distrucție întinsă a tegumentelor piramidei nazale interesând și dermul, în sus cuprinde întreaga piramidă până la baza sa. Lateral depășește șanțul lacrimo-nasal de ambele părți interesând amândouă pleoapele inferioare. În partea dreaptă distrucția interesează și scheletul cartilaginios al aripei nazale lăsând deschisă fosa nazală în partea ei anterioară dreaptă, deschizătură prin care se văd: porțiunea anterioară a septului narinar, capul cornetului inferior și mijlociu. De partea stângă este atinsă marginea liberă a aripei nazale.

Întregă această suprafață a leziunii prezintă o serie de neregularități cu o multitudine de muguri cărnoși, de mărimi diferite dela aceea a unui bob de măr la aceea a unui bob de porumb. Mugurii au caracterul exuberant, săgereză la cea mai mică atingere.

În fața acestui caz, cu toate că în antecedentele sale găsim congelăția, procedăm la examenul biologic al sângelui; reacția RW în sânge este negativă. Practicăm o biopsie al cărui rezultat istopatologic este: *carcinom bazo-celular, în cea mai mare parte, iar pe alocurea mixt.* Buletin No. I (6769) B al Institutului de Anatomie patologică al Universității din Cluj, de sub conducerea Dlui prof. Dr. Titu Vasiliu. Bolnavul a fost reținut în serviciul clinice noastre pentru a fi trimis institutului de radiumterapie.

\* \* \*

O condițiune este importantă pentru a stabili o relațiune

# FELLOWS

conține valoroase  
săruri minerale, cari sunt  
folosite pentru dezvoltarea  
normală a celulelor și ajută la  
combaterea efectelor debilitante ale  
infecțiilor aparatului respiratoriu și ale  
sarcinii, precum și slăbiciunile survenite în urma  
regimului.

La prepararea acestui medicament reconfortant și constructiv  
de încredere, se pune foarte mare minuțiozitate pentru ca să se  
garanteze păstrarea calităților sale neîntrecute.

Exclusivitatea Generală pentru România:

**"DROGUERIA STANDARD" S.A.R.**

București I., Str. Sft. Ionică 8

## COLIBACILURIE

INFECȚIUNI URINARE  
ACUTE ȘI CRONICE

# MANDELIELIUM

Fiole BUVABILE de Mandelat de Amoniu  
M E D I C A Ț I E  
ANTISEPTICĂ ȘI ACIDIFICANTĂ

Se prescrie o fiolă imediat  
după fiecare din cele 4 mese



PARIS-7<sup>e</sup>

Toate avantajile Regimului Cetogen  
însă fără inconvenientele acestuia

de cauză la efect, între o iritațiune locală și o tumoră. Această condițiune este continuitatea între accident și dezvoltarea neoplazică.

În cazul de față două ipoteze sunt posibile:

1. Leziunea de congelație a tegumentelor nasale să fi alcătuit în mod sigur punctul de plecare al iritațiunii neoplazice, iritațiune la care ar fi putut contribui încă eventualele tratamente locale itenpestive.

2. Leziunea de congelație să nu fi fost decât un element supra-adăugat care ar fi biciuit proliferarea malignă deja existentă sub forma unei ulcerări mici neobservate încă la bolnav.

Elementul continuitate este în observațiunea de față de netăgăduif. Ulcerațiile cu aspect trofic dezvoltate pe pielea piramidei nasale s'au dezvoltat progresând continuu din momentul degerăturii, sau cel puțin, pierderile de substanță, fără tendință la cicatrizare s'au făcut evidente din acel moment. Toată lumea clinică este astăzi de acord asupra rolului iritațiunilor repetate în apariția unor tumori maligne: cancerul fumătorilor, al gudronerilor, al parafinerilor, cancer dezvoltat pe ulcere cronice ale gambelor, pe radlodermite, pe fistule, pe leziuni sifilitice, pe focare de osteomielite, pe un focar de contuziune. Iritația cronică accelerează ori agravează un cancer existent sau evidențiază o tumoră latentă. Nici o iritațiune luată izolat, nu pare să creeze prin ea însăși o tumoră malignă pe un om sănătos și nepredispus. Iritațiunea însă oricare ar fi natura ei are rolul de a face evidentă o tumoră latentă sau de a agrava o tumoră cu evoluție benignă cum se observă cu unii negi vasculari sau pigmentari.

O leziune de congelație poate determina leziuni trofice care să persiste un timp foarte îndelungat. Adesea după o degerătură locală pielea rămâne permanent congestionată și dureroasă, epidermul poate prolifera sub formă de negi sau durioane sau pot apare ulcere cu caracter de mal perforant. După congelații s'au înregistrat deasemeni nevrte persistente, leziuni ale țesutului osos (osteoporoza adiposă), atrofii musculare.

Este probabil că prin intermediul acestor leziuni trofice datorate congelației s'ar favoriza degenerescența neoplazică malignă.

## REVISTA REVISTELOR

### MEDICINA INTERNĂ

**Cercetări experimentale la intoxicații cu barbiturice.** (Experimentelle Untersuchungen bei barbitursäurevergiftungen) de Spärchez și Russu. — Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie, vol. IV, No. 2, 28 Februarie 1937, pag. 125—35.

Autorii au obținut rezultate bune cu strichnina (1—4 ori doză toxică) la câinii intoxicați cu barbiturice (1 sau 1½ ori doză toxică). Și Cardiazolul s'a dovedit a fi un antagonist excelent față de derivatele barbiturice. Combinația terapiei strichnince cu Cardiazol pare să întărească efectul strichninei. Cardiazol se întrebuințează în mod curent la intoxicații cu barbiturice, și se obțin cele mai bune rezultate, în Clinica Universitară din Cluj. În cazuri grave se recurge la tratamentul combinat strichnina-Cardiazol. Prin acest lucru s'a reușit a salva pe bolnavii intoxicați cu doze masive de barbiturice.

**Nefritile în cursul sifilisului secundar.** Les néphrites au cours de la syphilis secondaire. De A. Negreanu et Mme M. Négréanu. Gazette des Hôpitaux. Nr. 31, 1937, p. 493.

Nefritile din cursul sifilisului secundar le distingem în nefrite adevărate și medicamentoase. Autorii fac un scurt istoric, studiu clinic, evoluție, tratamentul nefritelor sifilitice și a celor medicamentoase.

În concluzie, autorii arată că nefritile care se observă în cursul sifilisului secundar, e foarte important de ale separa de nefrite propriu zis luetice imputabile treponemei și de nefritele medicamentoase.

Nefritile sifilitice sunt superpozabile altor accidente ale sifilisului secundar. Nefritile medicamentoase sunt excepționale. Mai adesea sunt nefrite de intoleranță și care apar la doze mici de neosalvarsan. Nefritile toxice se observă la indivizii care anterior prezentau o leziune renală.

**Tratarea cu succes a unui caz de infarct coronarian cu Eupaverină.** de Dr. H. Kastendieck (Asistent la clinica ginecologică universitară din Würzburg. Dir. Prof. Dr. C. J. Krauss) Münchener Med. Wochenschrift 1938, No. 21. Pag. 794.

O femeie de 97 kg. operată de o tumoră ovariană, a făcut în a 39-a zi după operație un collaps. Toate semnele arătau un infarct miocardic recent. După 2 minute dela accident, s'au injectat 0,03 g Eupaverină foarte încet intravenos, după care bolnava s'a ameliorat văzând cu ochii. Diagnosticul de infarct coronarian, pericardită episteno-cardică a fost confirmat și de interniști chemați în consult. Modul de acțiune al Eupaverinei se poate explica printr'o dilatare a coronarelor.

### PEDIATRIE

**Prontosil în meningita epidemică.** De R. Pongratz. Spít. orășenesc de copii Augsburg. Dtsch. med. Wschr. 1937, No. 26, pag. 1015.

Deoarece Prontosil-ul difuzează în lichidul cefalo-rachidian, Pongratz a încercat la 3 copii suferind de meningită epidemică, să sprijine acțiunea injecției endolombare de aer cu doze mari de Prontosil. Cei trei copii s'au vindecat, părăsind spitalul fără complicațiuni.

1. Z. F. Copil de 1¾ ani, se îmbolnăvește subit la 10. XI. 1936 și e internat la 12. XI. cu diagnosticul de tuberculoză miliară. Temperatura 40°. Sensoriul ceva turburat, agilitate scăzută, sensibilitatea tactilă exagerată, Kernig pozitiv, redoarea cefei moderată, pupile egale, reacționează bine. Puncția lombară arată meningococi. Diagnostic: meningită. Tratament 16. XI. Ser antimeningococic intralombar și 20 cmc. ser antimeningococic intramuscular. Începând dela 17. XI. zilnic 5 cmc. Prontosil intramuscular. Febra scade la 37,2°. Redoarea cefei regresează, sensoriul mai liber. La 20. XI. seara starea generală se agravează iar, redoarea cefei se accentuează, copilul se vaită mult. Se repetă serul antimeningococic intralombar și intramuscular (20 cmc.), în afară de aceasta în cele 5 zile următoare, 5 cmc. Prontosil intramuscular. Apoi dela 17. XI. până 7. XII. 3 tablete Prontosil per os zilnic. La 23. XI. 37,3°. Starea generală bună, ceafa liberă. Ameliorare. La 5. XII. 1936 temperatura normală. Ameliorarea și fortificarea continuă să progreseze. La 18. XII. 1936, părăsește spitalul vindecat.

2. Copil din aceeași casă ca și primul se internează la 14. XI. 1936 (două zile mai târziu). Puncție lombară: Lichid moderat tulbure, cu tensiunea foarte ridicată. Celule 1236/3 la cmc. mai ales leucocite. Cultură: Meningococi. Tratament 20 cmc. ser antimeningococic intraombar și intramuscular, 5 cmc. Prontosil intramuscular zilnic și de 3 ori pe zi o tabletă Prontosil per os. La 18. XI. 37°. Sensoriul se liberează, redoarea cefei cedează, pofta de mâncare bună. La 22. XI. ameliorarea continuă, redoarea cefei a dispărut, copilul se poate așeza. 15. XII. Copilul umbla liber, fără simptome meningitice. Părăsește spitalul vindecat la 18. XII. 1936.

3. M. L. 2 ani. Internat la 16. XI. 1936 pentru meningită, febră undulantă, sensoriul ușor turburat, redoarea cefei intensă Kernig pozitiv, 40°. Puncția lombară: tensiune considerabil mărită. Lichidul foarte turburat, celule 2224/3 domină mai ales leucocite. Cultură: meningococi. Nu se dă ser meningococic, ci numai Prontosil. Timp de 8 zile 5 cmc. Prontosil intramuscular zilnic, apoi timp de 3 ori 1 tabletă pe zi, a 4-a zi 57,4°, a 2-a puncție lombară 19. XI. arată un lichid mult mai limpede, redoarea cefei foarte atenuată. În zilele următoare se menține starea ameliorată, temperatura se menține aproape încontinuu normală, părăsește spitalul vindecat la 12. XII. 1936.

## DERMATOLOGIE

**Despre alterațiunile pielii datorită oleurilor industriale.** (Über gewerbliche Oelschädigungen der Haut). de G. Hopf-Hamburg. — Ärztliche Sachverständigen Zeitung. Nr. 17—1937.

Acneea după petrol se observă în prima linie la lucrătorii, cari lucrând în industria metalurgică folosesc oleuri cu cari ung metalele în caz de tăiere, sau perforare. Aceste oleuri, aci se amestecă cu așchii fine de metal. Aceste așchiuțe pătrund în foliculul părului și produc aci împreună cu influința îndelungată a oleurilor foliculite și pustule, cari sunt caracteristice pentru acneea după oleiuri.

Pentru prevenirea acestei afecțiuni se cere îndepărtarea părțicelilor de metal din oleuri, instrucțiuni sistematice pentru îngrijirea pielii în teritoriile periclitare. În primul rând trebuie luate cele mai severe măsuri de curățenie. Hainele și albiturile trebuiesc ferite de oleuri. După lucru e necesar a se spăla bine cu săpun și cu o soluție de bicarbonat de Na și cloramină, iar la sfârșit să se ungă părțile periclitare cu Esiderm cum Sulfur. Pustulele ce se prezintă se vindecă repede cu acest tratament. Alifiiile grăsoase trebuiesc evitate, căci ele numai măresc secreția de grăsime dăunătoare. Pur și simplu s'a dovedit ca foarte folositoare pentru protecția foliculului, întrebuințarea înainte de lucru a unei creme cu bază de ceară, (spre exemplu crema Milkuderm).

Aceste constatări sunt de mare importanță pentru marile așezăminte industriale, unde Esiderm cum Sulfur poate fi considerat, ca medicamentul de preferat în tratamentul acneei produse de oleuri.

Dr. Liviu Modran.

**Referitor la histogeneza micozei fungoide.** (A propos de l'histogenèse du mycosis fonguide). de F. Caillan Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. No. 10—1938. pag. 857.

Autorul la sfârșitul studului asupra histogenezei micozei fungoide, ajunge la următoarele concluziuni:

Reacțiunile post embrionare ale mesenchimului sunt cele cari lămuresc histogeneza leziunilor micozei fungoide.

Granulomul fungoid cuprinde o serie de leziuni, cari pot varia dela eritem la infiltrație și la tumoră, aceste leziuni pot uneori să urmeze o scară inversă.

Granulomul fungoid e polimorf datorită puterii hemopoetice a mesenchimului. Acest potențial poate să cauzeze o stare leucemică sau angiomatoasă, concomitentă.

Tumorile d'emblee din micoza fungoidă răspund de cele mai multe ori sarcomului istiocitar polimorf, așa cum l-a descris Pautrier.

Alte tumori d'emblee rezultă nu din istiocite, ci din limfocite sau mielocite (limfocitoame, mielocitoame).

Alte tumori d'emblee răspund sarcoamelor fungoide ale lui Lapière, acestea sunt reticulo-sarcoame comparabile tumorilor lui Ewing, în cari celulele sanghine, cari înconjoară celulele maligne sunt de cele mai dese ori de natură hemopoetică, mesenchimul păstrându-și proprietățile sanghino-formatoare.

Nu se poate deci restrânge cadrul micozei fungoide la leziuni ale sistemului hematopoetic (veche teorie limfadenică), deoarece hematopoeza nu reprezintă decât unul din aspectele reacționale posibile; acest cadru de reacțiune fiind mult mai mare, fiind al întregului sistem histiocitar cu pluripotența sa așa de variată.

Dr. Liviu Modran

## OTO-RINO-LARINGOLOGIE

**Les mastoidites zygomatiques** (Mastoidites supra-antrales). de: Piquet și Derosne. Revue de L. O. R. Nov. 1938 Nrul 9.

Autorii bazându-se pe observația a 17 cazuri, fac o punere la punct foarte complectă al mastoiditelor zigomatice.

Mastoiditele zigomatice sunt supurațiile mastoidiene care au tendința să se exteriorizeze în reg. temporală, sau sub formă de edem al părților moi, sau sub formă de abces. Această exteriorizare corespunde aproape întotdeauna cu leziuni osoase predominente la nivelul părții superioare a mastoidel, la celule supra-antrale. Pentru acest fapt autorii cred că denumirea de mastoidite supra-antrale ar fi mai corespunzător acestor feluri de mastoidite.

Aceste mastoidite sunt de multe ori primitive și apar mai ales la vârsta tânără. Germeii microbieni sunt cele ale mastoiditelor banale. Fistulele osoase sunt frecvente. Clinic se caracterizează prin semnele exteriorizării precedate de semnele de obicei foarte atenuate de otită supurată. Câte odată supurația auriculară lipsește sau din cauza simptoamelor atenuate este trecută sub vedere. Semnele generale deasemenea de cele mai multe ori sunt atenuate. Complicații endocraniene se găsesc foarte rar.

Diagnosticul se bazează pe sediul supra-auricular al tumefacției, edemul tegumentar, eversiunea pavilionului în jos, căderea peretelui superior al conductului, chiar în lipsa unei supurații auriculare. Presiunea digitală pe mastoidă este dureroasă întotdeauna, un semn foarte important pentru diagnosticul diferențial.

Pronosticul este bun.

Tratamentul consistă într-o mastoidectomie largă.

Eugen Bodea

**Tratamentul prin grefă a unei cavități de evldare cu înmugurire exuberantă** de: *Dr. Iosef Lemoine.* Les Annales d'oto-laryngologie No. II. 1938.

Dacă în cavitatea de evldare este o înmugurire puternică care nu poate fi stavilită prin nici o metodă clasică, autorul acestui articol, recomandă să se încerce procedeul folosit în tratamentul sinechiilor și a stenozelor conductului auditiv extern. Cu acest procedeu a obținut rezultate bune.

Se procedează în felul următor: după anestezie generală, se ridică un mic lambou cutanat din regiunea preauriculară și anume din partea superioară, cu pedicolul înipoia tragusului.

Cavitatea de evldare în prealabil este curetată, iar lamboul decolat este introdus pe peretele antero-inferior, formând o insulă pentru epidermizare. Se tamponează ușor cu o meșă îmbibată în oleu eucaliptolat. Meșarea se face timp de 6—8 zile. Epidermizarea cavității se termină cam în 2 luni.

Cu toate că s'a introdus un lambou cutanat în cavitate s'ar putea crede că ea se va micșora, dincontră ea va apare mărită, după un anumit timp, c'am un an, fiindcă păreții osoși sunt rigizi și atrag spre ei suprafața suplă care s'a format.

*Dr. Gh. Popoviciu*

## VENEROLOGIE

**Viteza de propagare a virusului sifilitic în organism. Studiu experimental.** (La vitesse de propagation du virus syphilitique dans l'organisme. Etude expérimentale.) de: *A. Waisman.* Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie. No. 1—1938. Pag. 3.

Problema propagării virusului sifilitic e de o importanță esențială, deoarece de ea depinde justificarea unei profilaxii sifilitice realizată prin aplicațiuni locale.

Deja de mult experiențele clinice ne arată, că la momentul aparițiunei sifilomului, virusul sifilitic a trecut deja bariera cutanată; — căci extirparea accidentului primar nu împiedecă erupțiunea manifestațiunilor ulterioare.

S'au descris cazuri de infecțiuni prin transfuziuni sanguine, în timpul când donatorul era în perioada de incubațiune.

Cercetările experimentale au confirmat datele clinice, precizând rapiditatea cu care *Treponema pallidum* invadează țesuturile dela punctul de inoculare, ganglionii limfatici coreșpondenți și chiar organismul în întregime. Kolle și Evers au

constatat că ganglionii inghinali ai lepurilor infectați, fie prin scarificație, fie prin grefe, sunt virulenți deja după 30 de minute. La cobai timpul e și mai scurt, numai 5 minute.

Bassemans și Potter făcând un mare număr de experiențe, ajung la următoarele concluziuni: Diseminarea *Treponemei* în organism nu se face într'un mod regulat și uniform în toate cazurile experimentale în aparență comparabile. Cu toate acestea înainte de a ajunge la ganglionii limfatici tributarî, se scurge totdeauna un timp care mi se pare destul de lung, pentru ca aplicarea judicioasă și imediată a măsurilor profilactice locale, să aibă șansa serioasă de a face *traponema pallidum* inofensivă, înainte ca generalizarea să aibă loc.

*Dr. Liviu Modran*

## INFORMAȚIUNI

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

*Redacția Clujului Medical.*

— AVIZ. La revista »Clujul Medical« se pot face traduceri de articole medicale din limba română în cea franceză și germană, din limba germană în cea franceză și din limba maghiară în germană! Prețul a 100 lei pagina scrisă la mașină, plătitbil la preluarea traducerii.

DOMNII ABONAȚI cari sunt în restanță cu abonamentul, sunt rugați a-l achita cât mai urgent. Cei cari nu-l vor achita, vor primi numărul din Octomvrie al revistei cu ramburs în valoare de 320 de Lei.

*Administrația.*