

# CLUJUL MEDICAL

## REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

### O CONCEPȚIUNE ACTUALĂ A PATOLOGIEI GENERALE ȘI EXPERIMENTALE

(Leccióniune de deschidere a cursului de Patologie generală și experimentală, din anul 1939-40, la Facultatea de medicină din Cluj)

de  
Prof. Dr. M. A. BOTEZ

Am ținut, ca în fiecare an, să încep cursul de Patologie generală și experimentală cu o lecțiune de deschidere. Subiectele au variat; motivul principal a rămas însă totdeauna același: am dorit să vă fac cunoscut domeniul Patologiei generale și experimentale în întinderea și înfățișarea văzută de mine.

Din multele lecții de deschidere ținute n'am publicat decât una. Această lecție intitulată: *Patologia generală și experimentală și medicina practică* e publicată în revista *Clujul Medical* Nr. 11-12 din 1926. Cefind această lecție veți putea face comparația între ce-am spus dela catedră, cu atâți ani în urmă, și ce voi spune azi.

Anul acesta avem plăcerea să începem cursul de Patologie generală și experimentală în prezența dlui prof. Dr. I. Drăgoiu, decanul Facultății noastre. Țin să-i mulțumesc pentru că ne onorează cu prezența domniei sale această lecție de deschidere.

\* \* \*

Știți prea bine, că la Facultatea de medicină din Cluj nu e nici catedră și nici curs de Patologie internă și nu e nici catedră și nici curs de Patologie externă. Și mai știți, că nu e nici o catedră aparte de Medicină experimentală.

Imi dau seama prea bine, că mulți dintre Dvoastre v'ați întrebat: de ce e la Facultatea de Medicină din Cluj această deosebire de organizare a învățământului?

În cursul introductiv de Patologie generală, pe care vi l-am făcut în anul al doilea, v'am prezentat în câteva cuvinte, această chestiune.

În lecția de deschidere, pe care v'am citat-o acum că'e-va clipe, mă ocup de asemenea de această chestiune.

Azi mă voi opri din nou, la această chestiune, pentru motivul foarte simplu, că prezentarea și discu-

țiunea ei ilustrează nu se poate mai bine concepția actuală a Patologiei Generale, pe care țin să vi-o prezint.

Acum doi ani, vă spuneam la cursul introductiv de Patologie generală, că patologia e unitară și că diviziunea în Patologia internă și externă e mai mult o diviziune, care-și are explicația în evoluția medicinei decât în natura deosebită a domeniului său în caracterul intern și extern.

Intr'adevăr, după cum vă spuneam atunci, dacă facem o comparație între conținuturile cărților mici și mari de Patologie internă și externă, găsim, că — în afară de câteva chestiuni în plus sau în minus — conținuturile sunt în general aproape aceleași.

Din această simplă constatare, chiar fără să fi studiat complect procesele patologice în lumina cunoștințelor actuale, ajungem la convingerea, că *patologia e unitară* și că diviziunea nu corespunde realității.

Dacă însă cercetăm Istoria Medicinii și aflăm, că patologia internă s'a dezvoltat sub auspiciile medicilor, iar cea externă sub auspiciile chirurgilor\*) atunci ne explicăm diviziunea și existența unor chestiuni în plus sau în minus.

După tot ce v'am spus până acum, se poate ușor vedea de ce e indicat un învățământ unic de patologie, în care să se prezinte procesele patologice în mod unitar și în dependența lor reală.

Poate, vă veți întreba: dar într'adevăr procesele patologice sunt unitare?

În privința aceasta țin să vă răspund amintindu-vă că am insistat, îndeosebi, la cursul introductiv de Patologie generală, că trebuie să privim înfățișarea clinică a proceselor patologice în dependență de substratul organic și funcțional și că entitățile clinice de odinioară nu mai corespund cunoștințelor noastre exacte de azi.

Vă spuneam atunci, că factori diverși fizici, chimici, biologici, etc., pot determina, aparte sau împreună fenomene morbide multiple cu manifestări simptomatice variate, cari nu constituiesc totdeauna un *tip clinic stabilit* și cu atât mai puțin nu ne conduc la »*entități clinice*«.

Aceste fenomene morbide constituiesc însă prin

\*) În trecut, chirurgii constituiau o categorie aparte de medici și mult timp nici n'au avut pregătirea profesională academică.

interdependența lor determinată de interdependența organică și funcțională\*\*) un *proces patologic unitar*.

Așa se prezintă, de exemplu, diversele determinări morbide, diversele afecțiuni având origina într'un proces infecțios ca tuberculoza, într'o infestare ca sifilisul, într'o intoxicație ca alcoolismul sau într'o turburare de nutriție ereditară.

*Determinări morbide, afecțiuni diverse, variate după organele și funcțiunile atinse; proces patologic fundamental unitar!*

De aici și rațiunea de a fi și importanța în învățământ a Patologiei generale concepute după cum vedeți.

Și evident e bine să ne întrebăm ce loc mai rămâne pentru Patologia internă și externă?

Continuând expunerea mea în această direcție, trebuie să declar simplu și sincer, că azi avem obligația, ca plecând de la manifestări simptomatice să ajungem la procesul patologic, care constituie substratul organic sau funcțional al manifestărilor simptomatice și care proces simplu sau complex e unitar, variațiile fiind constituite numai de determinările morbide, de afecțiunile multiple. Aceasta e judecată, care trebuie făcută pentru toate procesele morbide indiferent de etiologie.

Procesul patologic poate fi datorit unor cauze fizice, chimice sau biologice, urmările sunt aceleași fie că e vorba de traumatism, intoxicații fie că e vorba de infestări și infecții.

Și mai mult, datorită cunoștințelor noastre coordonate prin această concepție, de care ne întreținem, azi putem prin examene preventive să anticipăm manifestările simptomatice bine cunoscute clinice și care au dus, în trecut, la constituirea tipurilor și entităților clinice și să prevenim stări morbide, evidente, grave.

Și înțelegeți ce mare utilitate e să prevenim pe această cale un proces patologic evident, amenințator și de multe ori ireductibil punând în evidență prin examenul preventiv un proces încă inaparent în înțelesul clinic curent.

După cum vedeți această atitudine bazată pe concepția expusă nu înlătură nici explorația și nici observația și judecata medicală, ci le dă numai o altă înfățișare plecând de la realitatea unității procesului patologic.

\*\*) Interdependența organică și funcțională trebuie azi să fie recunoscută și luată în considerație. Nu mai putem rămâne la studiul și examenul fiecărui organ în parte sau fiecărei funcțiuni în parte. Trebuie să fim seamă de dependențele lor firești. De la organele și funcțiunile de circulație trecem firește prin ematoză la organele de respirație și prin respirația internă la funcțiunile de nutriție.

Să-mi mai permiteți însă să mai fac o constatare în legătură cu tot ce v'am expus până acum.

Bazați pe o atare concepție putem lucra și mai eficace și din punct de vedere medical și înlăturăm un motiv grav de »criză medicală«, de care ne plângem de un timp încoace.

Acest motiv e de aflat în lipsa de unitate în examenul medical prin o *specializare excesivă*, care uneori face imposibilă o judecată complexă, totală a unei stări patologice, a unui proces patologic în curs de dezvoltare.

Iată de ce învățământul Patologiei generale, conceput în modul expus, e și necesar și util!

Și dacă Facultatea de medicină din Cluj a rămas — până în prezent — numai la acest învățământ fără să introducă învățământul Patologiei interne și externe, apoi pot declara cu toată siguranța, că n'a greșit.

Doresc însă să completez tot ce-am spus cu formularea unei cerinți de bun învățământ al Patologiei generale.

Acest învățământ, pentru ca să aibă bune rezultate practice și să poată forma un bun medic, trebuie să ofere posibilitatea lucrului de explorare a organismului uman pentru a evidenția stările patologice.

Un institut de Patologie Generală trebuie să aibă săli de examen medical. Iată cerința fundamentală a unui bun învățământ de Patologie Generală!

Odată această cerință de învățământ satisfăcută, ușor s'ar putea trece de la constatarea stărilor morbide, de la stabilirea unității proceselor morbide la caracterizarea individului, persoanei și la cunoașterea acestei mari unități, care e *omul!*

\* \* \*

Trebuie să-mi achit, față de Dvoastră încă o obligație.

Spuneam la începutul expunerii mele, că la Facultatea de medicină din Cluj nu e nici o catedră a parte de Medicină experimentală.

Este această lipsă de catedră o reală lacună de învățământ? Pot afirma, cu toată convingerea, că nu e o lacună reală de învățământ.

La catedra de Patologie generală și experimentală se face, atât la curs cât și la lucrările practice, în mod real medicină experimentală.

Dovada o puteți avea în dările de seamă, pe atâți ani în urmă, și unde veți întâlni un bogat și variat material de medicină experimentală prezentat atât la cursuri cât și la lucrările practice cu caracter experimental.

Și o altă dovadă veți avea o urmând anul acesta

cursul și lucrările practice de Patologie Generală și experimentală.

Sper, să fiți satisfăcuți, în această privință, chiar cei mai doritori dintre Dvoastră de a cunoaște vastul domeniu al medicinei experimentale.

\* \* \*

Acum, după ce v'am expus, cu toată claritatea de care am fost capabil în această lecție, o concepție personală a Patologiei Generale și experimentale, țin să vă mai atrag atenția într'o anumită direcție, care prezintă un deosebit interes nu numai pentru mine, ci și pentru Dvoastre ca studenți înaintați în studii și ajunși la o anumită maturitate din punct de vedere intelectual.

Știți prea bine, că pretutindeni — nu numai la noi — se caută a raționaliza, a comprima învățământul indiferent natura lui.

Și învățământul medical a fost supus și va mai fi supus la atari acțiuni de raționalizare și de comprimare.

Învățământul Patologiei Generale și experimentale de la Facultatea de medicină din Cluj a reprezentat dela început și reprezintă și actualmente și un exemplu concret de raționalizare și de comprimare.

Să vă explic în ce constă această raționalizare și comprimare.

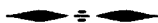
În primul rând, organizarea dela început a cursului de Patologie Generală și experimentală și perfecționarea cursului în decursul timpului a arătat inutilitatea învățământului de *Patologie internă și externă*.

Apoi, în al doilea rând, a arătat, că organizând cursul și lucrările practice de Patologie Generală și experimentală în modul expus, se face în chip real și *medicină experimentală*.

În mod anticipativ, prin organizarea învățământului de Patologie Generală și experimentală la Facultatea de medicină din Cluj, s'a făcut prin urmare o operă de simplificare, de comprimare și de raționalizare a învățământului.

\* \* \*

Sper, că tot ce v'am spus să fi găsit cea mai sinceră și bună primire din parte-vă și mai sper să pornim cu toată voia bună la lucru în acest nou an de activitate universitară.



Clinica Balneologică și Dietetică Cluj  
Director: Prof. Dr. MARIUS STURZA

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA BALNEOTERAPIEI REUMATISMELOR FOCAL-TOXICE

de  
Dr. EUGEN MORARIU  
asistent univ. și medic balnear

Medicina ultimelor decenii, dar mai ales după război, are tot mai mult tendința de a fi preocupată nu numai de terapia propriu zisă, ci mai ales de găsirea mijloacelor prin care să fie prevenite diferitele îmbolnăviri. Această tendință a fost urmată în domeniul bolilor sociale, prin crearea de dispensare, ambulatorii, preventorii sau sanatorii, atât la noi cât și în alte părți, de rezultate atât de mulțumitoare, încât pentru multe țări nici tuberculoza și nici sifilisul nu constituie o problemă socială cum aceasta era cazul înainte cu un timp nu prea îndepărtat. Dar prin ameliorarea situației în domeniul îmbolnăvirilor din aceste grupuri, patologia socială începe să fie preocupată de un alt grup de îmbolnăviri care prin frecvență, prin impotențele funcționale ce cauzează și prin numărul de afecțiuni cardiace ce lasă reține pe primul plan atențiunea tuturor factorilor de conducere ai societății, atât medicali cât și economici. Grupul reumatismelor, datorit legăturii ce există între diferitele sale forme de manifestare și condițiunile de trai, de locuință, de climat sau mai exact de microclimat local și prin importanța ce începe să ia în viața socială a dus la schimbarea condițiunilor de muncă în diferite întreprinderi, la construirea de locuințe igienice pentru muncitori și la crearea de instituții, care să se ocupe de îndrumarea tratamentului acestor bolnavi.

Manifestațiunile clinice sub care se prezintă îmbolnăvirile etichetate de reumatisme sunt mult mai numeroase ca aspect, poate, decât tablourile prezentate de îmbolnăvirea altor organe sau sisteme de organe, și aproape fiecare bolnav prezintă un tablou propriu, diferind de felul îmbolnăvirii al altui pacient din același grup. Se pare, că rolul ce revine componentei constituționale în îmbolnăvirile reumatismale este mult mai mare decât în alte îmbolnăviri. Într'adevăr constituția, interpretată ca fel de reacțiune a organismului față de o cauză nocivă, în care sistemului endocrin îi revine o importantă parte, are rol atât în ce privește forma sub care se prezintă îmbolnăvirea aparatului locomotor, cât și felul său de evoluție.

Dintre numeroasele forme de reumatisme pe care le întâlnim în decursul unui sezon balnear în stațiunile de cură, vom încerca să ne ocupăm de o formă

relativ destul de deseori observată, care datorită felului de evoluție a fost numită reumatism cronic primar, sau după denumirea propusă de *Slauck*, reumatism focal-toxic, a cărei ameliorare prin balneoterapie este de multeori numai trecătoare, trebuind să avem în vedere și alte considerațiuni decât numai aplicarea și administrarea de băi în urmărirea unui rezultat definitiv de vindecare.

Reumatismele acute ne interesează pe noi balneologii numai în ce privește complicațiile ce lasă la nivelul cordului; ele țin de bolile acute și terapia lor este în primul loc una medicamentoasă, iar fizioterapia vine în considerare numai în mai mică măsură ca tratament adjuvant. Formele subacute și mai ales formele cronice de reumatisme interesează deopotrivă pe medic și factorii de conducere socială, mai ales în țările unde serviciul social de asigurări pentru boală are o mai veche tradiție, care caută de-a putea vindeca și utiliza cât mai curând în muncă pe cel îmbolnăvit. Dacă în îmbolnăvirile acute stă pe primul plan terapia medicamentoasă, reumatismele subacute și mai ales cele cronice își găsesc și astăzi domeniul principal de vindecare în fizioterapie, în cadrul căreia balneologiei îi revine, poate, rolul cel mai important atât prin termalitatea agenților balneari ce aplicăm, cât și prin celelalte componente fizico-chimice care acționează asupra organismului.

Fizioterapia pură aplicată sub forma de termoterapie simplă sau ca energie electrică de mare frecvență transformată în căldură, acționează în primul loc printr-o ridicare a temperaturii și modificări circulatorii locale la nivelul de aplicațiune sau influențează întreg organismul, prin intermediul tegumentului, în aplicațiunile generale. Aplicațiunile generale sunt de cele mai deseori băi de aer supraîncălzit sau băi de lumină și numai rareori se aplică asupra întregului corp curenții de înaltă frecvență transformați în căldură. Fără îndoială, că în aplicațiunile generale, mai ales unde căldura este produsă de aparate luminoase, becuri sau arcuri voltaice, trebuie să ținem seama, că în afară de urcarea temperaturii corpului, intervine și o stimulare a funcțiilor tegumentului atât în sensul de potențare a eliminărilor de produse patologice prin transpirație cât și în sensul urcării proceselor imunitare și imunobiologice cu punctul de plecare din tegument. Prin stimularea funcțiilor tegumentului este stimulat în același timp și sistemul nervos vegetativ dela acest nivel și prin aceasta întreg aparatul endocrin este pus într-o stare de funcțiune mai urcată și astfel un echilibru mai bun poate să ia naștere. Cu această componentă de influențare a sistemului vegetativ și a aparatului endocrin trebuie să contăm mai

mult atunci când avem să tratăm bolnavi cu afecțiuni reumatismale cronice, la care constituția bolnavului joacă, de cele mai multe ori, un rol foarte important. Dar cu tot progresul ce s'a făcut până în prezent în domeniul electroterapiei, totuși rămâne unanim recunoscut, că balneoterapia și climatoterapia rămân neegalate în efectele de vindecare ce obțin reumaticii care își urmează tratamentul într-o stațiune balneară adecuată. Prin balneoterapia în stațiunile de cură, se produc modificări de ansamblu atât la nivelul organului îmbolnăvit, cât mai ales în întreg organismul. Aplicațiunea unei termoterapii printr'un agent balnear mobilizează ceea ce organismul dispune ca rezerve pentru vindecare și evoluția procesului morbid se face în condițiuni foarte favorabile. Balneoterapia va da numai atunci rezultate mulțumitoare când vom ști să alegem agenții naturali potriviți atât stadiului îmbolnăvirii, cât și constituției particulare a celui îmbolnăvit. O individualizare strictă a tratamentului balnear este necesară în toate cazurile, cura balneară neputând să fie fixată în mod șablonic pentru un timp mai îndelungat, ci trebuind ca pacientul să stea în permanent control medical. Dar chiar când agenții balneari sunt bine aleși, nu putem să pretindem dela balneoterapie să refacă din punctul de vedere anatomic alterațiuni definitive și stabilizate. Și aceasta trebuie s'o avem în vedere mai ales acolo unde avem să tratăm reumatisme, a căror etiologie este atât de variată și a căror forme clinice pot să varieze într'o largă măsură dela un pacient la altul. În reumatismele cronice secundare sau în neuro-mialgiile de dată recentă și de natură reumatismală, rezultatele ce se pot obține prin balneoterapie sunt mulțumitoare, atât momentan, cât și pentru mai târziu. Nu tot așa se prezintă chestiunea atunci când avem să tratăm, prin balneoterapie, pacienți cu afecțiuni reumatismale cronice-primare (focal-toxice în sensul lui *Slauck*), fie că acestea se prezintă ca poliartrite sau ca neuro-mialgii.

Se știe că afecțiunile reumatismale, cu evoluție cronică, dela nivelul articulațiilor, pot să fie consecința îndepărtată a unei îmbolnăviri acute sau pot să evolueze cu acest caracter de cronicitate dela început. Primele vor avea aceeași etiologie și patogenie ca și reumatismul acut specific; mecanismul patogen al celor din grupul îmbolnăvirilor cronice primare este ceva diferit, deasemeni evoluția și felul lor de localizare diferă de a celor acute. Până când reumatismele cronice secundare au în general, tendința de-a afecta aceleaș articulații mari care au fost prinse în cursul îmbolnăvirii acute, reumatismele cronice primare se localizează de predilecție în mod simetric pe micile încheieturi ale extremităților, pe articulațiile mici dis

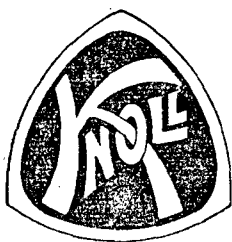
# Dicodid «Knoll»

calmează  
și cea mai intensă

# tuse

In afară de calmarea repede a centrului tusei,  
Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greață);  
nu produce decât foarte rar constipație.



Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăți à 0,005 gr.

Ambalaj original cu 20 bucăți à 0,005 gr.

Ambalaj original cu 10 bucăți à 0,01 gr.

De 2-3 ori pe zi 0,005-0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă.  
E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro  
dosi 1/4-1/2 din tabletele de 0,005 gr.

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S.A.R., Produse chimico-farmaceutice. Str. Atena 29, București 3.

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori  
mai activ, decât administrat pe cale bucală  
**PRESCRIEȚI DECI:**

# Calcimusc

soluție sterilă de gluconat de calciu 10%, pen-  
tru injecțiuni intramusculare și intravenoase  
Fiole de 5 și 10 cm.<sup>3</sup>

Profilaxia și tratamentul infecțiilor căi-  
lor respiratorii la adulți și la copii cu

# Chinaether

eter — chinină — camfor  
pentru injecțiuni intramusculare.  
Eficacitatea remarcabilă în tusea convul-  
sivă, pneumonii, complicațiunii pulmonare  
postoperatorii, etc., etc.!!!

În pneumonii, bronchopneumonii  
și alte boli infecțioase:  
excitantul sistemului cardio-vascular

# Adigan

soluție — fiole pentru injecțiuni — tablete  
Un preparat de digitală, pur, precis  
titrat, eficace, inofensiv și netoxic.

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

BUCUREȘTI V. Str. Logofătul Tânt 89

tale ale membrilor. Această localizare îndepărtată pare să nu fie lipsită de o dependență cu turburări sau modificări circulatorii locale, pe care le întâlnim aproape constant la astfel de pacienți. În afară de localizare, forma morfologică și evoluția lor lentă, reumatismele cronice primare se caracterizează printr'un semn, a cărui prezență este pusă pe socoteala unei diseminări de toxină care ar scălda celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinale. Acest fenomen, fibrilațiunea musculară, constă în mici contracțiuni intermitente care apar în diferite grupuri musculare voluntare, mai ales la nivelul cel mai îndepărtat a membrilor inferioare.

În opoziție cu concepția școlii americane asupra rolului ce ar reveni diferitelor focare de infecție din organism în etiologia unor îmbolnăviri reumatismale, Slauck consideră pentru afecțiunile focal-toxice, între care partea cea mai importantă o ocupă reumatismele cronice — primare, — numai focare infecțioase localizate în regiunea extremității cefalice ca dinți, amigdale, sinusurile anexe foselor nazale și în puține din cazuri urechea mijlocie.

Mecanismul patogenetic al îmbolnăvirii este complet deosebit interpretat de Slauck în raport cu explicația americană. Până când ultimii acordă diseminărilor microbiene pe cale sanghină sau limfatică rolul cel mai important în patogenia reumatismelor, Slauck consideră focarele din regiunea cefalică închistate și stând de cele mai multe ori sub o oarecare tensiune. Și din aceste focare pot să între microbii în torentul circulator, putând să dea mici bacteriemii relevate prin oscilații discrete de temperatură și mici eritrocituri trecătoare. Dar îmbolnăvirea articulațiilor se face nu atât datorită acestor agenți figuranți, ci mai ales toxinei care se formează la nivelul focarelor, fie că aceasta este produsul activității microbiene sau este o toxină rezultată din desagregarea țesuturilor în prezența microbilor dela nivelul focarului. O parte din această toxină trece în torentul circulator fie pe cale sanghină sau limfatică; o altă cantitate însă, în mod analog cu ceea ce se întâmplă cu toxina tetanică sau difterică, se rezoarbe dealungul tecei perineurale a nervilor din regiunea focarului infecțios și ajunge astfel la nivelul lichidului cefalo-rachidian în regiunea cea mai de sus, adică în regiunea cefalică. Or, lichidul cefalo-rachidian fiind produs de plexurile choroide are direcția de circulație în sens caudal. Toxina amestecată lichidului rachidian va urma și ea acelaș sens și va impresiona celulele motorii cele mai susceptibile din coarnele anterioare. Toxina acționând excitant asupra acestor celule, efectul său se va manifesta la periferie prin contracțiuni musculare la nivelul mușchilor inervați de celulele interesate.

Cum însă rezorbțiunea lichidului rachidian se face în partea inferioară a canalului rachidian, unde există vasele de legătură care îl unesc cu limfaticele abdomenului, toxina va stagna un timp mai îndelungat la acest nivel și va sta în consecință un timp mai îndelungat în contact cu celulele motorii ale ultimelor perechi lombare și sacrale. Din cauza, că aceste celule din segmentele de jos ale măduvei spinării stau mai mult în contact cu toxina, se vor resimți mai mult de acțiunea ei și fenomenele patologice vor fi mai deseori observate în domeniul mușchilor inervați de segmentele medulare respective, deci în regiunea mușchilor dela plantă și pulpe. Aici poate să fie observată mai deseori fibrilațiunea musculară.

Fibrilațiunea musculară se observă deci la pacienți care au un focar infecțios, localizat în regiunea extremității cefalice fie în dinți, amigdale, sinusuri sau urechea mijlocie, dela nivelul cărora diseminează toxină pe cale perineurală. Acest fenomen, pe care îl observăm de obicei în regiunea mușchilor inervați de ultimele segmente lombare și primele sacrale ale măduvei, persistă atât timp cât se menține focarul infecțios dela nivelul căruia se diseminează toxina. Ne-am așteptat ca atâta timp cât persistă focarul infecțios să se mențină fibrilațiunea musculară în mod continuu și de aceeași intensitate. În realitate observațiunile continue făcute un timp mai îndelungat asupra acelorași pacienți ne arată că intensitatea și frecvența fibrilațiunii musculare variază chiar fără să fi aplicat noi vre-un tratament. Se pare că schimbările cosmice și meteorologice au o mare influență aici, punând celulele nervoase într'o mai mare activitate. De altfel dintre toate afecțiunile cuprinse sub numele de reumatisme, îmbolnăvirile focal-toxice prezintă cea mai mare senzibilitate la schimbările atmosferice. Toată lumea este de acord, că există o serie de maladii, nu numai de natură reumatismală și nu numai de natură organică ci chiar funcționale, care resimt schimbările meteorologice cu mult înainte de a fi ele percepute de aparatele mecanice de înregistrare. Prin ce mecanism și ce factori din atmosferă intervin la această sensibilitate nu putem să știm cu siguranță. S'a încercat să fie puse aceste sensibilități în legătură cu gradul umidității aerului, cu starea presiunii atmosferice, cu electricitatea atmosferică, cu magnetismul dela nivelul solului. La un moment dat s'a crezut, că electricitatea atmosferică dominată de încărcarea ionilor de un anumit sens ar avea o influență într'un fel, iar de alt sens într'alt fel, mai ales în urma studiilor de meteorologie și meteoropatologie din școala lui *Dessauer* și *Rajewski*. Nici unul dintre factorii enumerați, considerați izolați în acțiunea lor, nu explică suficient fenomenele patologice semnalate în

legătură cu schimbările meteorologice, ceea ce ne face să considerăm, că trebuie să fie o combinație de mai mulți factori care acționează simultan și acțiunii cărora se mai adaugă sensibilitatea și reacțiunea proprie a organismului.

Intensitatea fibrilațiunii musculare stă în raport direct cu cantitatea toxinei care la un moment dat poate să se rezoarbă și prin lichidul cefalo-rachidian ajunge să se scalde celulele motorii din măduvă. Prin balneoterapia continuu supravegheată și nu prea intensivă reușim să influențăm în mare măsură frecvența fibrilațiunii musculare. Deși pacienții din aceste grupuri de îmbolnăviri focal-toxice resimt ameliorări evidente prin balneoterapie, totuși nu putem să-i considerăm vindecați atâta timp, cât continuă să persiste focarul toxic din organism. Într'un mic procent din cazuri, acuzele bolnavului dispar complet, iar semnul care ar denota persistența focarului infecțios, fibrilațiunea musculară, dispăre deasemeni. În aceste cazuri putem să presupunem, că prin aplicațiunea agenților balneari au fost mobilizate în așa fel mijloacele de apărare ale organismului încât focarul infecțios a fost rezorbit. Astfel de cazuri sunt însă cu totul rare și excepționale. De cele mai multe ori obținem prin balneoterapie o ameliorare subiectivă foarte accentuată a acuzelor de boală, un rezultat mulțumitor momentan, fără însă să avem dreptul de a considera pacientul vindecat. În aceste cazuri, dacă fenomenele dureroase se mențin cu o mică intensitate sau apar mai exagerat la schimbările meteorologice și dacă se menține fibrilațiunea musculară, o vindecare completă o vom putea considera numai atunci, când după eliminarea operativă a focarului toxi-infecțios, dispăre, pe lângă acuzele bolnavului, și fibrilațiunea musculară. Focarele toxi-infecțioase conținând microbi, aceștia deși inchiști, vor putea din când în când să dea naștere la mici puseuri de diseminare microbiană, evidențiabile prin mici oscilațiuni febrile și eritrociturii discrete. Aceste fenomene pot să apară și în decursul balneoterapiei, fără însă să li-se atribue o importanță prea mare. Trebuie să ținem însă seama de ele atunci, când în legătură cu balneoterapia, ne decidem la eliminarea operativă a focarului. Nu va fi permis să intervenim într'o astfel de fază, când organismul se găsește într'un puseu de diseminare microbiană, ci vom aștepta până la liniștirea completă a procesului, pregătind pacientul prin piramidon și vitamină C.

Reumatismele focal-toxice vor beneficia de balneoterapie numai în faza lor primă sau secundară, până când alterațiunile stabilizate din faza a treia, din faza de productivitate, vor rămâne foarte puțin influențate. Totuși și aici putem să ameliorăm starea funcțională

a articulațiilor printr'o mai mare mobilitate a proceselor fibroase. În stadiul prim vom face uz de toate metodele care au ca efect o stimulare a circulațiunii și o mai bună irigație a țesuturilor îmbolnăvite. La aplicațiunea unei terapii balneare sau fizioterapeutice, trebuie să avem în vedere, că pacienții din aceste grupuri suportă în general greu temperaturi prea ridicate sau aplicațiuni prea energice. Vom aplica băi de temperatură nu prea ridicată, cu puțin peste punctul de indiferență, iar mai târziu împachetări de nămol locale la nivelul articulațiilor sau proceduri de sudație, care pe lângă iperemia și modificările circulatorii ce produc mai au și rolul de a stimula eliminarea substanțelor toxice și a produselor nocive, prin transpirație.

Ținând seama de îmbolnăvirile reumatismale în sensul concepției școlii din Aachen, am căutat să vedem cum se comportă fenomenul fibrilațiunii musculare și cum este influențat acest simptom prin tratamentul balnear cu apele cloruro-sodice concentrate și a nămolurilor sapropelice dela Sovata.

În cursul sezonului balnear trecut am condus și urmărit tratamentul balnear la o serie de pacienți cu manifestațiuni reumatismale focal-toxice. La toți am remarcat fibrilațiunea musculară, ceea ce ne dovedea prezența focarelor toxi-infecțioase în organism. Tratamentul balnear ce le-a fost recomandat acestor bolnavi au fost băi călduțe sărate, băi de nămol nu prea calde, iar la unii bolnavi am asociat tratamentului balnear și aplicațiuni fizioterapeutice ca băi de lumină sau împachetări umede simple. În prescripțiunile de cură am fost conduși de considerațiunea, că pacienții cu manifestațiuni focal-toxice, în general, suportă rău contraste prea mari de temperatură sau aplicațiuni prea energice. De aceea ne-am menținut atât la prescrierea băilor sărate cât și la cele de nămol la temperaturi cu puțin peste punctul de indiferență, iar împachetări de nămol au fost prescrise abia după ce pacientul era acomodat factorilor balneari.

Prin balneoterapia ce am aplicat acestor pacienți am obținut, la cea mai mare parte dintre ei, o ameliorare pronunțată a fenomenelor subiective. Cu toate acestea n'am putut să considerăm vindecați decât o mică parte din ei din cauza persistenței continue a fibrilațiunii musculare, la unii și la sfârșitul tratamentului balnear. Pacienții au plecat din stațiune cu acuzele diminuate sau chiar dispărute însă prezența focarului a persistat la unii cu toată balneoterapia.

Nazuințele noastre de a obține o vindecare definitivă vor fi foarte relative atâta vreme cât nu vom fi intervenit în mod operativ pentru eliminarea focarului, pe care vom căuta să-l descoperim dela începutul tentativei de tratament. Dacă în unele cazuri focarele

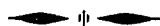


sunt ușor de descoperit și de eliminat, mai ales când țin de dinți și amigdale, altele, când sunt interesate sinusurile dela nivelul extremității cefalice, mijloacele de tratament de care dispunem astăzi sunt cu totul insuficiente pentru a putea considera vindecată și refăcută o mucoasă sinusală îmbolnăvită cronic. De aici și rezultatele obținute prin intervenția asupra sinusurilor vor fi mai puțin favorabile ca și acele ce se vor obține prin intervențiile pe amigdale sau dinți cu granulome. De altă parte atunci când eliminăm operativ un focar toxi-infecțios ne putem întâlni cu fenomenul de anacoreză a lui *Ascoli*, întrând în activitate focare necunoscute sau latente până la data operației.

Felul cum este în general conceput tratamentul balnear la noi, ne pune pe medicii balneologi într-o situație incomparabil inferioară față de colegii din alte părți. Până când acolo pacientul rămâne în tratament balnear un timp care depinde de progresul vindecării și care nu poate să fie fixat dinainte, la noi cei care se prezintă pentru a beneficia de agenții terapeutici ai unei stațiuni balneare, vin cu programul de tratament fixat de acasă pentru un timp ce variază între 3—4 săptămâni. Or, acest timp, mai ales când avem de tratat pacienți cu poliartrite focal-toxice este absolut insuficient din motivul că nu putem să dăm un tratament mai energic atâta timp cât nu cunoaștem felul de reacțiune al celui îmbolnăvit. Dar chiar în decursul tratamentului apariția eritrocituriei ne va îndemna la o reducere a intensității agenților balneoterapeutici. În cadrul tratamentului ar trebui să între și asanarea focarului. Aceasta este însă o imposibilitate la noi când timpul pacientului este atât de măsurat.

### Literatură

Prof. Dr. Edens: Rheumaprobleme Bd. III. 1934. — Dr. E. Freund: Gelenkerkrankungen. Urban Schwarzenberg. 1929. — Dr. H. Gehlen: IL Kongress der dtsh. Ges. f. I. Med. Wiesbaden 1937. — Dr. Fr. Knöchel: Klin. Wschr. Nr. 51. 1937. — Dr. H. Lampert: Heiquellen und Heilklima, Leipzig, 1934. — Anton Magelssen: Acta Rheumat. Nr. 15, 1932. — Dr. B. Rajewski: Strahlentherapie B1. 48, 1933. — Dr. G. Schorer: Schweiz. med. Wschr. Nr. 18, 1931. — Prof. Dr. A. Slauck: Anleitung zur klinischen Analyse des infektlösen Rheumatismus, Leipzig, 1938. — Prof. Dr. A. Slauck: Münch. med. Wschr. Nr. 34, 1937; Klin. Wschr. Nr. 21, 1937; Jahreskurse für ärztl Fortbildung, Nov. Heft. 1937. — J. Strasburger u. H. Lampert: Dtsch. med. Wschr. Nr. 34, 1933.



Sanatoriul Chirurgical „Sănătatea“ Chișinău  
Medic-șef: Dr. KURT WOHLGEMUTH

## CALCULII APENDICELUI ȘI APENDICITA

de  
Dr. S. BADER  
medic-asistent

Calculii apendicelui — coprolitii — sunt formațiuni dure de formă sferică sau ovalară având mărimea unui bob de mazăre până la formațiuni cu diametre de 1—2 cm. pe care le găsim uneori în apendice și care se nasc chiar aci.

Dela început trebuie deosebiți coprolitii — adevărații calculi apendiculari — de simple concremente fecaloide care se sfarmă între degete, fiind formațiuni numai din fecale solidificate și care nu sunt deci, sau mai bine zis încă nu sunt, calculi propriu ziși.

Calculii propriu ziși sunt formațiuni dure, după cum am spus, conținând săruri calcare, care le dau această duritate. Ele joacă rolul unui dop al apendicelui, atunci când ajung la o mărime oarecare, joacă un rol de supapă când sunt mai mici și transformând astfel lumenul apendicelui într-o »cavitate close«, exaltează virulența microbiană de aci, pe de altă parte prin iritația mecanică pe care o exercită asupra peretelui apendicular, rezultă tulburări în circulația acestui perete, iar ca urmare a acestor fenomene apare tabloul clinic al apendicitei, care în cazul acesta este întotdeauna foarte serios prin leziunile anatomo-patologice ce le găsim, chiar când simptomele clinice erau discrete.

Coprolitii pot fi găsiți în apendice sau în cavitatea peritoneală. Atunci când peretele apendicular, fie prin combinația amândurora este perforat, calculul ajunge în cavitatea peritoneală, unde poate duce la o peritonită închistată, sau unde poate rămâne mai multă vreme (chiar ani de zile) fără simptome clinice evidente, putând da naștere ulterior abceselor peritoneale.

La început calculii apendicelui au fost confundați cu sâmburi de cireșe, cari sunt însă prea mari pentru a pătrunde în lumenul apendicular din cauza valvulei lui Gerlach (*Ribbert*). Alți autori (*Adam, Rauch*) confundă coprolitii cu calculii biliari. Nu este exclus ca mici calculi biliari să pătrundă în apendice, însă ei nu ajung la mărimea coprolitului propriu zis, pot forma însă un nucleu pentru un viitor coprolit.

Încă prin anii 1920—1923 autorii prezintă cazurile de apendicită cu coproliti, ca descoperiri foarte rare. Mai târziu, prin studiile făcute de diferiți autori (*Aschoff, Westphal* și a.) asupra patogeniei și anatomiei pato-

logice ale calculilor și leziunilor cauzate de ele, apar concluzii concrete asupra litiazei apendiculare.

Dar nici astăzi calculii apendiculari nu sunt o afecțiune frecventă.

Calculii apendicelui se nasc pe loc (*Patel și Ponthus, Badile, Maver și Wells*).

După *Anschoff* formarea coprolitiilor se explică astfel: Fiziologic există o stază fecală în apendice, cauzată mai puțin de valvula lui Gerlach decât prin flexuozitatea fiziologică a apendicelui, flexuozitate sau codire, care se găsește constant în porțiunea lui terminală. Totodată flora microbiană în porțiunea terminală a apendicelui diferă de aceea a porțiunii proximale. Cauza ar fi în primul rând o evacuare mai dificilă a părții terminale datorită flexuozității mai sus arătate, în al doilea rând, dacă apendicele este atins în funcțiunea lui evacuatrice din cauza inflamațiilor precedente, rezultă o retenție prelungită de fecale. Retenția fecalelor încă nu este identică cu coprolitul. Numai atunci când fecalele din porțiunea terminală nu se mai evacuează de loc, începe formațiunea concentrică a materiilor fecale. Dacă survine acum și încrustarea cu săruri calcare, atunci putem vorbi de adevăratul coprolit.

Deci coprolitiile se nasc de obicei ca rezultatul acceselor inflamatoare mai serioase, fiind rezultatul unei iritații apendiculare.

*Westphal* arată și el importanța stazei materiilor fecale în apendice ca rezultatul unei iritații apendiculare. Prin examene radiologice ale apendicelui la bolnavi tratați cu injecții intravenoase de pilocarpină și atropină, el arată că există și o altă deosebire între porțiunea terminală și porțiunea proximală (*Antrum*) a apendicelui. Astfel el constată, că prin contracția antrumului, conținutul corpului apendicular e supus unei presiuni: staza apendiculară hipertonică. Muscularitatea antrumului e mai dezvoltată decât aceea a corpului și aceasta structură musculară favorizează și ea staza în porțiunea distală a apendicelui, prezentând ulterior și un obstacol pentru eliminarea coprolitului. Prin reținerea resturilor de fecale se formează coprolitul.

Calculii apendiculari pot lua naștere și prin încrustarea corpiilor străini aflați în apendice. În special corpurile străine ascuțite, colțuroase, tăioase sau încovoiate în formă de cârlig, favorizează dezvoltarea coprolitiilor, cauzând mai multă pagubă decât cele rotunjite, care pot rămâne ani de zile în lumenul apendicelui fără a se încrusta. În jurul corpiilor străini se formează calculul apendicular, grație încrustării cu săruri calcare. *Murphy* descrie între 68 de ace găsite în cazuri de apendicită datorite corpiilor străini, 22 de

ace care erau încrustate cu săruri calcare. *M. Van Neck* a găsit un calcul apendicular conținând un ac de alamă. *Szymonowicz* prezintă un caz de apendicită, la care a găsit în lumenul apendicelui un ac lung de 3 cm. care a fost încrustat.

În jurul calculilor apendiculari în formație se depune un strat de mucus care provine din glandele înconjurătoare (*Ribbert*). După *Aschoff* coprolitul, grație invelişului său mucos, atrage și favorizează dezvoltarea microorganismelor specifice, ceea ce dovedește faptul că porțiunea centrală pierde din ce în ce bacteriile sale, în schimb fiecare strat mucos suprapus conține un număr imens de bacterii. Impregnarea mucusului cu bacterii survine în mod secundar. Microorganismele coprolitului provin din flora apendicelui și se deosebesc de cele ale cecului.

Calculul este format dintr'un nucleu central de materii fecale și din invelişuri concentric stratificate de mucus dens de culoare brună în care se depun săruri calcare (*Ribbert*).

*Cu ti* a găsit un coprolit provenit dela o apendicită perforată, care în afară de combinații minerale era acoperit cu pigmenți biliari. Deoarece la examenul coprolitului constată lipsa complectă de cholesterină (corposterină), el este de părere că nu se formează din materii fecale solidificate.

*Navarro* a găsit un calcul apendicular de mărimea 2:1,5 cm. conținând 1,40 gr. cholesterină și susține că precum apendicele poate fi un organ de eliminare pentru bacterii și toxine, așa poate elimina și un surplus de cholesterină din sânge.

*Mülleder* consideră coprolitul găsit de el format din Bismut datorit unei radiografii anterioare cu substanța de contrast.

*Marziani* găsește un calcul de mărimea unei alune fiind constituit din ouă de trichocefali.

*Wassertrüding* susține că la examenul chimic al coprolitului ce l-a găsit, a pus în evidență fosfați la exterior și corposterină în interior.

Examenul chimic al coprolitului găsit de *Tobler* pune în evidență în afară de puțin sânge și substanță organică, fosfați de calciu.

*Maver și Wells*, examinând un mare număr de calculi apendiculari, i-au găsit următoarea compoziție: aproximativ jumătate constă din săpunuri cu multă coprosterină și din cantități mici de cholesterină. Numai o parte din ele sunt săpunuri calcare. Un sfert este material anorganic în special fosfat de calciu, o cincime sunt substanțe organice ce provin din conținutul cecului, câtă vreme celelalte substanțe sunt eliminate din peretele apendicular.

*Shattock* susține că în afară de fosfați și carbo-

# PIPÉRAZINE MIDY



(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

---

# THIODÉRAZINE MIDY



(injectabilă)  
fiole 5 cc.

*Tratament general al*

REUMATISMULUI CRONIC

---

# THIODACAÏNE MIDY



(fiole 20 cc.)

*Tratament local al*

DURERII REUMATICE

---

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

*Eșantioane și Literatură:*

I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREȘTI, 4

**Extenuare funcțională  
și stări supraexcitative  
Insomnie nervoasă  
Depresiuni  
Turburări vasomotrice**

# Calcibronat

(Ca. Br. Lactobionat)

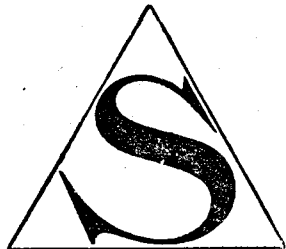
**BUCUREȘTI: Drogueria D. Nestor, Str. Lipscani 102**

**CLUJ: Drogueria „Royal“, Piața Unirii 26.**

Cutii de aluminiu cu 10 doze efervescente  
1—3 tablete pe zi.

Cutii de tinichea cu 100 gr. granulat  
1—3 linguri de supă la zi.

Ampule cu 5 și 10 ccm.



**SANDOZ A. G. BASEL, SCHWEIZ**

*La*  
*anemie*

# Henacit

Flacoane cu 50 gr. pref.  
Cutii cu 6 fiole a 2 cmo.  
Tuburi cu 20 tablete a 1 gr.

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

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

nași de calciu, coprolitul conține și fosfați amoniaco-magnezieni.

Coprolitii pot fi situați în lumenul apendicelui sau — pupă perforarea peretelui apendicular — în cavitatea peritoneală.

Obișnuit se găsește un singur calcul, dar se pot găsi și mai multe. *Soos* a găsit cu ocazia unei autopsii 134 de calculi mici într'un apendice. Când găsim un calcul el este situat cel mai frecvent în treimea superioară, dilatând la acest nivel apendicele. Mai rar calculul este situat în partea distală.

Suprafața coprolitului este rugoasă.

Greutatea calculului variază dela caz la caz. *Packard* a găsit un calcul în greutate de 8 gr.

Aproape în toate cazurile de apendicită calculoasă, când mărimea calculului întrece diametrul lumenului apendicular, leziunile peretelui apendicular sunt foarte serioase. Majoritatea autorilor prezintă leziuni gangrenoase datorite pe de altă parte — tulburărilor vasculare din cauză mecanică.

*Aschoff* atribue leziunile inflamatorii găsite în cazuri de calculoză apendiculară, exaltării virulenței agenților microbieni. El exclude o acțiune distructivă a coprolitului asupra mucoasei, deoarece pe secțiuni ale apendicelui la nivelul calculilor chiar foarte mari, mucoasa este intactă; în schimb leziunile mai grave se găsesc în porțiunea mai jos situată a coprolitului.

*Odinzov* susține că forma gangrenoasă a apendicitei corespunde inclavării acute a calculului. Apendicele se tumefiază din cauza inflamației, prin tumefiere vasele și capilarele se strâng și rezultă gangrena.

*Métinet* descrie câteva cazuri de apendicită calculoasă la copii și arată că în caz de obstrucție rezultă apendicită gangrenoasă.

Leziuni gangrenoase ale apendicelui în cazuri similare au fost descrise de *Adam* și *Kleeblatt*.

După *Falkenstein* suprafața rugoasă a calculului ar fi produs un ulcer în peretele apendicular.

*Badile* prezintă un caz de apendicită calculoasă în care apendicele, din cauza leziunilor necrotice, s'a desfăcut spontan de cec, așa încât a rămas în contact numai cu mezoapendicele. Examenul anatomo-patologic a arătat că fenomenele inflamatorii s'au petrecut mai ales în mucoasă, care în parte era distrusă, în parte păstrată și înconjurată de procese inflamatorii distructive profunde. Sub-mucoasa, inflamată și ea, se prezintă ca un zid de apărare față de musculara sănătoasă subjacentă. Musculara puțin hipertrofiată, prezintă alocurea o infiltrație leucocitară. Aparatul vascular și nervos este intact. În concluzie, leziunile găsite de *Badile* sunt datorite proceselor inflamatorii exudative și necrotice, iar

coprolitii sunt cel mai des nu cauza, ci efectul acestor fenomene.

*Matthes* crede că prin compresiune coprolitul produce leziuni necrotice ale peretelui apendicular, arătând însă totodată importanța stazei apendiculare în cauzarea acestor leziuni.

*Dobrescu* și *Bogdan*, arătând frecvența tuberculozei adendiculare, susțin că ea este aproape întotdeauna însoțită de corpuri străine și coprolitii.

Încă în anul 1887, *Birch-Hirschfeld* insistă asupra complicației celei mai frecvente a calculilor apendiculari: perforația apendicelui. Deseori peretele apendicelui se necrozează iar coprolitul, care era cauza ulcerățiunii, pătrunde în cavitatea peritoneală unde se desvoltă o peritonită închistată grație aderențelor cu organele vecine, sau într'o cavitate purulentă a țesutului retroperitoneal, atunci când apendicele a făcut aderențe cu peritoneul parietal.

*Marziani* prezintă un caz de peritonită după perforarea apendicelui de către un coprolit, la o femeie în vârsta de 40 de ani.

*Cheton* studiază complicațiile coprolitilor la 4 cazuri susținând că după perforare, calculii apendiculari pot rămâne ani de zile (într'un caz 25 de ani) fără a provoca fenomene clinice serioase. Brusc însă se poate forma un abces peritoneal, a cărui situație topografică este foarte variată. Într'un caz abcesul era situat în micul bazin, alteori în hipocondrul drept și în fossa prehepatică. În toate din cele 4 cazuri a precedat, după cum arăta anamneza, un acces serios de apendicită, care a retrocedat numai prin dietă și pungă cu gheață. Cauza acestor abcese a fost întotdeauna coprolitul, iar din apendice au rămas numai resturi, într'un caz n'a mai rămas nimic din el.

O complicație mai rară este cazul prezentat de *Rintelen*, unde la un copil în vârsta de 8 ani, un abces apendicular s'a deschis în vezica urinară. Prin sonda a demure s'a eliminat un ascarid. Survenind apoi anurie, se scoate sub narcoză din uretră un coprolit. Autopsia făcută ulterior, a confirmat diagnosticul clinic.

Simptomatologia nu variază de aceea a apendicitei acute sau cronice obișnuite sau de complicațiile acestora care ne sunt cunoscute.

Totuși unii autori atribue o importanță deosebită colicilor intestinale. *Métinet* crede că la copii colicele intestinale repetate, care se termină întotdeauna cu eliminare de gaze, sunt datorite deseori coprolitilor. Și *Westphal* susține ca un simptom frecvent în calculoză apendiculară, colica intestinală. El găsește explicația în iritația pe care coprolitul o exercită asupra apendice-

lui, care la rândul său răspunde printr'o contracție și care clinic se traduce prin colicile mai sus arătate.

Alți autori (*Damo, Rosenak*) descriu în cazuri de calculoză apendiculară, hematurii repetate care dispar după apendicectomie.

Diagnosticul calculozii apendiculare se poate pune numai cu ajutorul radiografiei. Uneori radiografia ne poate duce în eroare.

Astfel un calcul apendicular poate fi ușor confundat radiologic și clinic cu un calcul biliar, ureteral sau cu un ganglion mezenteric calcificat.

*Bouchacourt* prezintă cazul unui bărbat în vârstă de 36 de ani, care s'a îmbolnăvit acut cu dureri în hipocondrul drept și la care radiografia făcută pune în evidență un calcul de mărimea unui sâmbure de curmală, care părea a fi situat în vezica biliară sau choledoc. Operația arăta însă că era vorba de un calcul apendicular, apendicele fiind sus situat, iar cecul fiind aderent de vezica biliară și duoden.

La un bărbat în vârstă de 34 ani care s'a îmbolnăvit cu dureri în partea dreaptă a abdomenului cu punctul Mc. Burney dureros, fără apărarea musculară și cu hematurie repetată, radiografia arată în drumul ureterului drept, o umbră rotundă. Nu se poate constata pe placa radiografică dacă umbra corespunde intestinului, ureterului sau unui ganglion calcificat. Sonda ureterală pătrunde ușor. La operație se dă de un apendice retrocecal, gros cât un police și fixat la vârf, conținând în lumenul său un coprolit. (*Rosenak*).

Cazul lui *Perrin*: făcându-se radiografia unui bolnav cu dureri în fossa iliacă dreaptă, se observă în vecinătatea ureterului, două umbre simulând calculi ureterali. Repetând radiografiile cu sonda de contrast introdusă în ureter, se remarcă de data aceasta că umbrele sunt distanțate de sondă și că prin urmare, nu se află situați în ureter. Se pune diagnosticul de apendicită. Operația făcută după două luni, pune în evidență 2 calculi situați în mezoapendice, provenind din apendicele perforat.

*Perrin* recomandă în asemenea cazuri a se face radiografii atât la inspir cât și la expir forțat, sonda fiind introdusă în ureter.

Bine înțeles că pentru a diferenția calculii ureterali sau renali de o apendicită calculoasă, va trebui să ținem seamă și de aspectul clinic al bolnavului: aspectul limbei, pulsul (care este neschimbat în cazuri de litiază renală sau ureterală), durere la palpație în punctul Mc. Burney cu retracția mâinei (*Loslassungschmerz*) care se găsește numai în apendicită, tușeu rectal și în fine anamneză. Analiza urinei nu dă un rezultat sigur (*Manuiloff, Dietz*).

Pentru a diferenția radiologic un calcul apendi-

cular de un ganglion mezenteric calcificat ne putem folosi după *Kleeblatt* de următorul fapt: Umbra calculului apendicular este uniformă, bine limitată, spre deosebire de un ganglion mezenteric calcificat, care dă o umbră cu o limită neregulată, colțuroasă.

În toate cazurile când suntem nevoiți a face diagnosticul diferențial, vom da o importanță deosebită apărării musculare care pledează pentru adendicită (*Manuiloff, Rosenak*).

Dat fiind faptul că apendicita calculoasă prezintă leziuni anatomopatologice foarte serioase, chiar dacă tabloul clinic nu este alarmant, prognosticul în asemenea cazuri este serios și se cere în consecință o intervenție chirurgicală de urgență.

Prezint urmatoarele două cazuri de apendicită calculoasă cari au fost văzute și operate la noi de dl *Dr. K. Wohlgermuth*:

CAZ. I. — Bolnavul F. J. în vârstă de 36 ani, prezenta cu o săptămână înaintea internării, dureri vii abdominale fără temperatură și fără vărsături. Cu o zi înainte de operație, bolnavul are grețuri, temperatura 37,8 grade și puternică apărare musculară în fossa iliacă dreaptă. Operație de urgență: Incizia Mc. Burney, planurile se secționează încrucișat. Se observă o infiltrație edematoasă a planurilor peretelui abdominal. Peritoneul îngroșat și de culoare roșietică. Mezenterul în formă de ghem este aderent de peritoneu. Deasupra acestui ghem se simte o rezistență dură. După ce s'a tamponat cavitatea peritoneală în toate părțile, se încearcă eliberarea mezenterului aderent, în care timp se revarsă din abcesul existent, un puroi gros și fetid. Degetul explorator introdus în cavitatea abcesului simte un corp dur, care este un calcul colțuros, mare cât o cireasă, fiind însoțit de un alt calcul mai mic, de formă conică și cu suprafața netedă. Pentru a nu distruge aderența protectoare, nu se mai caută apendicele. Drenaj, sutura parțială. După 19 zile bolnavul părăsește Sanatoriul.

După o lună de zile, bolnavul revine cu apendicită subacută. Intervenția: excizia cicatricei, planurile se secționează încrucișat. Cecul imobilizat din cauza aderențelor, apendicele e situat față de cec, lateral și în sus. Apendicectomie, refacerea planurilor. Apendicele e îngroșat la vârf și conține materii fecale și oxiiuri. Macroscopic, locul de perforație nu se poate recunoaște. După 11 zile, bolnavul fiind vindecat, părăsește sanatoriul.

CAZ. II. — Bolnavul K. F. în vârstă de 6 ani, are cu o zi înaintea internării, dureri vii abdominale, grețuri și temperatură care oscilează între 37,5°—38,5°.

În antecedente nici un acces de apendicită. Fiind examinat înaintea operației, prezintă dureri în punctul lui Mc. Burney și punctul lui Lanz, abdomenul moale, starea generală foarte bună.

Operația: incizia Mc. Burney, planurile se secționează încrucișat. Mușchii peretelui abdominal ușor infiltrați, peritoneu de culoare roșietică, în cavitatea peritoneală multă secreție seroasă. Apendicele de culoare violacee, este turgescent, gros cât un police și aderent la vârf, fiind înconjurat în parte de epiploon. Prin peretele apendicular se simte în treimea superioară, un corp tare de formă sferică. Mezoapendicele infiltrat

La Coli-infecțiuni  
ale căilor urinare

Amonium - sau Magnesium -

**Mandelat**  
*„Asta”*

*Scilloral*

glucosidul cardiac  
maniabil cu o largă  
posibilitate de dozare.

Literatur und Proben  
stellt zur Verfügung:



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

Reprezentant general pentru România:  
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

și îngroșat. Apendicectomie, infundarea bontului și suprasuturarea mezoapendicelui. În apendice se găsește un coprolit de mărimea unei alune, având o consistență dură și o suprafață neregulată, colțuroasă. Restul lumenului apendicular plin cu materii fecale. Peretele apendicelui este foarte subțiat.

După 10 zile, bolnavul părăsește Sanatorul fiind vindecat.

## Bibliografie

Adam L.: Gallensteine im Wurm fortsatz (XI Congres chirurgical ungar 11—13 IX 1924). — Aschoff L.: Der Kotstein im Wurmfortsatz (Münch. med. Wschr. 1933, I). Aschoff L.: Der appendizitishe Anfall und seine Beziehungen zum Kotstein (Klin. Wschr. 1933, II). — Badile P. L.: Contributio alla patogenesi ed al significato di calcolo dell' appendice (Arch. Soc. Ital. Chir. 1931). — Birch-Hirschfeld: Lehrb. der pathol. Anat. (Ed. F. C. Vogel, 1887, II). Bouchacourt L.: Un cas de calcul de l'appendice, simulant un calcul hepatique. (Bull. et Mem. de la Soc. de radiol. med. de France année X, Nr. 93, 1922). — Cheton M.: Accidents dus aux calculs intraperitoneaux d'origine appendiculaire. (Congr. fr. chir. 375, 1930). — Curti L.: Sull'analisi chimica di un calcolo appendicolare. (Osp. Bergamo 1933, II). — Dano R.: Calcul de l'appendice et troubles urinales (J. de Radiol. 15, 1931). — Dietz P.: Ureterstein und Appendizitis, eine differenzial diagnostische Betrachtung (Münch. med. Wschr. 1936, II). — Dobrescu și Bogdan: Considerațiuni asupra tuberculozei apendicelui. (Rev. chir. 41, 1933). — Falkenstein I.: Morgensternartiger Stein im Wurmfortsatz. (Ztbl. f. Chir. anul 50 Nr. 50—51 1923). — Haas L.: Über röntgenologisch feststellbare Wurmfortsatz steine (Klin Wschr. Jahr 7 Nr. 31, 1928). — Kleebblatt F.: Appendixstein im Röntgenbild. (Münch. med. Wschr. Jahre 65 Nr. 45). — Manuiloff A.: Appendicite perforante simulante une calculose multiple de l'uretere. (J. de chir. 48, 1935). — Marziani L.: Calcolo apendicolare di natura parasitaria (Policl. sez. prat. anno 31, Nr. 16, 1924). — Matthes H. G.: Beiträge zur Fremdkörperappendizitis. Zbl. Chir. 1938). — Maver and Wells: The composition of appendical concretions. (Zentr. org. f. d. ges. Chir. 1922, Vol. XV, 2). — Metinet G.: Coliques appendiculaires, coprolithes et appendicite gangreneuse, (Presse med. Année 35, Nr. 102, 1927). — Murphy J.: Appendicitis due to the presence of foreign bodies in the lumen of the appendix (americ. journ. of roentgenol. Vol. IX, Nr. 7, 1922). — Mülleder A.: Ein seltener Fund in der appendix (Zbl. f. chir. Jahre 51, Nr. 10, 1923). — Navarro A.: Appendicitis mit Cholestearinstein (anales de la Fac. de Med. vol. VII, Nr. 6 1922). — Neck M. van: Othopedie et appendicite, (Arch. franco-belges de chir. anée 28, Nr. 6, 1925). — Odinzov V.: Appendicitis in Verbindung mit der Function des Wurmfortsatzes (I. Kongr. d. Chir. d. Ural 1927). — Packard H.: Appendicular lithiasis, Report of a case unique in the anals of surgery (Boston med. a surg. Journ. vol. 85, 1921—22). — Patel et Ponthus: Lithiase non stercoral de l'appendice (Soc. National de science med. Lyon 1930). — Perri N.: Diagnostique differentiel entre l'appendicite chronique et la lithiase uretero-rénal. (44 Congr. fr. chir. 1935). — Rauch: Gallensteine im Wurmfortsatz (Zbl. chir. 1929, 621—22). — Ribbert H.: Lehrb. d. allem. Path. u. d. pathol. Anat. (ed. F. C. Vogel 1915. — Rintelen G.: Durchbruch eines sppndizitischen Abscesses in die Harnblase mit Ascaris und Kotsteinentlehrung durch der Harnröhre (Dtsch. Z. Chir. 1933, 242). — Rosenak M.: Eine schwere Differenzialdiagnose zwischen Appendicitis und Ureterstein (15 Cong. chir. ungar 1929, 27—29 V). — Schroeder C.: Zur Kasuistik der Fremdkörpera-

ppendizitis (Zbl. f. chir. Jahre 51 Nr. 11-a 1924). — Shattock S. The traumatic causation of appendicitis, and apendicular concretions (Proc. of the roy Soc. od. med. London Vol. XIII, Nr. 9, 1920). — Soós J.: Beitrag zur Frage der schleimigen Steine der Wurmfortsatzes (Frankf. Z. Path. 46, 1933). — Szymonovicz J.: Fremdkörper als Ursache von Appendicitis. (Polskie Przegl. clin. Vol. IX, 1930). — Tobler Th.: Zur Frage der Fremdkörperappendicitis mit besonderer Berücksichtigung der Kolloidchemischen Entstehung von Appendix-Konkrementen (Bruns Beitr. z. Klin. Chir. Vol. 140, 3, 1927). — Wassertrüdinge O.: Appendixsteine (Zbl. f. Chir. Jahre 52, Nr. 38, 1925). — Westphal K.: Appendicitis und Kotstein als Folge gestörter Appendixfunktion (Dtsch. med. Wschr. 1934).



Laboratorul spitalului public evreesc Cluj  
Medic șef: Dr. V. STERN

## EXISTENȚA UNUI FERMENT URICOLITIC ÎN ORGANISMUL UMAN

de:

Dr. STERN VILIAM, Dr. FRITS TIBERIU, și Dr. STERN ALEX.

I. În anul trecut a apărut o lucrare a lui Kallós despre excreția acidului uric prin salivă. Ocupându-ne de mai aproape cu această problemă, am avut ocazia să constatăm în cursul lucrărilor că dacă lăsăm saliva să stea câteva ore la temperatura camerei, o parte a acidului uric pe care saliva o conținea dispăre. Eram deci puși în față cu un fenomen de descompunere al acidului uric, fenomen ce are loc într'unul dintre sucurile digestive ale organismului uman. Ori până în prezent majoritatea autorilor în frunte cu Wiechowski au susținut cum că *economia umană nu posedă ferment uricolitic* (cel animal da, exceptând maimuțele antropoide) și că organismul uman nu e capabil să descompună acidul uric, care odată format ar reprezenta la om un ultim termen de degradare al nucleoproteidelor. Această concepție se bazează principalmente pe următoarele noțiuni experimentale:

a) În organele economiei umane nu s'a putut pune în evidență prezența vreunui ferment uricolitic.

b) Injectat intravenos, acidul uric se regăsește 100% în urină (la om).

Există deci o flagrantă contradicție între fenomenul uricolitic mai sus amintit și concepția actuală în general admisă de autori în ceiace privește metabolismul acidului uric. Această contradicție era momentul care ne-a îndemnat să căutăm sistematic soarta acidului uric și factorul care acționează asupra lui descompunându-l, căutând să-l punem în evidență, să-l izolăm și să studiem proprietățile sale biologice.



1. Saliva conține în mod normal 2—4 mgr.% acid uric (Kallós). Dacă lăsăm să stea câteva ore la temperatura camerei, se constată o scădere progresivă a concentrației de acid uric, scădere care începe deja după 2 ore și devine completă după 3 zile.

2. Fiind vorba de un proces chimic care s'a produs într'un mediu de origină animală, prima noastră idee a fost să presupunem că dispariția acidului uric se datorește unui ferment, cu atât mai mult căci cunoaștem faptul că degradarea nucleoproteidelor până la acidul uric e asigurată de o serie de fermenți și că acidul uric este descompus el însuși pe cale fermentativă în organismul animal (exceptând maimuțele antropoide) prin uricază, dând naștere la alantoină.

În această ordine de idei am supus saliva proaspătă unei fierberii scurte (1 minut). Saliva astfel tratată poate fi păstrată zile întregi fără să se poată observa dispariția celei mai mici cantități de acid uric, ceace pledează pentru faptul că factorul care a descompus acidul uric a fost inactivat prin fierbere. Prin urmare: *factorul din saliva umană care intervine în descompunerea acidului uric e termolabil*, se distruge în scurt timp la temperatura fierberii.

Pedealtăparte, dacă păstrăm saliva la gheață, acidul uric pe care-l conține își păstrează titrul. Factorul uricolitic din salivă nu lucrează deci la o temperatură joasă.

Cercetând mersul uricolizei între aceste două temperaturi extreme, am constatat că intensitatea descompunerii crește destul de repede cu ridicarea temperaturii și maximul e atins la 37° C. (la ph=7,5, timpul de observație 4 ore), care reprezintă deci *temperatura optimă* pentru procesul în chestiune. Dacă continuăm

să ridicăm temperatura, intensitatea procesului suferă, și începe să descrească progresiv până a se opri la temperatura de 85° C. Mai jos alăturăm curba termică a procesului, cât și grafica care redă scăderea acidului uric la diferitele concentrații de ioni de hidrogen (ph).

Din experiențele mai sus descrise reiasă că procesul uricolitic are o asemănare foarte exprimată cu reacțiunile fermentative și că *factorul uricolitic având o temperatură optimă de activitate și o temperatură mortală care e sub 100° C.* (e de 85° C. în cazul de față) *se comportă ca un ferment*. Dar acest ferment al salivei de unde provine, e exogenă sau endogenă? El ar putea foarte bine să provină din alimente, din microbi (deci exogen), sau din contră ar fi un produs endogen provenind sau din glandele salivare sau din celulele epiteliale descuamate ale gurei.

3. Dacă i se adaugă salivei proaspăt recoltate conservante (fenol, toluol, xilol, tricresol) uricoliza va avea loc totuși, ceace permite să se excludă factorul microbial.

Pentru a exclude și factorul alimentar am recoltat saliva »à jeune« după spălarea cu apă a cavității bucale; caracterul procesului nu s'a modificat deloc nici în acest caz, comportându-se exact la fel ca și cum saliva ar fi fost recoltată după mâncare. Fermentul uricolitic nu e deci nici de origine microbială nici alimentară.

4. După ce am exclus cu oarecare probabilitate posibilitatea originii exogene a fermentului uricolitic salivar, ne-am adresat glandelor salivare însăși cu intenția de a-l pune în evidență.

Activitatea fermentului uricolitic salivar în raport cu T°.

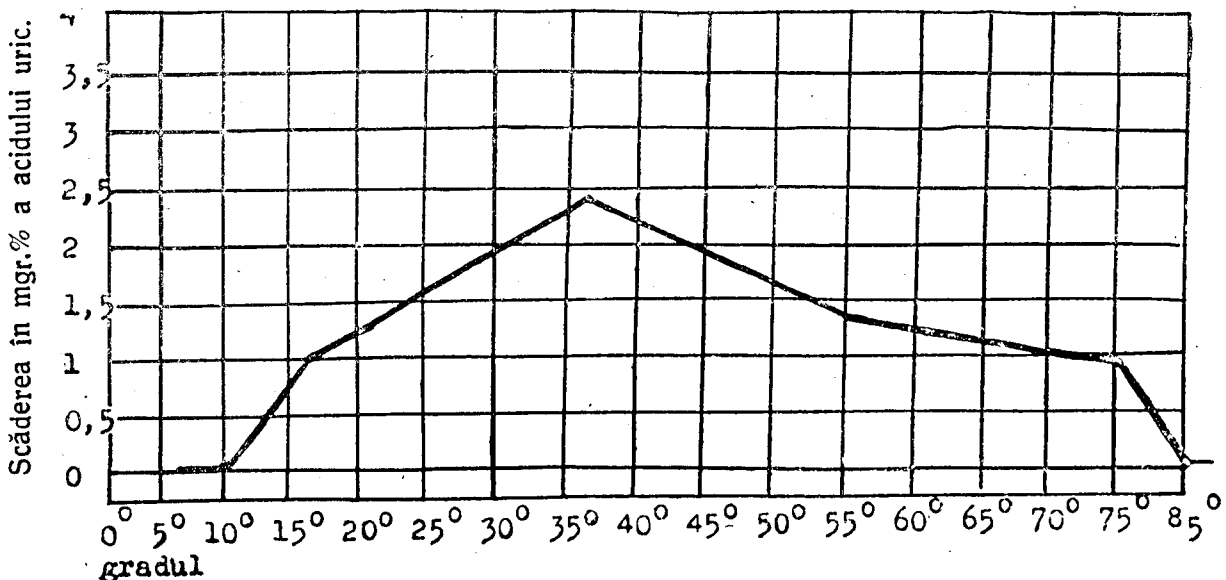


Fig. 1.

Activitatea fermentului uricolitic salivar la temp. de 37° și 56° C, în decurs de 4 ore.

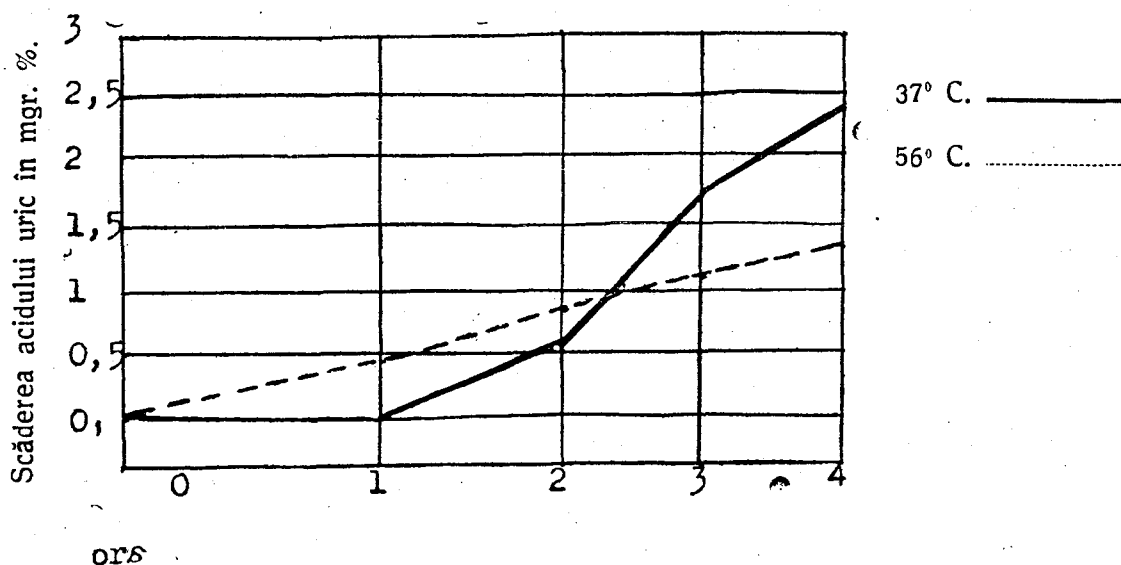


Fig. 2.

Activitatea fermentului uricolitic salivar în raport cu PH-ul la temperatura de 37° C.

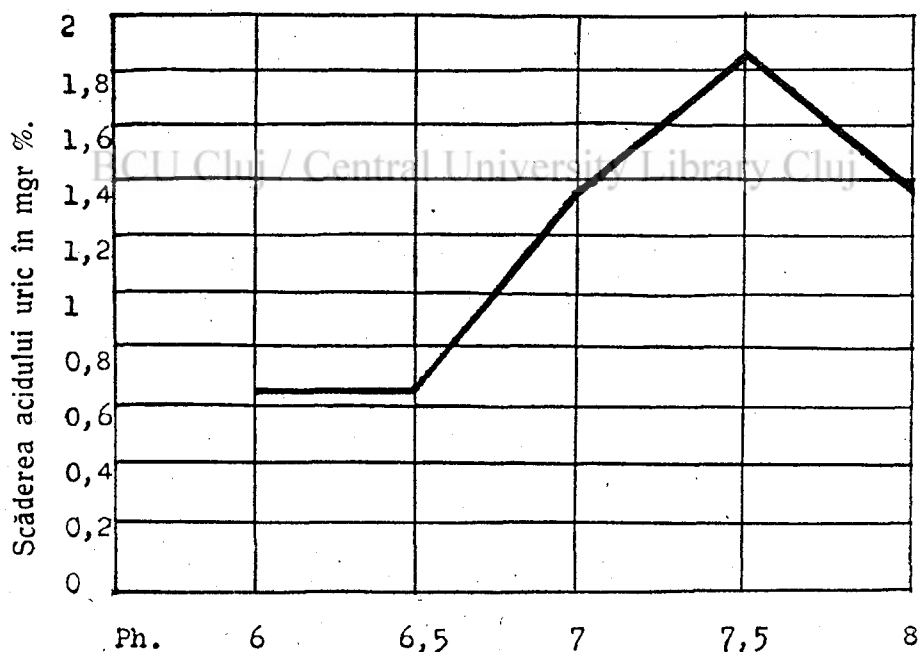


Fig. 3.

#### Izolarea fermentului uricolitic salivar (F U S.):

Glanda parotidă (pe cât se poate de proaspătă) se taie în bucăți și se triturează într'un mojar cu nisip spălat. Pasta aceasta va fi extrasă de 3 ori cu ser fiziologic timp de câte 5 minute; filtrat. Faza lichidă se alcalinizează la nevoie până la ph. 7,5 cu o soluție de  $\text{CO}_2\text{Na}_2$  (extrasul ei însuși conține puțin acid uric). Acest extract e activ și descompune destul de intens acidul uric. Extractele făcute din glandele submaxilare și sublinguale nu posedă această facultate, nu conțin prin urmare ferment uricolitic salivar.

Concluzie: în parotida umană există un ferment uricolitic care se excretă prin salivă.

Despre identitatea acestui ferment nu știm deocamdată decât foarte puțin. E identic cu fermentul animal uricaza, e vorba de un singur ferment sau de mai mulți fermenți, care sunt produsele de descompunere, sunt totatătea întrebări pe care ni le-am pus spre cercetări ulterioare.

#### II. Rolul fermentului uricolitic salivar.

Fermentul uricolitic prezent în parotidă și salivă are vre-un rol fiziologic sau rămâne să fie pur și simplu numai o curiozitate fiziologică?

# **THIONAIODINE** *comprimate*

Complex IOD-SULF-MAGNEZIU  
asociat sărurilor de Lithină și cu

**VITAMINA B<sub>1</sub>**

Activează prin proprietățile  
antialgice și neurosedative

**ALE IODURULUI DE SODIU ȘI ALE IONULUI DE MAGNEZIU**

catalitice și trofice

**ALE SULFULUI**

uricolitice

BCU Cluj / City Library Cluj  
**ALE IONILOR DE LITHINĂ**

și prin

**remarcabila acțiune antinevralgică**

a

## **VITAMINEI B<sub>1</sub>**

**Toate algiile reumatismale**

**Reumatism cronic**

**Turburări ale nutriției sulfurate**

**Bronșite cronice**

Dela 4 până la 6 comprimate pe zi, la mese, să se înghită fără a lesfârâma

---

**LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS-ISSY-LES-MOULINEAUX-PARIS**

Exclusivitatea Generală pentru România:

**„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. - BUCUREȘTI I, Str. Sft. Ionică, 8**

5. Fiind dat faptul că alimentele stagnează un timp foarte scurt în cavitatea bucală, activitatea fermentului în chestiune e probabil foarte limitată în cavitatea bucală ea însăși; în plus aci n'ar putea acționa decât asupra acidului uric ce se găsește în alimente. Dar amestecat cu alimentele, F. U. S. ar avea timp suficient să acționeze în cursul digestiei gastrice și intestinale. Ajuns însă în stomac aciditatea stomacală îl inactivează; F. U. S. devine inactiv într'un mediu cu ph. mai mic decât 6. Este sigur prin urmare că în stomac nu mai acționează. F. U. S. inactivat în stomac nu-și mai recuperează activitatea în mediul alcalin al intestinului subțire, unde ar avea timp suficient ca să-și desfășoare activitatea? Plecând de la această considerațiune, am inactivat saliva cu acid clorhidric (la ph. 5) și apoi l'am recalcalizat cu o soluție 5% de  $\text{CO}_2\text{Na}_2$  până la ph. 7,5. Rezultatul pe care l-am obținut a fost negativ, mai explicit F. U. S. odată inactivat prin acid clorhidric e iremediabil compromis și nu mai poate fi reactivat.

Odată cu descoperirea uricazei în țesuturile mamiferelor, patogeniza gutei a părut a fi clarificată. S'a presupus că depunerea acidului uric în țesuturi se datorește unei lipse de uricază. Pe măsură însă ce concepția nouă despre neatacabilitatea acidului uric din partea organismului uman a fost din ce în ce mai acceptată concepția veche despre patogeniza gutei a căzut în desuetudine. S'a părut și se pare chiar și azi că cauza depunerii acidului uric în țesuturi stă mai mult în legătură cu problemele de solubilitate, de stabilitate ale soluțiunii acidului uric și condițiunile tisulare locale, decât cu absența uricazei. Totuși fiind dat demonstrarea unui ferment uricolitic într'o glandă a economiei umane, rolul său în patogeniza gutei nu poate fi negat fără condițiuni, până la probe experimentale contrare, sigure categorice.

### Bibliografie

Kallós: A. hugysavas diathézis megállapítása a nyálból Orvosi hetilap 82 évf. 5 sz. — P. Thomas: Biochimie vol. I II. — Lambling: Précis de chimie physiologique. — Oppenheimer: Handbuch der Biochemie. — Stern: Studiu asupra substanței uricolitice salvare. Teză.

Clinica Dermato-Venerică din Cluj  
Director: Prof. Dr. CORIOLAN TĂTARU

## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI INTERN AL BLENORAGIEI ÎN LEGĂTURĂ CU PREPARATUL „ACITETRAMIN“

de  
Dr. LIVIU MOLRAN

Blenoragia este o boală cu o mare importanță socială și asupra gravității căreia nu a fost îndeajuns atrasă atenția marelui public. Pe când față de sifilis există o adevărată oroare a societății, blenoragia este luată drept un certificat oficios de supremă autoritate, pentru dovedirea potenței sexuale a tânărului debutant în ale dragostei. Mult mai răspândită decât sifilisul, acceptată cu un surâs pe buze și tratată cu multă ușurință, ba chiar nepăsare, — consecințele ei atât imediate cât și îndepărtate, sunt cu toate acestea de aceeași gravitate și importanță atât pentru individ cât și pentru colectivitate, ca și cele ale sifilisului.

În special trebuie accentuat faptul că blenoragia este principalul factor de sterilizare atât la bărbați cât și la femei și a cărei importanță crește pe zi ce trece.

Într'o lucrare recentă publicată în »La Presse Médicale«, Claude Béclere și Elie François, ajung la următoarea concluzie: »Atât sterilitatea feminină cât și cea masculină sunt datorite mai ales blenoragiei cronice, care acționează, fie direct, fie prin infecții secundare, fie în asociație cu streptococul«.

În scăderea natalității, paralelă cu creșterea civilizației, cred că sterilizarea prin infecția gonococică joacă un rol de primă importanță. Și după cum putem spune că sifilizația contribuie la degenerarea rasei umane, putem afirma că infecția blenoragică, contribuie la împușinarea ei.

»Evoluțiunea blenoragiei este o ecuație cu multe necunoscute«, spun adeseori »balicilor în blenoragie« cari la prima lor cunoștință cu gonococul se prezintă la Dispensarul Antiveneric Studențesc al Cliniceii; și cari dornici de a-și cunoaște evoluția bolii și mai ales data vindecării, te asaltează cu tot felul de întrebări.

Da, într'adevăr blenoragia este o boală foarte capricioasă; cu toate că noi cunoaștem o mulțime de factori cari joacă un mare rol în felul de evoluțiune al ei, cu toate acestea multe cazuri sfidează orice prezumțiune a noastră. Astfel avem exemple nenumărate, când bolnavii cari se prezintă în primele zile ale afecțiunii și cari urmează tratamentul indicat de noi cu cea mai mare severitate (regim igienico-dietetic, tratament general și local), cu toate acestea nu sunt scutiți

de complicațiunile serioase ale blenoragiei: prostatite, cistite, epididimite, etc.

Cu siguranță că decursul depinde în mare măsură de virulența infecțiunii și de puterile biologice de reacțiune ale individului contaminat; dar pe lângă toți acești factori știuți mai există și acel »fatum«, care face ca evoluțiunea blenoragiei să ne prezinte surprize din cele mai mari.

De zeci de ani, tratamentul blenoragiei nu a făcut progrese prea importante cari să aibe o repercusiune asupra evoluției sociale a bolii. Aceasta reiese evident din faptul că în țările cu o situațiune sanitară înaintată, sifilisul, datorită progreselor terapeutice a devenit o raritate pe când blenoragia este în plină floare și prosperitate.

Nedisponând până în prezent de un medicament specific antigonococic, trebuie să urmăim spiritul tradiționalist, tratând infecțiunea pe toate căile de administrare, cu medicamentele pe cari practica le-a confirmat ca având acțiune bună asupra evoluției bolii, ameliorându-i simptomele și grăbindu-i vindecarea.

Pentru medicul cu experiență nu există blenoragie nevindecabilă. Problematică rămâne numai durata necesară pentru obținerea acestei finte.

Noi nu vedem decât efectul tratamentului, combinație a diferitelor procedee de a ataca boala, însă rolul principal îl joacă influența activă a puterilor imunobiologice ale organismului. Aceste lucruri cunoscute de altfel (prin tratamentul aproape exclusiv local făcut de cei mai mulți medici), au fost puse pe un plan secundar. Fără colaborarea acestei vis medicatrix naturae, măsurile locale terapeutice de multe ori ar da faliment în vindecarea blenoragiei. Unele cazuri sunt rebele la tratament tocmai fiindcă organismul nu reacționează din punct de vedere biologic. După cum spune *Buschke* noi suntem departe de o terapie biologică și ideală. Noi trebuie să ajutăm aceste puteri naturale de vindecare ale organismului prin medicamente administrate pe cale internă.

Tratamentul blenoragiei confirmate nu trebuie să pretindă niciodată să suprimă radical și dintr'o singură lovitură agentul patogen. Trebuie să se mărginească înainte de toate să ajute și să favorizeze efortul naturii și mai ales trebuie să se ferească de a o contraria.

Scopul unui tratament rațional al blenoragiei, este îndepărtarea gonococilor din toate focarele, fără a leza mucoasa și evitându-se complicațiunile. Noi nu ne putem reprezenta tratamentul blenoragiei redus la simplele spălături uretrale, prin care am îndepărtat gonococii. Acest fapt nu este posibil, deoarece gonococii pătrund întotdeauna mult mai adânc decât mijloacele noastre terapeutice locale. Spălăturile favorizează schim-

burile osmotice ale țesuturilor și măresc fără îndoială puterea bacterică, în același timp elimină în mod mecanic gonococii.

Stimularea mijloacelor de apărare ale corpului este însă cea mai importantă, căci puterea gonococică a substanțelor noastre este eficace numai la suprafața mucoasei, în profunzime ea este foarte puțin probabilă, sau în orice caz ea nu poate fi suficientă. Trebuie deci să presupunem că gonococii sunt distruși pe altă cale și că și alte influențe joacă un rol important, astfel ar fi modificări ale țesuturilor (metaplazii epiteliale) și reacțiunile umorale ale organismului. Experiințele zilnice ne arată că noi obținem vindecarea în locuri ale mucoasei, unde tratamentul nostru antiseptic nu este accesibil. În decursul blenoragiei mucoasa uretrată este iritată, rolul medicului este să facă desinfecția acestei mucoase, evitând a o mai irita.

Din ce blenoragia este mai acută, mai gravă, din aceea tratamentul trebuie să fie mai domol, concentrația spălăturilor mai mică, evitându-se reacțiuni locale. În aceste cazuri repausul este indispensabil, iar antisepticele interne foarte utile.

*Hubert Janson* și colaboratorii săi au adus prin polichimioterapia stărilor gonococice un progres enorm pe acest teren.

Uretrita blenoragică este o afecțiune cu evoluțiunea ciclică, noi trebuie să-i favorizăm decursul său, fără a-i turbura evoluția. Indicațiunea tratamentului antiflogistic este de a ușura evoluția boalei.

În starea actuală mijloacele terapeutice sunt așa de numeroase, că nu este permis unui medic să lase să evolueze o uretrită blenoragică, fără a o vindeca. Cuceririle științifice moderne sunt de așa natură, că putem afirma că nu există o uretrită care, dacă este bine îngrijită, să nu se vindece complet. După *Levadtii* în procesul chimioterapic intervine un coeficient de partaj între anumite celule ale organismului și gonococ, acesta nelăsându-se atacat, decât dacă acestea încep deja să sufere influența nocivă a medicamentului. În tratamentul blenoragiei, nu trebuie să uităm faptul că ea este o boală în general benignă, în care postulatul »primum non nocere« constituie un imperativ categoric.

Pe lângă un tratament local cu spălături largi după metoda preconizată de *Janet*, tratamentul intern adjuvant ocupă un loc important în combaterea blenoragiei.

Substanțele administrate intern au scopul să ușureze suferințele, să potolească fenomenele inflamatorii pronunțate. Ele scad sensibilitatea mucoasei, așa că tratamentul local este mai bine suportat și se pot întrebuința soluții mai puternice.

*Habermann și Hopf* acordă tratamentului intern și o acțiune psihică, mai ales la laici cari pretind că boala să fie scoasă din organism prin medicamente, cari să lucreze în interiorul trupului.

Medicațiunea internă în blenoragia anterioară reduce fenomenele inflamatorii, micșorând prin aceasta sensibilitatea mucoasei și scăzând durerile.

În blenoragia posterioară medicațiunea internă cu oleiuri eterice, sau hexametilentetramină, lucrează tot calmând simptomele inflamatorii ale organismului, ele neavând o acțiune nocivă directă asupra gonococilor. În tratamentul uretritei posterioare tratamentul intern joacă un rol mai mare: contactul mai îndelungat cu substanțele eliminate prin urină.

Oleiurile eterice au desavantajul că au un gust desagrabil și sunt greu suportate, (producând greață, gastralgii, vărsături); producând deasemenea crampe vezicale și turburări renale.

Prin introducerea hexametilentetraminei în terapeutică, s'a făcut un progres important în tratamentul boalelor infecțioase ale căilor urinare. Hexametilentetramina face parte din grupa substanțelor desinfectante; ea lucrează prin descompunerea în formaldehidă, care are o acțiune desinfectantă și astringentă; descompunerea în formaldehidă cere însă o reacție acidă a urinei. Formaldehida în urină are o acțiune bactericidă; în bacteriurii acest efect este clar.

În cistite și uretrite blenoragice, unde microbii sunt inchistați în mucoasă, o asemenea acțiune bactericidă este foarte puțin plauzibilă. În aceste cazuri hexametilentetramina ar acționa mai mult prin puterea antiinflamatorie, calmantă, decât prin proprietățile ei bactericide.

Eliminarea principală a hexametilentetraminei prin urină prezintă un interes enorm: urina antiseptică poate realiza desinfecția permanentă a caliceilor, bazinetului, ureterelor, vezicii și uretrei. În cistite și în fosfaturie, hexametilentetramina în mediu acid acționează foarte bine. Nu numai urina propriu zisă devine nefavorabilă germeilor, dar ea spală în mod eficace diferitele organe pe cari le traversează. Prin această terapie vom reuși să atenuăm fenomenele inflamatorii, vom grăbi clarificarea urinei și vom avea astfel o regresivitate atât a simptomelor subiective, cât și obiective ale blenoragiei; totodată vom evita ivirea complicațiilor atât de numeroase și variate ale acestei boli.

Procesul de dedublare al hexametilentetraminei în aldehidă formică și amoniac este în raport cu p.H. mediului urinar, cu cât concentrația în ion H. este mai mare, cu atât descompunerea este mai accentuată. Tocmai de aceasta în cistitele și pielitele de lungă

durață, urina având o reacțiune alcalină, acțiunea hexametilentetraminei nu este suficient de activă.

Prin progresele noi ale științei s'a ajuns a se înlătura acest neajuns al hexametilentetraminei. Graham Sutton a recomandat pentru a se înlătura alcalinitatea urinei, să se administreze hexametilentetramina împreună cu bicarbonatul de sodiu, deci anihilându-se secreția clorhidrică a stomacului; deasemenea tot în vederea acestui scop el a recomandat să se administreze hexametilentetramina înainte de masă.

Acest rezultat se poate obține însă mult mai ușor și pe altă cale: administrând hexametilentetramina împreună cu un acid, care eliminându-se prin urină, dă acesteia o reacție acidă, ușurând astfel dedublarea medicamentului și intensificându-i acțiunea antiseptică.

Acidifierea mediului lucrează în două direcții: ajută acțiunea hexametilentetraminei și face mediul impropriu înmulțirii gonococilor.

Bazându-se pe aceste constatări biochimice, fabrica »Gedeon Richter« a pus în comerț sub numele de ACITETRAMIN, o combinațiune de hexametilentetramină și acid fosforic, adică un hidrofosfat de hexametilentetramină. Preparatul se prezintă sub forma unor tablete de 0,50 gr. de culoare albă și se livrează în tuburi de 20 bucăți. Se administrează per os de la 3—6 tablete pe zi.

Acitetramina administrată pe cale bucală, acționează lent, prezența ei în urină fiind demonstrată după 30 minute; persistă timp de 8—40 ore; în urina acidifiată prin acidul fosforic, hexametilentetramina se dedublează în proporție de 80%, astfel că noi putem obține cu 1—2 gr. de Acitetramin o concentrație optimă de aldehidă formică (1:5000) și deci o acțiune antiseptică prelungită.

Punându-mi-se la dispoziție de către reprezentanța fabricii un stoc mai mare din acest preparat, pe care am avut ocazia a-l întrebuința în diferite cazuri de blenoragie, voi reda pe scurt în cele ce urmează, observațiunile făcute pe bolnavii tratați la Ambulanța Clinicii Dermato Venerice din Cluj:

CAZ. I. — C. I. 28 ani, funcționar, se prezintă la Ambulanța Clinicii la 20 I. 1938.

*Antecedente:* De 5 zile scurgere uretrală abundentă; dureri pe uretră și îndeosebi arsuri în timpul urinării.

*Examenul secreției:* În frotiu numeroși gonococi intra și extra celulari. Urina I tulbură II clară.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută anterioară.

*Tratamentul:* Pe lângă tratamentul local, făcut cu spălături ușoare cu un antiseptic, se administrează Acitetramin per os timp de 2 zile 6 tablete pe zi, după aceea 3 tablete la zi timp de o săptămână.

Deja după primele 2 zile de tratament, scurgerea mult diminuată, fenomenele subiective înlăturate, deasemenea infla-

# Lactocresin „Sapic“

Sirope pe bază de: Gaiacol lichid  
Lactofosfat de Calciu  
Codeină  
Tinct. de Aconit

**Puternic desinfectant pulmonar**

**Calmant al tusei**

**Recalcifiant**

**Pneumonie**

**Bronchopneumonie**

**Gripă**

**Profilactic după operațiuni**

# Pulmosept „Sapic“

BCU Cluj / Central University Library Cluj  
Chinină 0.10  
Camforă 0.10  
dizolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare.

**Analeptic**

**Cardiotonic**

# Cordisan „Sapic“ Cordisan-Efedrină

**Picături**

**Fiole**

**Pulbere pentru receptură**

In toate stările de slăbiciune ale inimii și ale circulației sanguine

Mostre și literatură trimite la cerere:

Departamentul științific

**S A P I C**

BUCUREȘTI VI. Str. Cazarmei 89.

mațlunea mucoasei mult redusă. După 7 zile de tratament, bolnavul nu mai are nici o jenă, se simte complect restabilit. După 2 săptămâni de tratament gonococii au dispărut; iar după 4 săptămâni, bolnavul a fost declarat vindecat.

**CAZ. II.** — T. D. 18 ani, călă de croitor, se prezintă la ambulanța Clinicii la 22 I. 1938.

*Antecedente:* Suferă de scurgere uretrală de 4 săptămâni. De vre-o 5 zile micșuni imperioase la fiecare 10 minute; hematurie terminală.

*Examenul secreției:* În frotiu numeroși gonococi.

*Examenul urinei:* Porțiunea I tulbure, II tulbure sanghinolentă.

*Diagnosticul:* Uretrită brenoragică acută totală, cistită.

*Tratamentul:* Se recomandă repaus, căldură pe regiunea pubiană și se administrează Acitetramin în primele 2 zile 6 bucăți pe zi, după aceea timp de 5 zile 3 bucăți pe zi. După primele 2 zile de tratament se prezintă o ameliorare surprinzător de rapidă. Micșuniile mult mai rare, 5—6 pe zi; hematuria a dispărut. După o săptămână de tratament: Urina ușor tulbure, a II-a clară cu filamente. Gonococii au dispărut după 5 săptămâni de tratament, iar bolnavul s'a vindecat în a 7-a săptămână dela instituirea tratamentului.

**CAZ. III.** — G. T. 22 ani, student, se prezintă la ambulanța clinicii la 26 Ianuarie 1938 suferind de scurgere uretrală de o săptămână, însoțită de usturimi intense la micșune.

*Examenul secreției:* În frotiu numeroși gonococi.

*Examenul urinei:* Porțiunea I. tulbure, II clară.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută anterioară.

*Tratamentul:* Se instituie un tratament local cu spălături antiseptice alternative: permanganat de potasiu, Rivanol și Albargină. Per os, în primele 2 zile 5 tablete Acitetramin, după aceea 5 zile, 3 bucăți la zi. După 3 zile de tratament scurgerea a diminuat foarte mult, fenomenele subiective dispar; după 3 săptămâni absența gonococilor în secreție și după cinci săptămâni vindecare.

**CAZ. IV.** — N. G. 23 ani, muncitor; se prezintă la ambulanța clinicii la 28 Ianuarie 1938.

*Antecedente:* De vre-o lună scurgere uretrală, pe care și-a tratat-o singur cu spălături de permanganat de K. De vre-o 5 zile se simte rău, are febră, a slăbit; în timpul urinării și defecării are dureri foarte intense la nivelul prostatei. Are o senzație pulsatilă la nivelul perineului.

*Examenul secreției:* Frotiul arată numeroși gonococi.

*Examenul urinei:* Porțiunea I și II tulbure.

*Examenul prostatei:* La tușeul rectal se palpează prostata mult mărită de volum, de dimensiunea unei mandarine, e dură și dureroasă la palpare.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută totală. Prostatită parenchimatosa.

*Tratamentul:* Se recomandă repaus, i se face Arzberger, spălături ușoare anterioare, timp de 3 zile 6 tablete Acitetramin zilnic per os, după aceea 7 zile, 3 bucăți pe zi. După primele 5 zile de tratament, starea bolnavului era mult ameliorată, febra a scăzut, fenomenele subiective aproape dispărute, iar după 10 zile de tratament prostata a revenit aproape la volumul normal. Urina I și II clară cu filamente. După 6 săptămâni de tratament gonococii au dispărut, iar după 2 luni bolnavul este declarat vindecat.

**CAZ. V.** — H. N. 30 ani, plutonier, se prezintă la ambulanța clinicii la 3 II 1938.

*Antecedente:* Prezintă de 3 săptămâni scurgere uretrală, și-a făcut singur tratament cu permanganat de K.; de 3 zile are micșuni frecvente și arsuri pe traectul uretrei.

*Examenul secreției:* În frotiu gonococi numeroși.

*Examenul urinei:* Porțiunea I și II tulbure.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută totală.

*Tratamentul:* Se instituie un tratament cu spălături largi antiseptice după metoda Janet. Per os, primele 3 zile, 6 tablete Acitetramin, alte 3 zile consecutiv 3 tablete pe zi. După primele 3 zile de tratament urina s'a clarificat, simptomele subiective dispărute. După 10 zile de tratament, în frotiu gonococi negativ. După 4 săptămâni de tratament bolnavul este declarat vindecat.

**CAZ. VI.** — P. I. 20 ani, student, vine la ambulanța clinicii la 6 II 1938.

*Antecedente:* De trei zile are o scurgere uretrală abundentă; senzație de arsuri pe canalul urinar.

*Examenul secreției:* În frotiu numeroși gonococi intra și extracelulari.

*Examenul urinei:* Porțiunea I tulbure, II clară.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută anterioară.

*Tratamentul:* Pe lângă tratamentul local cu spălături antiseptice, se administrează Acitetramin, în primele 3 zile 6 bucăți pe zi, după aceea timp de 5 zile câte 3 bucăți. După primele 3 zile de tratament influența a fost remarcabilă, fenomenele inflamatorii s'au calmat foarte mult; urina deasemenea s'a clarificat, rămânând doar filamente în prima porțiune. După 10 zile de tratament bolnavul nu a mai avut gonococi și după 3 săptămâni dela debutul tratamentului, a fost declarat vindecat.

**CAZ. VII.** — G. M. 23 ani, student, vine la ambulanța clinicii la 12 II 1938.

*Antecedente:* De 5 zile are scurgere uretrală, însoțită de dureri în timpul urinării, are senzație de arsuri pe canalul urinar.

*Examenul secreției:* În frotiu gonococi intra și extracelulari foarte numeroși.

*Examenul urinei:* Porțiunea I tulbure, II clară.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută anterioară.

*Tratamentul:* Pe lângă tratamentul local cu spălături largi cu soluții de permanganat de K și alte antiseptice, se administrează 3 zile 6 tablete Acitetramin în 3 prize: 2 dimineața, 2 la amiază și 2 seara. Alte trei zile s'a administrat de 3 ori 1 buc. După 2 zile de tratament bolnavul s'a simțit mult mai bine, după 5 zile fenomenele subiective complect dispărute, scurgerea foarte puțină și urina s'a clarificat. După 15 zile de tratament, dispariția gonococilor, iar după 30 zile bolnavul este vindecat.

**CAZ. VIII.** — F. N. 30 ani, muncitor, se prezintă la Ambulanța clinicii la 18 II 1938.

*Antecedente:* De 4 săptămâni scurgere uretrală, de o săptămână micșuni dese și dureroase la fiecare 15 minute, dureri surde la nivelul prostatei.

*Examenul secreției:* În frotiu gonococi numeroși.

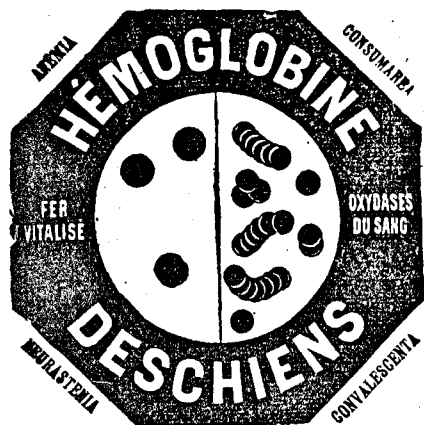
*Examenul urinei:* porțiunea I și II tulbure.

*Examenul prostatei:* La tușeul rectal lobul drept prostatic mărit de volum, dur și dureros la palpare.

*Diagnosticul:* Uretrită blenoragică acută totală. Cistită. Prostatită nodulară.

*Tratamentul:* Se recomandă repaus la pat de 5 zile, băi





# OPOTERAPIE HEMATICĂ

## SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobină

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Dosaj : 1 lingură de supă înainte fiecărui mese.

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

la șezut și supozitoare cu belladonna, deasemenea se administrează Acitetramina, primele 3 zile 6 tablete pe zi, alte 5 zile consecutive 3 tablete pro die. După 5 zile de tratament fenomenele de cistită complet regresate, lobul drept prostatic mult redus de volum, secreția deasemenea mult diminuată, urina ușor tulbură a doua clară cu filamente. După 3 săptămâni de tratament dispariția gonococilor, iar după 5 săptămâni bolnavul este declarat vindecat.

*Cazurile IX—XVI.* Rezultatele terapeutice în ultimele 8 cazuri, la a căror expunere separată renunțăm, atât pentru motivul de a nu mai lungi acest articol, cât și pentru acela de a evita repetarea cadențată a aceluiași constatări, ba aproape a aceluiași cuvinte, ce ar trebui înșiruite la fiecare caz în parte, le redăm într'un rezumat general: a fost vorba fie de cazuri de blenoragie acută anterioară (2), cât și de blenoragie totală însoțită de prostatită (4) și blenoragie totală cu cistită (2).

Pe lângă tratamentele locale indicate în asemenea cazuri, s'a administrat Acitetramin Gedeon Richter, în primele 3 zile 6 tablete pe zi, celelalte 5 zile consecutive 3 bucăți pe zi. Simptomele subiective au regresat la 2—3 zile după însuiuirea tratamentului, cele obiective s'au ameliorat mult, cam la a cincea până la a șasea zi de tratament, urina clarificându-se. Între 10—21 zile s'a constatat dispariția gonococilor din secreție, iar vindecarea s'a stabilit între 4—6 săptămâni de tratament.

Din considerentele teoretice expuse și bazați pe cele 16 cazuri clinice tratate cu Acitetramin, putem deduce că acest tratament intern adjuvant deși relativ destul de vechi, totuși ne aduce încă foloase reale și uneori chiar surprinzătoare în tratamentul blenoragiei, această boală ce se află mereu în floare și care are încă puține șanse de a vesteji.

Administrarea preparatului am făcut-o în cazuri de blenoragie acută anterioară cu alură gravă, în blenoragii totale complicate cu cistite, sau cu prostatite.

Administrarea am preconizat-o după schema ur-

mătoare: În primele 2 zile de 3×2 tablete pe zi (doze de atac), după aceea între 3—7 zile după caz, câte 3 bucăți pe zi (doze de întreținere).

În primele 3 zile de tratament, simptomele subiective: durerile, arsurile, tenesmele au dispărut (ori datorită primordială a medicului este să aline durerea) iar simptomele obiective s'au redus. Între a 5-a—7-a zi de tratament scurgerea a diminuat foarte mult, fenomenele de cistită au regresat complet și urina s'a clarificat în ambele porțiuni, întâi limpezindu-se prima porțiune, apoi a doua.

cea mai eclatantă dovadă a acțiunii nete a Acitetraminei este clarificarea urinei, care se realizează în cele mai multe cazuri într'un timp foarte scurt și cu toții știm ce rol mare și câtă importanță prognostică se acordă aspectului urinei în evoluția blenoragiei.

Acțiunea Acitetraminei asupra evoluției blenoragiei lucrează în două moduri: direct și indirect. Direct prin acțiunea antiseptică a hexametilentetraminei, ce pune în libertate aldehida formică și prin acidul fosforic, producând o reacție acidă a mediului urinar, nu numai că potențază această punere în libertate a aldehidei formice, dar prin acidifierea urinei face și mediul impropriu dezvoltării gonococilor.

Acțiunea indirectă se datorește faptului, că grăbind regresivitatea fenomenelor inflamatorii acute și făcând să dispară simptomele subiective, face mucoasa uretrală mai potrivită pentru un tratament local antiseptic, a cărei acțiune sinergică va fi potențată, căci tratamentul local până în prezent, cu toate progresele făcute în ultimul timp, rămâne tot cel de bază în tratamentul blenoragiei.

Toate acestea fac ca vindecarea blenoragiei să fie accelerată. Astfel gonococii dispar în 10—21 zile din secreție și vindecarea se stabilește între 3—6 săptămâni dela instituirea tratamentului. Pe lângă acestea preparatul este complet inofensiv, neobservând în cele 16 cazuri tratate, nici un accident și nici un semn de

intoleranță. În plus un alt avantaj: nu colorează urina așa că nu murdărește lăngăria.

Repetăm nu trebuie să uităm faptul, că blenoragia este o boală în general cu o evoluție benignă și că postulatul medical «*primum non nocere*», aci mai mult ca în oricare altă parte este un imperativ categoric.

Tendința noastră trebuie să fie, ca prin metodele terapeutice de cari dispunem, să ajutăm puterile imunobiologice ale organismului, cari și în blenoragie ca și în celelalte infecțiuni, sunt motorul principal și dătător de ton în vindecarea bolilor.

### Bibliografie

*Pierre Barbellion*: La Blenoragie. — *G. Birnbaum*: Die Behandlung des Trippers beim Manne (Arzt-Zieler-Haut und Geschlechtskrankheiten Vol. V). — *Claude Bécéré et Elie François*: La stérilité est due principalement à la gonococie chronique. La Presse Médicale No. 82 1938 pag. 1525. — *C. Bruck-Altona*: Allgemeinbehandlung bei Gonorrhoe. (J. Jadassohn: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten). — *A. Buscke, E. Langer*: Lehrbuch der Gonorrhoe. — *Dr. V. Cimoca*: Contribuțiunile la tratamentul intern al blenoragiei. Clujul Medical Nr. 9. 1930. — *G. Chantal*: A propos de la nouvelle chimiothérapie de la blenoragie. Journal de Médecine de Lyon. Nr. 442—1938 p. 361. — *Hans Döllken-Leipzig*: Nebenwirkung des Ulirons bei der Gonorrhoebehandlung. Dermatologische Wochenschrift Nr. 44 1938 p. 1273. — *Pierre Durel*: Traitement de l'urétrite blenoragique masculine chez les sujets qui ne peuvent recevoir de soins locaux. La Presse Médicale Nr. 86 1938 pag. 1571. — *Pierre Durel*: Chimiothérapie antigonococique. Ou en sommes-nous? Le Bulletin Médical Nr. 43 1938 pag. 768. — *H. Felke*: Die Chemotherapie der Gonorrhoe. Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 37 1937 pag. 1393. — *Carl Fischer-Wuppertal-Elberfeld*: Ein Beitrag zur Ulironfrage. Dermatologische Wochenschrift Nr. 47 1938 pag. 1366. — *G. Hopf*: Antikörperbildung und Metastasierung bei Gonorrhoe. Medizinische Klinik 1931. — *C. Levaditi*: La Chimiothérapie de la Blenoragie Revue française de Dermatologie et de Vénérologie Nr. 3 1938 pag. 59. — *Georges Luys*: Traité de la Blenoragie et de ses complications. — *G. Milian*: Chimiothérapie de la Blenoragie. Revue française de Dermatologie et de Vénérologie Nr. 3 1938. pag. 110. — *Martin Schubert-Frankfurt a. M.*: Todesfall infolge Rückenmarkserweichung nach Uliron. (Kombinationsschädigung) Dermatologische Wochenschrift Nr. 46 1938. — *J. Schäffer-K. Zieler-C. Siebert*: Behandlung der Haut und Geschlechtskrankheiten. — *Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop și Dr. P. Cirlea*: Contribuțiunile la chimioterapia blenoragiei. Clujul Medical Nr. 11 1938, p. 651.

### COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 11—1939

**Prof. Dr. M. A. BOTEZ**: La conception actuelle de la pathologie générale et expérimentale.

La pathologie générale et expérimentale vue par son premier caractère de pathologie générale étudiée ainsi qu' à la chaire de Cluj, les méthodes de la pathologie générale sous leur aspect unitaire déterminé par l'interdépendance organique et fonctionnaire et assure un enseignement synthétique réelle et complète et rend inutile l'enseignement de pathologie interne et externe. La pathologie générale et expérimentale assure aussi l'enseignement de la médecine expérimentale.

**Dr. E. MORARIU**: Considérations sur la balnéothérapie des rhumatismes focaux-toxiques.

Le rhumatisme chronique primitif dénommé par Slauck rhumatisme focal-toxique est une maladie dont la pathogénie fut éclaircie à peine dans les derniers temps. Il y a à la base un foyer infectieux localisé dans les dents les amygdales les cavités s'usuales du nez dans l'oreille moyenne d'où l'infection se propage par l'intermédiaire des cellules ganglionnaires de la moëlle épinière.

Le traitement le plus approprié de cette maladie est à côté de l'élimination chirurgicale du foyer, est la physiothérapie et la balnéothérapie. Par les méthodes balnéaire nous avons obtenu de sensibles améliorations; cependant n'ayant pas le temps nécessaire pour éliminer les foyers, nous n'avons pu considérer les patients comme guéris du départ de la station balnéaire, mais bien améliorés en leur recommandant l'intervention aussi prompte que possible. Les résultats obtenus par la balnéo et physiothérapie sont satisfaisants, mais parmi quelques cas sont passagers, le processus morbide étant entretenu par le foyer.

**Dr. S. BADER**: La production des calculs dans l'appendice et l'appendicite.

L'auteur passe en revue générale ce problème et publie quelques cas opérés avec succès.

**Dr. W. STERN, Dr. T. FRITS et Dr. A. STERN**: Sur l'existence dans la salive d'un ferment de l'acide urique.

Les auteurs ont constaté la présence dans la salive d'un ferment décomposant l'acide urique.

Ce ferment agit avec le maximum d'efficacité à la température optima de 37° C. et au milieu légèrement alcaline de Ph. 7,5

# Sirup de Efetonină

(contra tusei)

**Merck**

în tuse, tuse convulsivă,  
bronșite, gripă

Flacoane cu aprox. 100 și 170 g.



**E. MERCK—DARMSTADT**

Reprezentanța generală: „CHIMIROMAN”  
București I. str. T. G. Masaryk 32.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## Bolile de toamnă

**interesează de cele mai multe ori  
organele aparatului respirator.**

La amigdalite, bronșite acute, gripă, tracheită, laringită și faringită, cataplasma tătăduitoare din Antiphlogistină stimulează circulația locală a sângelui și înviorează prin aceasta circulația în țesuturile profunde. Prin urmare este promovată o regresivitate și o rezorbție rapidă la nivelul teritoriilor interesate.

## **ANTIPHLOGISTINE**

Mostre și literatură se trimit gratuit.

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

Drogueria »STANDARD« S. A. R. București I. Strada Sf. Ionică 8.

Pour le moment on ne connaît pas encore l'importance biologique de ce ferment.

Dr. LIVIU MODRAN: **Considérations sur le traitement interne de la blénnorrhagie par la spécialité „acitétramine“.**

Par l'application de ce médicament, la guérison de cette maladie-là est accélérée. Ainsi les gonocoques disparaissent en 10—21 jours de la sécrétion et la guérison se fait entre 3—6 semaines de l'application du traitement. Le médicament est complètement inoffensif. L'auteur n'a observé dans ces 16 cas aucun accident et aucun signe d'intolérance.



## GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN No. 11—1939.

Prof. Dr. M. A. BOTEZ: **Die aktuelle Auffassung der allgemeinen und experimentellen Pathologie.**

Die allgemeine und experimentelle Pathologie studiert in ihrem erste Zweige, in der allgemeinen Pathologie — wie dieses auch auf der hiesigen Lehrkanzel geschah — die Erscheinungen der allgemeinen Pathologie in einheitlicher, von der organischen und funktionellen Korrelation abhängiger Weise, sichert ein synthetisches, reales und restloses Studium und macht so ein Studium der internen und externen Pathologie überflüssig. In ihrem zweiten Zweige, der experimentellen Pathologie sichert sie durch die Art. und Weise, wie die Vorlesungen und praktischen Arbeiten auf der hiesigen Lehrkanzel erfolgen, das Studium der experimentellen Medizin.

Dr. E. MORARIU: **Beiträge zur Balneotherapie der fokal-toxischen Rheumatismen.**

Unter den chronischen Rheumatismen folgen einige sekundär akuten Erkrankungen während andere von Anfang an einen chronischen Charakter zeigen. Unter letzteren ist der primäre chronische Rheumatismus, welcher von Slauck fokal-toxischer Rheumatismus benannt wurde, eine Erkrankung deren Pathogenie erst in jüngster Zeit vom selben Autor geklärt wurde. Die Erkrankung zeigt als Grundlage einen toxico infektiösen Herd im Bereiche des Kopfes im Bereiche der Zähne, der Mandeln, der Nebenhöhlen der Nase und des Ohres. Von hier aus dringt das Toxin weiter vor und wirkt dann unter Vermittelung der Ganglienzellen des Rückenmarkes. Die geeigneteste Behandlung dieser Erkrankung

besteht, ausser operativer Entfernung des Infektionsherdes in Physio- und Balneotherapie. Durch die balneologische Behandlung erzielte der Autor hiebei beträchtliche Besserungen; dennoch konnte er die Kranken, da die Herde nicht entfernt wurden, bei Verlassen des Badortes nicht als geheilt, sondern nur als gebessert bezeichnen. Es wurde ihnen empfohlen, sich so bald als möglich operieren zu lassen. Die Erfolge der Physio- und Balneotherapie sind bei dieser Erkrankung befriedigende, jedoch in einem Teil der Fälle vorübergehend, da das Leiden durch den Infektionsherd weiter erhalten wird,

Dr. S. BADER: **Steinbildung im Wurmfortsatze und Blinddarmenzündung.**

Der Autor gibt eine allgemein Übersicht dieses Problems und veröffentlicht einige, von Dr. Wohlge- mut erfolgreich operierte Fälle.

Dr. W. STERN, Dr. T. FRITS und Dr. A. STEN: **Über die Existenz eines Harnsäure spaltenden Fermentes im Speichel.**

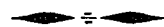
Die Autoren haben im Speichel ein Ferment nachgewiesen, welches die Harnsäure spaltet.

Dieses Ferment hat eine optimale Temperatur 37°C. und ein PH Optimum von 7,5.

Die biologische Bedeutung dieses Fermentes ist derzeit noch unbekannt.

Dr. L. MODRAN: **„Acitetramin“ in der Behandlung der Gonorrhöe.**

Der Autor berichtet über gute Erfolge mit diesem Präparate, mit welchem er dauernde Besserungen erzielte. Das Mittel wurde gut vertragen. Er veröffentlicht einige Krankengeschichten.



## NOTE TERAPEUTICE

Am convingerea că un antiseptic vaginal nu trebuie să aibă o acțiune bactericidă pură; aceasta ar fi și *imposibil* și *inutil*. Imposibil, pentru că ar trebui să întrebuițăm o doză de antiseptic prea puternică și în acest caz ar fi și toxică și corosivă.

Inutilă, pentru că un antiseptic vaginal trebuie să tindă să modifice numai mediul vaginal:

a) *pentru ca să facă imposibilă viața microbilor patogeni* și

b) *să favorizeze lupta microbilor saprofiți.*

**Aceste deziderate le întrunește cu prisosință preparatul „GYNEK“.**

»GYNEK« trebuie să aibă în arsenalul medical locul de frunte printre medicamentele de specialitate.  
București, Septemvrie 1928.

**Dr. NISSIM**  
Gynecolog  
Medic șef de spital

## SOCIETĂȚI MEDICALE

### REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Sedința IV din 17 Decembrie 1938.

Prezidează dl Prof. Dr. TITU VASILIU

*Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. Josan R.:* **Cancer mamar cu metastaze în ficat, splină și plămâni (prezentări de organe).**

Autorii prezintă organele ce provin de la o bolnavă de 51 ani sucombată în Clinica Medicală cu diagnosticul de cancer metastatic al ficatului, insuficiență hepatică.

Înainte cu o lună bolnava a fost operată, pentru o tumoră a mamelei. Mamela a fost trimisă pentru examen biopsic la Institutul de Anatomie Patologică, dl Prof. T. Vasiliu punând diagnosticul de carcinom rotundo-celular alveolar.

După o lună dela operație începe să prezinte dureri în hipochondrul drept și o slăbire în greutate și forțe fizice. Internată în Clinica Medicală se constată un cancer metastatic al ficatului și sucombă cu fenomene de insuficiență hepatică. La autopsie se găsește un ficat mărit de volum, ce cântărește 4400 gr. În întregul parenchim hepatic se găsesc diseminaji o mulțime de noduli de culoare gălbue, înconjurați de o zonă hemoragică, cu măriri variabile dela aceea a unui bob de mei până la aceea a unui bob de fasole. Unul din noduli are mărimea unei nucii, având o formă ombilică cu centrul scundat. Noduli metastatici asemănători celor din ficat se găsesc și în splină, ganglionii retropancreatici și plămâni.

La examenul histologic făcut din ficat, splină și plămâni se constată un carcinom alveolar rotundo-celular asemănător tabloului histologic din tumora mamară.

*Dr. Rubin Popa:* **Cancer primitiv coledocian cu diseminare miliară pulmonară.**

În opoziție cu cancerul primitiv al veziculei biliare, cancerurile marelor canale biliare sunt foarte rari și mai puțin cunoscute. Rolston adună din literatură un număr de 90 cazuri; iar într-o monografie recentă Donáthy sumează 117 cazuri de cancer cu această localizare. După datele statistice ele constituie cam 3% din totalul tumorilor.

Macroscopic înfățișarea lor este de a unui nodul cu dimensiuni mici, comprimând sau crescând spre lumenul canalului, fie a unui inel sau manșon pericanalicular.

Tot în opoziție cu carcinomul vezicii biliare, ele sunt mai frecvente la bărbați decât la femei, întâlnindu-se la vârsta între 50 și 60 ani. Nu au aceeași legătură genetică cu calculoza biliară ca și cancerul vezicii biliare, calculul găsindu-se deabia în 25% a cazurilor de cc. al căilor biliare și abia 4—5% din

totalitatea calculozelor biliare, însoțindu-se și de procese neoplazice.

Este de reținut faptul că tendința la metastazare a acestor tumori este redusă și că, chiar atunci când se fac, aceste metastaze invadează mai des peritoneul și ganglionii juxtagasrici și juxtapancreatici, metastazele în viscere fiind excepționale. Cu deosebire ceace ar părea curios, sunt rare metastazele în ficat. Clerment explică acest fapt prin lipsa de legături limfatice între limfaticele canalelor biliare și între cele ale ficatului.

Autorul are ocazia ca să studieze un astfel de cc. primitiv al marilor căi biliare cu localizare la locul de unire al celor 3 canale: hepatic, cistic și coledoc.

Este vorba de un bărbat în vârstă de 52 ani, ospitalizat pentru icter grav în Clinica Medicală și la autopsia căruia se găsește: un icter mecanic cauzat de obstrucția canalelor biliare prin o mică tumoră localizată la locul de unire al marilor canale biliare. Macroscopic tumora se prezintă sub înfățișarea unui manșon, care înconjura locul de unire al celor 3 canale, transformând canalul în întregime în țesut neoplazic. În contrast cu această mică tumoră, metastazele produse sunt excepțional de întinse. Întreg sistemul limfatic paragastric și pancreatic, cum și ganglionii pericanaliculari și tracheo-bronchici sunt transformați în masă neoplazice. Deasemenea în ambii plămâni se găsește o diseminare miliară pe lângă câțiva noduli mai mari, cuprinzând parenchimul pulmonar în întregime.

Ca structură microscopică tumora primitivă arată aspectul unui schirus glandular, secretant mucipar, iar metastazele atât cele ganglionare cât și cele pulmonare ale unui adenocarcinom deasemeni mucipar. În plămân neoplazia se găsește atât interstițial cât și mai cu seamă în interiorul alveolelor pulmonare. Autorul crede că această metastazare granulară pulmonară ar avea o origine nu numai într-o diseminare pe cale limfatică, ci și pe cale sanghină.

*Dr. Lavinia Rusu:* **Nev acrom al conjunctivei bulbare cu degenerări chistice.**

În luna Decembrie 1938 s'a prezentat la Clinica Oftalmologică un tânăr de 17 ani, pentru o neoformațiune a conjunctivei bulbare la ochiul drept.

La examenul obiectiv se observă pe conjunctiva bulbară, în dreptul deschiderii palpebrale la 2—3 mm înafara limbului sclero-cornean, o formațiune roz gălbuie, ușor proeminentă, mobilă pe planurile subjacente, de formă triunghiulară, cu baza către corneă, iar vârful era îndreptat înapoi. Dela vârful acestei formațiuni pleca către unghiul extern al pleoapelor un vas conjunctival dilatat și cu un traect sinuos.

La examenul biomicroscopic suprafața formațiunii apărea mamelonată, ușor vascularizată și neulcerată. În rest, atât la globul ocular drept cât și la cel stâng nu se remarcă vre-o alterațiune patologică.

La câteva zile după internare se extirpă această neoformațiune. La examenul isto-patologic al piesei am avut surpriza diagnosticării unei afecțiuni foarte rare a conjunctivei bulbare, a unui nev acrom cu degenerări chistice multiple.

Examenul istologic: la suprafața tumora era acoperită de un epiteliu conjunctival redus la 2—3 rânduri de celule turtite. Îmediat sub acest epiteliu de acoperiș și în strânsă legătură cu el se găsea țesutul tumoral propriu zis, format din celule mici epitelioide în special poligoanele cu protoplasmă puțină și nucleul mare intens colorat. Aceste celule se dispuneau în șiraguri celulare de lungimi variabile sau în grămezi

sferice formând adevărate cuiburi în ochiurile rețelei de țesut conjunctiv. Țesutul conjunctiv era format din fasciculi dispuși paralel sau se anastomozau formând o rețea cu ochiuri neregulate. În acest țesut se mai găsesc puține vase mai ales în părțile profunde și mici infiltrații limfocitare care pe alocuri dau aspectul unor adevărați foliuli limfatici.

În straturile superficiale ale tumorii se observă proliferații ale straturilor bazale ale epitelului conjunctival, formând în acest țesut muguri epiteliali de mărimi variabile. Acești muguri se deosebesc net de țesutul tumoral din cauza corpului lor celular mult mai mare ca a celulelor nevice.

În doi din acești muguri epiteliali se observă cum prin procese secundare de desagregare celulară apar în centru: cavități vacuolare de mărimi variabile. Într'un stadiu ulterior prin distrugerea pereților celulari, care separă mai multe vacuole dintr'un mugure, se formează o adevărată cavitate chistică.

Din acest tablou istologic trebuie să reținem: 1. grămizile sferice caracteristice formate din celule nevice; 2. mugurii epitelului superficial cu degenerările chistice și 3. infiltrațiile limfatice.

Nevusul conjunctival apare ca o anomalie congenitală rară, staționară, uneori în preajma pubertății prezentând o ușoară tendință de hipertrofie ca în cazul nostru, — alteleori o adevărată metaplazie carcinomatoasă sau sarcomatoasă. Ca localizare acești nevi pot apărea în diferite regiuni ale conjunctivei bulbare, mai frecvent însă apar în apropierea limbului de partea temporală (Wintersteiner, Hirsch, Jaworsky, Valude-D'antraux și cazul nostru). Mai frecvent apar la indivizii tineri, excepțional la bătrâni (cazul Jaworsky la un bătrân de 60 ani). În majoritatea cazurilor sunt nevi pigmentari, apar ca niște pete brune, asemănătoare nevilor cutanați, în mod excepțional sunt lipsiți de pigment — acromi. Structura istologică a acestor nevi este identică, singura deosebire o formează prezența sau lipsa pigmentului.

În literatură am găsit abia 10 cazuri de nevi acromi descriși. Primul a fost al lui Wintersteiner (1899), Hirsch la 1900 descrie un caz asemănător. În același an Best descrie o formă identică de tumoră sub numele de epitelome chistice benigne, încadrând în această grupă și cazurile lui Parinaud, Kalt, Schapringer, Panas, comunicate mai înainte ca dermo-epitelome la copil.

Natura celulelor nevice a fost mult discutată de autori: 1. Unii ca: Ribbert s'au pronunțat pentru origina conjunctivală; 2. Von Recklinghausen și cu el foarte mulți oftalmologi printre care mai în urmă și Gallenge sunt adepți ai originii endoteliale din vasele sanghine sau limfatice. Cea mai mare parte de cercetători se alătură vederilor lui Unna, susținând origina epitelială a acestora.

*Prof. Titu Vasiliu, Prof. Gheorghe Buzoianu și Dr. Petru Radu: Un caz de tumoră malignă a oaselor bazei craniului: sfenoid, etmoid, stâncă.*

Cazurile de tumoră maligne ale rino-faringelui sunt relativ puține și în special acelea cu tendință de invadare a oaselor bazei craniului.

Primele cazuri semnalate sunt în jumătatea a II a secolului al XIX în anul 1859 de Lotzbeck, apoi în 1869 de Gergeron, abia la 1880 Hallade se ocupă de histologia și de tendința de invadare a acestor neoformații.

Raritatea acestor cazuri se poate deduce și din statisticile următoare; astfel Gurtl din 10.000 cazuri găsește 1 caz, Singer pe 7051 autopsii practicate în timp de zece ani a găsit

numai 5 cazuri, Portmann în clinica O. R. L. a Universității din Bordeaux din 70.000 bolnavi examinați observă la 32 cazuri, în Institutul anticanceros din Toulouse pe 17.000 bolnavi examinați întâlnesc numai 15 cazuri, iar în Institutul nostru din 6000 autopsii un singur caz a cărui descriere o dăm mai jos.

Este vorba de un bărbat în vârstă de 38 ani, plugar. Care vine în serviciul Clinicii O. R. L. pentru cefalee, exoftalmie și dureri ale părții superioare a feței.

*Antecedente heredo-colaterale.* Un frate a murit de aceeași afecțiune ca și bolnavul.

*Antecedente personale.* Neagă orice boală infecto-contagioasă și venerică.

Boala actuală datează de patru luni, a debutat pe nesimțite cu ușoare dureri și tumefierea extremității superioare a feței drepte. Durerea și tumefierea devine progresivă și este însoțită și de cefalee, care din când în când se accentuează. Cam după două luni, bolnavul constată și o erupție de formațiune veziculară pe regiunea periorbitară dreaptă. Tot dela această dată simte că respirația pe nara dreaptă devine din ce în ce mai dificilă, iar în ultimul timp nici nu mai poate respira.

*La examenul foselor nasale* se vede o rinită hipertrofică, iar la examenul rino-faringelui se constată o îngroșare difuză a mucoasei cavului și o formațiune polipoasă, care la reexaminare nu se mai găsește. Examenul radiologic al sinusurilor arată o ușoară voalare a sinusului frontal, etmoidal și maxilar drept. Puncțiile exploratorii repetate au fost negative. R. W. negativă.

*Examenul oftalmologic.* Zona Zoster, iar examenul fundului de ochi nu prezintă nimic. S. indică din partea Clinicii Oftalmologice o deschidere a sinusului sfenoidal. Se face rezecția cornetului mijlociu, răzuirea etmoidului, sinusului sfenoidal, și cateterismul canalului fronto-nasal. La deschidere se constată că oasele sunt de consistență normală, iar stiletul în nici un punct nu face impresiunea de a palpa o regiune moale. Biopsie nu s'a luat, fiindcă nu s'a putut lua din os sau din mucoasa intrasinuso sfenoidală.

După această intervenție, bolnavul prezintă ascensiuni febrile, iar la câteva zile după intervenție sucombă cu Dg. de Meningită și Tumoră craniană.

La autopsia 5872 se constată o meningită purulentă care interesează lobii frontali și baza craniului. Hipofiza nu prezintă nimic. Oasele dela baza craniului: etmoidul, sfenoidul, parte din temporalul drept chiar și stânca, o parte a osului occipital, ramura ascendentă dreaptă a maxilarului inferior și maxilarul drept superior aveau o consistență spongioasă, putându-se cu ușurință străbate prin ele cu un stilet. Ridicând cu ajutorul unui bisturiu toată această masă, am ajuns până în rino-faringe, unde am constatat o mucoasă ușor îngroșată. Examinând cu atenție această masă și făcând secțiuni multiple în unele locuri am găsit mici punți de puroi. În frotiurile făcute din acest puroi, cât și cel din frotiurile din meninge, se pune în evidență o floră microbiană mixtă cu predominanță strepto-coci.

Din partea celorlalte organe am mai găsit: oltă purulentă medie și internă. Miodegenerescență cardiacă. Bronchopneumonie. Splină septică. Ficat degenerat toxic. Nefroză.

În fața acestor date la masa de autopsie ne-am gândit la o osteomielită a oaselor bazei, mai ales că am găsit acele punți de puroi și acea consistență a oaselor.

*Histologie:* În secțiunile microscopice făcute din masa tumorală se văd insule cu caracter epitelial înconjurate de mase de țesut conjunctiv fibros și fibroscleros, cât și elemente de ganglioni simpatici.

Țesutul cu dispoziție epitelială este format din două zone;

# 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

BCU Cluj / Central University Library Cluj



## QUINISAL

(Chinină bisalicilo – salicilică)

în

## GRIPE

și alte stări de răceală

Tuburi cu 10 Comprimate  
Flacoane cu 25 Comprimate

Pentru tratamentul abortiv  
al gripei. Timp de două  
zile consecutive câte 5  
comprimate.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM-WALDHOF  
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

una centrală fără elemente celulare, omogen colorată cu aspectul unui țesut fibrinoid și o altă zonă înconjurătoare formată din celule rotunde, dispuse una lângă alta. Aceste celule sunt de mărimi variate și au un nucleu intens colorat și o protoplasmă bogată. Foarte rar se găsesc cariochineze.

Țesutul conjunctiv este abundent, fiind format din multe fibre și vase neoformate, mai puține celule. Vasele au perețele mai gros și sunt înconjurate de discrete infiltrații plasmatiche.

Din loc în loc se găsesc și mase de celule ganglionare simpatice și cu tecă de nervi.

În rezumat credem că n'ar fi vorba de o tumoră cu punct de plecare dela mucoasa naso-faringiană, deoarece n'am găsit nici clinic, nici anatomo-patologic ulcerajii și formațiuni tumorale ale nazo-faringelui. Credem mai mult că ar fi o tumoră cu punct de plecare dela elementele simpatice din regiunea sfeno-palatină întinse în toată regiunea.

Sedința din 21 Ianuarie 1939.

Prezidează dl Prof. Dr. TITU VASILIU

*Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. V. Dachnovici: Considerații asupra micozei splenice.*

Autorii prezintă o splină, care a fost trimisă de la Clinica Chirurgică pentru examenul histo-patologic, cu diagnosticul clinic de boala lui Banti.

Foia de observație. Bolnav de 26 ani intră în serviciul Clinicii Medicale pentru slăbire generală și balonare a abdomenului.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: pojar la vârsta de 6 ani, malarie la 8 și 11 ani, blenoragie la 17 ani.

Istoricul bolii actuale. Acum 4 ani, când făcea stagiul militar a fost internat în spital pentru debilitate generală, a fost tratat cu tonice însă fără rezultat. Acum 3 ani a observat că i se balonează abdomenul fără să simtă dureri. Odată cu balonarea abdomenului a simțit o apăsare în flancul stâng. De un an observă că i se umflă picioarele, de o lună și jumătate observă rezistență în hipocondrul stâng. Observând că slăbește mereu și abdomenul i se balonează tot mai mult, se hotărăște să intre în Clinica Medicală. La examenul medical se constată o splină foarte mărită, neregulată, care se întinde până la linia mediană, iar în jos la 4 degete deasupra splinei — e dureroasă la palpare. Ficatul se palpează la inspirație profundă.

Examenul sanghin: hematii 2,100.000, leucocite 700. Hemoglobină după Sahli 34%, valoarea globulară 1,01. Tabloul sanghin: limfocite 63%, polinucleare 33%, monocite 4%; mlieogramă caracteristică pentru anemie secundară.

Bolnavul afebril fiind, i se face transfuzie sanghină de 3 ori în decurs de 20 zile, cantitatea de sânge în total 320 cc.; hematii după transfuzii 2,100.000.

I se propune operația, bolnavul acceptă și este transpus la Clinica Chirurgică pentru splenectomie. După operație bolnavul sucombă.

Diagnosticul anatomo-clinic pe masa de autopsie este: Ciroză hepatică, ascită, anemia tuturor organelor. Splina trimisă cântărește 560 gr., e mărită de volum și pe secțiune se observă noduli mici de culoare galbenă (culoarea tutunului după autorii italieni). Acești noduli sunt duri la palpare și

proemină la suprafață, conturul lor este neregulat sau rotund. Acești noduli au fost numiți nodulii lui Gandy-Gamma și sunt caracteristici pentru splina micotică. La examenul microscopic nodulii sunt formați dintr'un centru de țesut conjunctiv; între fibre colagene se găsesc filamente micelene, care sunt formate din segmente scurte articulate. De jur împrejur nodulii sunt înconjurați de o masă hemoragică, iar peste tot se observă pigment feric, ce se poate vedea mai bine în colorație specială.

După imaginea histologică se pune diagnosticul de splină micotică. Făcând triturat din acești noduli am obținut pe medii Sabouraud culturi de ciupercă pe care o clasăm în grupa aspergillus — specia nidulans — după aspectul microscopic și caracterul culturilor.

Specificitatea nodulilor Gandy-Gamma nu este admisă de toți autorii, foarte mulți neagă complet valoarea nodulilor micozici. Nanta însă a găsit în 11 cazuri de splenomegalii noduli caracteristici, în care a pus în evidență micelii și chiar în unele cazuri a obținut și cultură pozitivă. Pe lângă Nanta se citează mai mulți autori francezi, ca: Pinoy, Chevallier, Flandrin și Gregoire, cari susțin specificitatea acestor noduli. Alții ca Oberling consideră ca o leziune secundară grefată pe o splină bolnavă înainte și consideră acest lucru prin nereușita culturilor și prin aceea că a găsit niște noduli în cazuri de limfogranulomatoză, leucemie cronică, infarct al splinei. Nanta experimental a putut produce la animale și în special la câini, prin inocularea diferitelor specii de aspergillus, boala cu o evoluție asemănătoare celei umane și anume: slăbirea animalului, ascită, icter, modificări sanghine: anemie, valoarea globulară sub 1, anizocitoză și o leucopenie. În splină s'au putut constata noduli mici siderozici, însă forme parazitare n'au putut fi puse în evidență așa că până acum interpretarea leziunilor prin origina micotică este dubioasă, iar diagnosticul în stadiul actual al cunoștințelor noastre asupra splenomicozei nu este decât a unui examen histo-patologic al leziunii.

*Prof. Dr. D. Michail: Complicațiuni extra-oculare ale panoftalmiilor supurate.*

Autorul arată că panoftalmiile supurate necesită un tratament radical, care consistă în excizia corneei urmată de curetajul întregului conținut ocular, lăsându-se pe loc numai capsula sclerală. După această intervenție, în mod obișnuit, fenomenele inflamatorii dispar, iar sclerotica se retractă sub forma unui bont scleros, asupra căruia se aplică proteza. Sunt însă împrejurări, și nu chiar atât de rare, în care după intervenția de mai sus fenomenele inflamatorii locale persistă cu aceeași intensitate ca și mai înainte și necesită o a 2-a intervenție, care consistă în extirparea totală a scleroticei rămasă pe loc cu țesuturile perisclerale, de care aderă. În urma acestei noi intervenții fenomenele inflamatorii locale dispar rapid și definitiv. Autorul se întreabă, ce anume reacțiuni inflamatorii locale și ocupând anume care sedii anatomice, sunt acelea care fac să persiste suferințele bolnavului după prima intervenție a eviscerării globului ocular?

Pentru a răspunde acestei întrebări, analizează Istologic piesele anatomice provenind din rezecția scleroticei, și a țesuturilor perisclerale a 4 cazuri de panoftalmii purulente, în care eviscerația simplă a globului ocular nu a fost în măsură să suprime fenomenele inflamatorii locale.

În primul dintre aceste cazuri era vorba de un băiat de 15 ani, care cu 2 ani mai înainte suferise o plagă perforantă a corneei stângi printr'o lovitură cu o bucată de lemn, în urma căreia i s'a dezvoltat un leucom cornean aderent cu tendință



# CARBARGIRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic, antiinfecțios.

In fermentațiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic și infecțios.

**DOZA:** 1—3 cachete pe zi, înainte meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmaciens, Paris XVI-e

# ISOCOLYR

## NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1%, etc.

In cazurile de hiperemie, blepharită, conjunctivită, etc.

**Prezentare:** flacon — pipeta aseptică.

**Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85**

stafilomatoasă, pe care în ultimul timp a apărut un ulcer cornean aderent cu tendință stafilomatoasă, complicat ulterior cu o panoftalmie purulentă. Afectiunea a necesitat eviscerația globului, care a fost urmată de badijonarea cavității sclerale cu tinctură de iod și imediat apoi de rezecția sclerotice, din care nu s'a lăsat pe loc decât un mic disc corespunzător înălții nervului optic în glob. Examenul istologic al cazului a arătat că sclerotica extirpată avea structura normală, dar prezenta o discretă infiltrație mononucleară cu deosebire accentuată în jurul vaselor perforante, prin intermediul tecilor limfatice ale cărora ajungea în țesutul retroscleral densificat și sclerozat al capsulei lui Tenon, pe care o infiltra abundant, spre a se întinde apoi dealungul tendoanelor mușchilor drepti la însuși corpul lor muscular. Aspectul istologic al cazului era deci acela al unei sclero-tenonite cronice adese, complicate cu miozită cronică a musculaturii periculare.

În cazul al 2-lea era vorba de un băiat de 10 ani, care suferise mai multe zile înainte plăgi ale feței și o plagă perforantă a corneei drepte în urma exploziei unei granate. Plaga corneeană complicându-se cu o panoftalmie a necesitat într-o primă ședință eviscerația globului, iar într-o ședință ulterioară rezecția sclerotice îngroșate. Examenul istologic a arătat în acest caz, pe lângă existența unei discrete infiltrații polinucleare și a formației unor microabcese intrasclerale și pe aceea a

unei infiltrații mixte, polinucleare-mononucleare, care mergea dealungul vaselor perforante spre capsula lui Tenon, pe care o infiltra difuz în întregime, întinzându-se în același timp prin intermediul pachetelor vasculo-nervoase perforante posterioare și în jurul nervului optic, căruia îi forma o teacă inflamatorie, cât și în mod mai discret la restul țesuturilor moi orbitare. Aspectul istologic al cazului era deci acela al unei sclero-tenonite cu caracter mai mult supurativ la nivelul sclerotice, unde luase aspectul de microabcese intrasclerale și mai mult cronic la nivelul capsulei lui Tenon și a prelungirii sale din jurul nervului optic, cât și la nivelul restului țesuturilor moi orbitare. Din punct de vedere istologic cazul poate fi considerat ca făcând trecerea între sclero-tenonita cronică adesivă și cea supurată.

În cazul al 3-lea era vorba de o femeie de 60 ani, care cu 2 săptămâni mai înainte suferise o plagă perforantă a corneei drepte printr'un traumatism dat de o ramură de copac, consecutiv căruia i s'a dezvoltat o panoftalmie purulentă, care a necesitat eviscerația globului și câteva zile mai târziu rezecția sclerotice.

Examenul istologic a arătat în acest caz o infiltrație polinucleară difuză, care disocia cu deosebire straturile externe ale sclerotice, o voluminoasă colecție purulentă în capsula lui Tenon și o infiltrație difuză cu caracter mononuclear cronic

însoțită de edemul restului țesuturilor moi și a musculaturii orbitare. Aspectul istologic era deci acela al unei sclero-tenonite supurate cu interesarea mai accentuată a straturilor externe ale sclerotice și cu participarea sub formă cronică la procesul inflamator al restului țesuturilor moi și a musculaturii orbitare.

În cazul al 4-lea era vorba de o femeie de 52 ani, căreia în urma unei arsuri a feței i-a apărut un ulcer cornean stâng perforat, urmat de o panoftalmie, care a necesitat mai întâi eviscerația globului și ulterior rezecția sclerotice. Examenul istologic al acestui caz a evidențiat existența sfacelării straturilor interne și a necrozei restului straturilor sclerale, alături de prezența unei bogate colecții purulente, care ocupă capsula lui Tenon și de infiltrația mixtă, polinucleară — mononucleară, — a țesuturilor moi și a musculaturii orbitare. Aspectul istologic al cazului era deci acela al unei sclero-tenonite supurate, cu necroza masivă a sclerotice și cu participarea sub o formă cronică la procesul inflamator al restului țesuturilor moi și a musculaturii orbitare.

Aruncând o privire generală asupra aspectului istologic al cazurilor sale, autorul găsește că panoftalmia a provocat la fiecare din ele intense reacțiuni inflamatorii sclero-tenoniene, care sub o formă mai atenuată s'au extins și la restul țesuturilor moi ale orbitei. Panoftalmia supurată are deci o tendință aproape naturală de a învinge bariera sclerală, spre a înainta către profunzimea țesuturilor orbitare, pe calea pachetelor vasculo-nervoase perforante.

Dacă aceasta este tendința panoftalmiilor, autorul se întreabă, de ce numai o parte din ele fac complicații extra-oculare, care necesită în afară de eviscerația globului și pe cea a rezecției ulterioare a sclerotice? Credința sa din acest punct de vedere este că, în realitate absolut toate panoftalmiile se însoțesc de reacțiuni inflamatorii sclero-teno-orbitare, dar că o mare parte dintre aceste reacțiuni sunt de o mică intensitate, trec neobservate și dispar rapid după simpla eviscerație a globului, pentru a nu rămâne să evolueze mai departe, pe cont propriu, decât acelea a căror intensitate este mai accentuată. Urmează ca prin cercetări ulterioare să se precizeze dacă această ultimă evoluție a panoftalmiilor se datorează unei eviscerații întârziate, sau unor anumite forme bacteriene deosebit de accentuate.

Analizând apoi aparte fiecare dintre complicațiile extra-oculare ale panoftalmiei supurate, găsește că aceste complicațiuni se pot localiza la nivelul sclerotice, a capsulei lui Tenon, a musculaturii perioculare, a nervului optic și a tuturor țesuturilor moi orbitare. La nivelul sclerotice panoftalmiile supurate pot determina apariția unor infiltrații limfatice difuze, cu caracter cronic sau acut, a microbaceselor intrasclerale, a perivasculitelor și mai ales a perinevritelor ciliare intrasclerale, care provoacă durerile foarte accentuate ce însoțesc aceste complicațiuni și a necrozelor sclerale parțiale sau masive, cu eliminarea de sfacelă sclerale.

La nivelul capsulei lui Tenon, panoftalmiile supurate provoacă apariția tenonitelor care uneori au un caracter cronic adesiv, pentru a se extinde dealungul tecilor tenoniene, ale tendoanelor mușchilor perioculari la însăși corpul lor muscular, sau la teaca celulară a nervului optic, pentru ca altele tenonite să ia un caracter acut, supurativ, provocând apariția de microabcese sau de adevărate flegmoane tenoniene, cu reacțiuni locale și generale sgomotoase. În fine, există cazuri în care reacțiunile inflamatorii ale capsulei lui Tenon pot lua aspectul istologic intermediar între inflamațiile tenoniene cronice și acute.

Autorul ține cu această ocazie să insiste cu deosebire asupra complicațiilor tenoniene supurative ale panoftalmiilor, care din analiza cazurilor sale par a fi mai numeroase decât tenonitele adesive și insistă cu atât mai mult asupra acestui fapt, cu cât din literatura tenonitelor reiese că în cursul panoftalmiilor se pot ivi numai tenonitele adesive și că tenonitele supurate sunt sau de origine endogenă, sau provocate prin plăgi infectante direct ale capsulei lui Tenon.

În cazurile autorului însă, toate plăgile infectante au interesat exclusiv corneea, încât tenonitele supurate ivite s'au produs pe calea transclerală a pachetelor vasculo-nervoase perforante. Explicația formelor variate de tenonite, pe care le-a observat în cazurile sale, autorul o atribuie diversității microbilor, care au provocat panoftalmiile și gradului toxicității lor.

La nivelul musculaturii perioculare panoftalmiile provoacă prin continuitatea procesului tenonitic fenomene de mlozită interstțială, care în toate cazurile sale a avut un caracter cronic.

La nivelul nervului optic panoftalmiile provoacă leziuni cronice de perinevrită optică, prin continuitatea procesului tenonitic, sau prin intermediul tecilor limfatice, ce însoțesc pachetele vasculo-nervoase ciliare posterioare perforante.

La nivelul restului țesuturilor moi orbitare panoftalmiile provoacă în fine reacțiuni de celulită difuză cronică.

Panoftalmiile supurate nu mai trebuiesc deci să fie considerate ca afecțiuni pur endo-oculare, ci ca afecțiuni care au totdeauna un mare răsunet asupra tuturor elementelor anatomice ale orbitei. Acest răsunet inflamator, în majoritatea cazurilor este foarte probabil să ia un caracter cronic adesiv și să dispară lent după suprimarea conținutului purulent al globului, dar într-o parte din cazuri el ia, datorită unor împrejurări care urmează să fie precizate, o înălțare acută supurativă, care se limitează la segmentul sclero-tenonian, continuând să aibă la restul țesuturilor orbitare aspectul său cronic obișnuit. În această ultimă împrejurare, eliminarea operatorie a noului focar supurativ se impune de la sine, sub forma rezecției bontului scleral.

**Dr. E. Pacu-Arad și Dr. C. V. Antonescu: Malformațiunea congenitală rară a membrului superior stâng, la o femeie de 40 ani.**

Malformațiunile congenitale ale membrului superior, în general se grupează în:

1. Anomaliile de dimensiune fără malformațiune.
2. Anomaliile centurei scapulare
3. Anomaliile brațului și antebrațului
4. Anomaliile mâinei.

Printre anomaliile de dimensiune fără malformațiune, amintim *dolichomelia* sau *acromegalia* și *brachimelia*.

Printre anomaliile brațului, cea mai frecventă este *phocomelia*.

Printre anomaliile antebrațului, cea mai frecventă este: *reducțiunea unuia din oase*, ce poate merge până la lipsa lui completă, ceea ce atrage după sine devierea sau luxația celui-lalt os, și adesea câtorva degete, corespunzătoare anatomic osului în lipsă. Mai des cubitul este acela care suferă această *agenzie*, constituind *ectromelia longitudinală*, alteleori prezentându-se sub forma unei *hemimelii*.

Anomaliile mâinei sunt cele mai numeroase:

1. Deviațiuni
2. Deformațiuni
3. Exces sau diminuarea volumului degetelor
4. Diminuarea numărului degetelor, *ectrodactilie* sau *hipodactilie*.

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 onichomicosele.

**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

AVORTURI SEPTICE  
FACERI COMPLICATE  
TROMBO-FLEBITE

IRIDO-CICLITE, etc.

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.

5. Mărirea numărului degetelor
6. Excesul sau diminuarea numărului falangelor
7. Alipirea degetelor sau *sindactilia*.

Suntem în măsură să prezentăm un caz interesant de malformațiune a membrului superior stâng, ce aparține unei femei în etate de 40 ani, căsătorită, evreică. În antecedente heredo-colaterale, hărâșii trăiesc sunt sănătoși, deasemenea 4 surori, nici unul nu prezintă anomalii. Are 4 copii, sănătoși. Se prezintă la serviciul chirurgical al Spitalului de Stat din Arad, pentru un panarițiu dela mâna dreaptă.

La examenul somatic al membrului superior stâng se constată: că segmentul brachial este normal dezvoltat, segmentul antibrachial mai scurt, se termină la nivelul articulației pumnului cu 5 degete rudimentare, dintre cari policele și inelarul posedă unghie. Bolnava se servește de acest membru ca de un antebraț amputat, putând să execute mișcările de flexiune și extensiune în articulația cotului.

Supus unui examen radiografic, negativele radiografice ne arată următoarele:

a) *cubitul*, dezvoltat numai în porțiunea lui superioară, adică epifiza proximală și  $\frac{1}{3}$  superioară a diafizei, care la extremitatea sa distală se termină cu un bont, asemănător unui condil deformat.

b) *radiusul*, prezintă toate segmentele sale dezvoltate, însă foarte deformate, cu diafiza mai scurtă, epifizei proximale îi lipsește platoul cupulei radiale, înlocuită fiind cu un condil, această extremitate este în luxație anterioară față de cubitus, epifiza distală, ușor turtită neregulată, este sudată cu un bloc osos de formă paralelogramă, la fața ei distală prezentând undulațiuni, corespunzătoare forțelor articulare distale ale rândului al doilea carpean. Acest bloc osos corespunde oaselor carpeene, cari în cazul nostru sunt sudate între ele apoi sudate de radius. Linie de sudură intercarpeană nu se remarcă, prezentă fiind și accentuată, linia de sudură carpo-radială.

c) Oasele metacarpeene și falangele lipsesc în totalitate, nu se remarcă nici măcar urmele punctelor de osificare primordiale.

Bonturile de țesut moale care reprezintă degetele în stare rudimentară, au o dezvoltare apropiată de aceea a degetelor membrului inferior, păstrând între ele proporțiile acestora din urmă.

Căutând să încadrăm această malformațiune congenitală, într'unul din grupele de anomalii ale membrului superior, amintite în cele spuse la început, ne isbim de oareșicare dificultate.

Malformațiunea antebrațului se poate încadra în *ectromelia longitudinală* sau *hemimelia*.

În ceea ce privește însă corpul, în literatura ce ne-a fost la îndemână n'am găsit descris decât varietăți prin oase supra-numerare, dar niciodată anomalie prin sudarea oaselor carpeene într'un singur bloc osos carpean. Faptul că linia de sudură intercarpeene, nu există, ne face să credem că acest *os carpean* s'a dezvoltat dintr'un singur punct de osificare carpean sau poate, punctul de osificare accesoriu epifizar distal radial s'a dedublat, dezvoltând primar epifiza distală a radiului și osul carpean, apoi secundar să se fi produs sudura, printr'un proces analog celui de sudură între epifiză și diafiză.

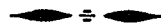
Dar cea mai interesantă este agenezia metacarpianilor și a falangelor, prin lipsa apariției punctelor de osificare. În literatură am găsit descrise varietăți în dezvoltarea oaselor metacarpeene și a falangelor, sau lipsa unuia din ele împreună cu falangele corespunzătoare, asociat lipsei unui os antibrachial, dar niciodată lipsa lor completă, cu atât mai mult cu cât oasele antibrachiale sunt prezente.

În concluzie, malformațiunea prezentată de noi, se compune dintr'o serie de anomalii în dezvoltarea oaselor, cari formează scheletul segmentelor: antebraț, gâtul mâinii, cu lipsa scheletului palmei și a falangelor.

Este o asociațiune de: *hemimelia*, cu un s'ngur os carpean, sudat de radius, cu agenezia tuturor oaselor metacarpeene și a falangelor, cu reducerea în volum și lungime a degetelor.

Acest membru superior stâng, privit din punct de vedere al anatomiei pe viu, se compune din următoarele segmente: braț, antebraț, gâtul mâinii și degete, de observat lipsa segmentului palmar.

Credem că este un caz destul de interesant, pentru a servi ca o contribuție prețioasă, literaturii teratologice.



### SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI SIFILIGRAFIE SECȚIA CLUJ

Ședința din 26 Februarie 1939

Prezidează dl Președinte Dr. DOMINIC STANCA.

#### Drd. A. Opreș: Un caz de sifilis secundar combinat cu tuberculide papulo necrotice.

Este vorba de o bolnavă de 48 ani, văduvă, casnică, din jud. Cluj, care intră în serviciul clinicii noastre în 10 Febr. a. c. cu diagnosticul: sif. sec., papule hipertrofice și erosive la genitale, papule luxuriant, sifilide circinate și scleradenită universală. Neagă boli în familie și în antecedentele personale.

Ultimul contact sexual l-a avut în luna Septembrie anul trecut, iar leziunile actuale le-a observat înainte cu aproximativ 2—3 luni.

La examenul obiectiv prezintă diseminat pe trunchi și mai puțin pe brațe o serie de leziuni maculoase de mărimea unor boabe de melu-linte, de colorațiune roză. La ambele comisuri bucale prezintă câte o leziune papuloasă modificată, de culoare roșie brună, cu suprafața fisurată. Leziunile dela nivelul cefei sunt grupate în placarde ovalare, rotunde, cu centrul depresionat și cu marginea ușor elevată, pe care se găsesc o serie de leziuni papulo-scoamoase de colorațiune roșie gălbue.

La examen genital labiile mari și mici prezintă un ușor edem scleros. În șanțurile genito-crutale, pe labiile mari și mici, se găsesc o serie de leziuni papuloase de mărimea unor boabe de linte-fasole, cu suprafața netedă, la unele erosivă, câteva din ele având baza centurată. Consistența lor e dură. Unele au pe suprafața lor o serie de puncte gălbui, reprezentând totatătea mici abcese intraepidermice. Pe mucoase nimic deosebit. Scleradenita generalizată, R. W. e intens pozitivă.

Concomitent cu leziunile sus descrise prezintă și o erupțiune pe ambele gambe cât și în jurul genunchilor și a coatelor, care a apărut circa de trei luni. Acestea au un aspect polimorf, găsindu-se în diferite stadii evolutive.

Majoritatea lor sunt pigmenții rotunde variind între mărimea unor boabe mici de linte și a unor monete de 50 de bani. Centrul lor este ocupat de o cicatrice rotundă, bine delimitată și scufundată. Diseminate între acestea, mai ales în treimea inferioară a gambelor, se găsesc o serie de leziuni papuloase acoperite de cruste de o colorațiune brună gălbue, foarte aderente, cari pătrund în interiorul nozulului aflat în acest stadiu evolutiv.

După detașarea crustei apare o ulcerațiune destul de

profundă, cu margini bine delimitate tălate a pic. Fondul ulcerațiilor este acoperit de o masă necrotică după îndepărtarea căreia punem în evidență o suprafață neregulată hemoragică moale. Toate aceste leziuni sunt anturdate de o zonă mai mult sau mai puțin întinsă hiperpigmentară.

După afirmarea bolnavei leziunile au apărut în puseuri succesive.

La examenul pulmonar s'a găsit un scleroemfizem, iar la radioscopie calcifieri hilare.

S'a fixat diagnosticul de tuberculide papulo-necrotice.

Intrucât bolnava suferă de sifilis s'ar fi putut confunda aceste leziuni cu manifestările ale sifilisului secundar cari iau un aspect papulo-necrotic. Însă în timp ce tuberculidele apar în puseuri afectând mai ales extremitățile, sifilidele apar deodată și au un caracter general. Un real folos în vederea diagnosticului diferențial ni-l dau cicatricile caracteristice amintite, prezente între leziuni mai tinere din punct de vedere al stadiului lor evolutiv.

Cicatricea post-șancroasă, leziunile sifilitice secundare, adenopatia generalizată cât și serologia, nu pot figura în cazul nostru ca elemente de diagnostic diferențial.

Doar examenul isto-patologic poate să contribuie la precizarea diagnosticului confirmându-l în cazul nostru.

*Dr. Lengyel Dr. L. Modran: Scrofulogoma limbei.*

Avem onoare a vă prezenta pe bolnavul M. Carol, în vârstă de 24 ani, pantofar, internat la data de 5 I. c. în serviciul clinicel noastre, cu următoarele date anamnestice:

Boala actuală datează din Octombrie 1938, când în urma unei stări gripale i-s'au tumefiat amigdalele, iar la câteva zile și limba, pe care a observat apariția unei mici pete alburii. A consultat un medic, care l-a tratat cu nitraturi; în urma acestor intervenții s'a produs o fistulizare, eliminându-se o mare cantitate de puroiu. Atunci s'a internat într'un spital din provincie, de unde a fost îndrumat la clinica noastră.

La examenul obiectiv: Bolnav de statură mijlocie, cu tegumentele palide. În cavitatea bucală se constată următoarele: limba tumefiată în întregime, îndeosebi însă în partea dreaptă, unde se constată prezența unei formațiuni nodulare, gomoase, de mărimea unei nuci. În centrul acestei tumorete se observă o fistulă neregulată lineară, prin care la o presiune laterală se elimină o secreție sero-purulentă, ușor hemoragică, conținând mici particule mai consistente. Consistența leziunii este moale, iar la palpare bolnavul semnalează dureri. Masticația și în consecință nutriția sunt defectate. Ganglionii submaxilari din partea corespunzătoare sunt tumefiați și senzibili la palpare. Reacția Wassermann negativă. Examenul radiologic cu următorul rezultat: calcifieri hilare, complex primar calcificat în vârful drept. Desenul hilar mai accentuat. În preparatele colorate: floră microbiană mixtă. Culturi pentru aktinomicoză negative, asemenea și cutireacția cu vaccin Păpai.

În fața acestui tablou se pune diagnosticul de Scrofulogomă a limbei. Am prezentat cazul pentru raritatea relativă a localizării în aceasta regiune a tuberculozei colicative, putând da naștere ușor la greșeli de diagnostic, cu un sifilis terțiar ori o aktinomikoză.

Bolnavul a fost tratat cu Rubrofen Chinoln, plecând mult ameliorat din serviciul nostru.

*Dr. N. Lengyel, Dr. L. Modran: Patru cazuri de eritrodermie descuamativă.*

Eritrodermia descuamativă constituie o mare afecțiune

dermatologică, susceptibilă de a fi declanșată de cauze etiologice diverse. Astfel putem distinge: a) Eritrodermia secundare consecutive unei dermatoze maltratate (eczemă, psoricoză, lichen ruber etc.), b) eritrodermia datorite unei cauze toxice interne (în urma unei intoxicațiuni cu arsen, aur, bismut etc.), c), eritrodermia primitive, de origine nedeterminată.

În grupa eritrodermiilor primitive, datorită cercetărilor asidui, s'au identificat diferite afecțiuni viscerale ca stând la baza procesului patologic al pielii; astfel ar juca mare rol tuberculoza, micoza fungoidă și în special limfodermiile.

Este meritul Profesorului Nicolau de a fi atras atenția dermatologilor asupra originii leucemice a afecțiunii, publicând primul caz de eritrodermie tip. Wilson-Brocq de natură leucemică în 1904.

O coincidență cazuistică interesantă ne-a dat posibilitatea de a putea expune în fața societății noastre 4 cazuri de eritrodermie descuamativă, ale căror cauze etiologice ilustrează în mod practic și preguant cele expuse mai sus în mod practic și principal.

CAZ. I. — V. F. de 65 ani din Câmpulung-Bucovina, vine la clinica noastră pentru o afecțiune pe care o are de o lună, apărută în urma tratamentului intempestiv al unei psoriaze, de care bolnavul suferea de mult timp.

După examenul obiectiv amănunțit al bolnavului punem diagnosticul de eritrodermie descuamativă secundară, consecutivă unei psoriaze maltratate.

Înstituiam un tratament local cu unguent emolient și administrăm 15 injecții dintr'un preparat, făcut în laboratoarele Institutului de igienă din Cluj de sub conducerea Profesorului Iuliu Moldovan. În decurs de 3 săptămâni bolnavul se reface complet.

CAZ. II. — I. G., în vârstă de 63 ani, zidar, Cluj, se prezintă la clinica noastră în 31 I. 1939.

*Istoricul boalei actuale:* Afecțiunea a apărut acum 3 săptămâni în urma tratamentului antisifilitic cu neosalvarsan.

*Diagnosticul:* Eritrodermie descuamativă post-salvarsanică. Lues latent.

*Tratamentul:* Se administrează injecții tot a doua zi cu preparatul Institutului de Igenă; local la început oleu zincat și pe părțile madidante comprese cu soluție resorcină 1%, după aceea se aplică peste tot mixtură cu Rivanol 1%. Bolnavul actualmente e f. mult ameliorat.

CAZ. III. — B. I. 52 ani, funcționar C. F. R., Ploiești. Se prezintă la clinica noastră în 14 XI 1938.

*Istoricul boalei actuale:* Afecțiunea datează de 6 luni; a debutat la nivelul regiunii poplitee stângi sub forma unei plăci eritematoase, însoțită de un prurit intens. Treptat, treptat afecțiunea s'a extins pe întreg corpul agravând chiar starea generală a pacientului. A consultat mai mulți medici, a fost internat 2 luni la Spitalul Colțea, fără să observe vre o ameliorare, pentru care fapt vine la Clinica noastră.

*Diagnosticul:* Eritrodermie descuamativă primitivă; bazați pe poliadenopatia pe care o prezintă bolnavul și pe tabloul sanghin unde se găsesc forme tinere 4%, stabilim natura leucemică a ei.

*Tratamentul:* Se administrează injecții cu thiosulfat de Na., calciu bromat, pernemon, adrenalină, iar local unguent emolient, mixtură cu Rivanol 1%, thigenol 1%, în pastă, mixtură cu tumenol 5%, în ultimul timp s'au făcut injecții cu preparatul Institutului de Igenă și local oleu cadmi 2% în vaselină și lanolină; după acest din urmă tratament s'a constatat o mică ameliorare, formele tinere reducându-se la 2%, iar tegumentele msnifestând o îmbunătățire a stării lor patologice.

CAZ. IV — W. M. 58 ani, plugar, com. Polenii jud. Sălaj, se prezintă la Clinică în 28 I. 1939.

*Istoricul boalei actuale:* Afecțiunea datează de 5 săptămâni, apărând sub forma unei plăci eritematoase la nivelul regiunii fesiere drepte, însoțită de un prurit accentuat. În urma aplicării unei alfilii prescrise de un medic, afecțiunea sa agravat extinzându-se pe întreg corpul, este îndrumat de un medic la clinica noastră.

*Diagnosticul:* Eritrodermie descuamativă primitivă, natura afecțiunii din punct de vedere etiologic n'a putut fi stabilită.

*Tratamentul:* Se administrează subcutan preparatul Institutului de Igienă din Cluj, iar local mixtură cu Rivanol 1%. După aproape o lună de tratament f. puțină ameliorare.

Autorii germani susțin că eritrodermia descuamativă s'ar datorita unei alterări funcționale deficitare, unei „cașexii cutanate”. Fleischmann consideră afecțiunea ca datorită unei trofonevroze.

Mai nou se susține că la bază ar fi o stare meipragică a sistemului simpatic, care ar menține o vasodilatație universală paralizată.

Sézary și Mauriac utilizând tehnica lui Prausnitz-Küstner au reușit în cazuri de eritrodermie eritemato-veziculară arsenicală, să transmită anticorpii anafilactici, produși în urma acțiunii toxice a arsenobenzolilor.

Bazându-ne pe bogăția scuamelor în uree și amino-acizi și pe lângă acestea deficiența funcțiilor hepatice, s'ar putea considera eritrodermia drept o dermatită vicariantă.

A. Nanta subliniază raporturile eritrodermiei cu afecțiunile ganglionare și în special cu hipertrofia țesutului reticulo-endotelial, punând problema dacă acest țesut nu servește drept intermediar între leziunile viscerale și cele cutanate.

În privința tratamentului e de remarcat faptul următor: în eritrodermiile secundare, consecutive unei dermatoze maltratare sau în urma unei intoxicațiuni cronice, efectul terapeutic e net, producându-se după un timp mai scurt, sau mai lung dela aplicarea tratamentului; în eritrodermiile primitive a căror natură poate fi cunoscută sau nu, rezultatele terapeutice sunt neînsemnate, sau nule.

Evoluția afecțiunii în decursul tratamentului celor 4 cazuri de eritrodermie descuamativă expuse în prezenta lucrare, confirmă în totul această netă diferență între diversele forme de eritrodermie, din punct de vedere al rezultatelor terapeutice. Acțiunea preparatului Institutului de Igienă din Cluj a fost în perfectă concordanță cu principiile de mai sus, el a avut un efect terapeutic evident și prompt în cazurile de eritrodermie secundare și un efect minim în eritrodermiile primitive.

Sedința din 26 II. 1939.

*Dr. P. Țârlea, Dr. N. Păcescu:* **Streptococcide eczematoide generalizate.**

Copila U. M. de 5 ani, domiciliată în Cluj, se prezintă la consultațiile noastre în 16 I. 1939.

Antecedente heredo-colaterale. Mama prezintă leziuni dermatologice similare pe gât și regiunea retroauriculară stângă.

*Istoricul boalei.* De o săptămână i-au apărut erupțiuni numeroase pe abdomen, piept, spate și gât, iar în ultimul timp și pe față, ele nefiind acompaniate de nici un simptom subiectiv.

Ex. obiectiv.

Diseminat pe toată suprafața tegumentului, nerespectând decât palmele, plantele și pielea păroasă a capului, se prezintă

o erupțiune cutanată, constituită din plăci și placarde foarte numeroase, eritemato-scuamoase. La nivelul lor pielea este roz-roșietică, iar tabloul clinic predominat de niște scuame furfuracee, pe alocurea lameloase și resturi epidermice, mai cu seamă spre periferia plăcilor. Aceste erupțiuni au o formă neregulată, în unele părți discoide, în alte părți placarde cu aspect de hartă geografică. Erupțiunile depe trunchi și extremități, prezintă o ușoară infiltrație, cele de pe față fiind cu totul superficiale, constituite din scuame fine pe o piele ușor rozată, având aspectul pitiriazel albe.

Subiectiv nici un simptom.

Din partea celorlalte organe, nimic patologic.

Examinările micologice, negative.

În fața acestui tablou clinic, eliminând diagnosticul de pitiriază rozată, am încadrat această afecțiune în grupa exematidelor. Aplicând un tratament cu badijonări de alcool jodat 1%, la început parțiale spre a depista toleranța tegumentelor și apoi generale și obținând o vindecare promptă în decurs de o săptămână, am fixat diagnosticul după Sabouraud, de Streptococcide eczematoide.

Sub eczematoide, nume propus de Darier, se înțelege un grup de dermatoze eritemato-scuamoase, distribuite în pete și plăci, cari cuprind afecțiunile numite darts furfuracee, sau volante, sau pitiriazis al vechilor autori, până la erupțiunile franc psoriaziforme. Aceste eczematoide, din cauza frecvenței lor au fost de mult cunoscute de dermatologii, cari au întâmpinat greutăți în a le preciza natura și a le clasa, ceiace explică și numeroasele denumiri ce li s'au dat.

Darier distinge eczematoide figurate, eczematoide pitiriaziforme și eczematoide psoriaziforme.

Formele atenuate ale eczematoidelor pitiriaziforme, numite în mod curent darts furfuracee sau darts volantes, se observă mai ales la copii și indivizi cu pielea fină, de obicei pe față și gât. Aceste afecțiuni au în general o origină streptococică.

În 1904, Sabouraud arată că alături de impetigo, streptococul poate să formeze pe piele leziuni pur descuamative.

Dartrele volante ca și unele eczematoide pitiriaziforme, recunosc această etiologie, care a fost confirmată de numeroși autori. Aceste leziuni, numite de Sabouraud Streptococcide eczematoide, sunt actual admise de majoritatea dermatologilor.

Am prezentat acest caz, pentru aspectul clinic mai puțin comun, în clinică fiind obișnuiți cu astfel de streptococcide constituite din plăci reduse ca număr, localizate mai ales pe părțile descoperite. Deasemenea pentru a atrage atenția că față de oarecare greutăți întâmpinate în fixarea diagnosticului, un tratament adecvat, pe lângă rezultatele bune terapeutice, ne ajută la precizarea diagnosticului etiologic în unele dermatoze, a căror origină microbiană n'a fost admisă până în ultimul timp.

*Dr. P. Țârlea:* **Un caz de eritem anular centrifug Darier.**

La data de 16 Ianuarie 1939 se prezintă la consultațiile Clinicii bolnavii R. I. de 33 ani, volajor comercial din Oradea, cu o dermatoză, care cu mici intermitențe durează de 4 ani. În antecedentele eredo colaterale nimic important; în acele personale, la vârsta de 7 ani dizenterie, la 20 ani blenoragie complicată cu epididimită. În ce privește istoricul bolii actuale, bolnavul ne istorisește, că înainte cu 4 ani, a apărut în regiunea pectorală stângă o roșeață pruriginoasă, care se extindea repede în suprafață, luând configurații bizare și persistând luni de zile la nivelul pieptului. În decursul timpului erupțiunea a migrat pe toată partea anterioară a trunchiului, trecând apoi

CHOLERETIC  
DESENSIBILIZANT  
— DIURETIC —

# DYCHOLIUM

*Acid dehidrocholic*

TOATE INSUFICIENȚELE HEPATICE  
ICTERE  
LITIAZE BILIARE  
MIGRENE  
OLIGURII

Prezentare : Culi cu 6 fiole de 5 cc. conținând 1 gr. de dehidroclorură de sodiu de fiolă.  
Tuburi cu 20 comprimate de 0,30 gr. de acid dehidrocholic.

Posologie : 1 la 2 gr. în injecții intravenoase fiecare zi sau la câte două zile.  
2 la 6 comprimate pe zi, repartizate la începutul meselor, în perioade de zece zile.

98, Rue de Sèvres, 98 **THERAPLIX** PARIS-7° - Ségur 13-10

Propagandă Medicală » THERAPLIX « Str. Anastasie Simu No. 6. București III.

**GARGARISME CHAUVIN ANTISEPTOL**

AMIGDALITE  
CRONICE ȘI ACUTE  
LARINGITE, FARINGITE  
STOMATITE, GINGIVITE

TOATE INFLAMAȚIUNILE  
NASULUI, FARINGELUI  
NASAL ȘI BUCAL

RHINOFARINGITE SINUZITE HIPERTROFIA  
CORNETELOR, VEGETAȚIUNI DE NIVELUL  
CĂMINULUI

Se vor face gargarisme cu o linguriță la un pahar cu apă.

TRIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOL DE MENTĂ

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 25, BUCUREȘTI IV

și pe extremitățile superioare. Intre timp, au urmat și perioade scurte de remisiune. Erupțiunile actuale de la extremitățile inferioare datează de 6 săptămâni. Examen obiectiv: bolnav bine dezvoltat și nutrit. În mod aproape simetric, localizat la nivelul genunchilor, în dreptul regiunilor rotuliene și în părțile limitrofe, se prezintă o erupțiune cutanată compusă din plăci și placarde rotunde, ovale și cu configurație polciclică, sau din segmente de cercuri, având aceleași caractere morfologice, diferând doar în ce privește stadiul evolutiv. Astfel, în dreptul regiunilor rotuliene, se prezintă două placarde neregulat rotunde, formând un cerc deschis în partea internă, având dimensiunea unei palme de copil și conture polciclice. La nivelul lor se disting două zone: una centrală, ocupând toată aria placardului, cu tegumentele roz-gălbui, cu o nuanță lividă-brună și cu o descuamație fină, fără vreo infiltrație, sau altă modificare a tegumentelor. Zona periferică este constituită dintr'o brodură roșie vie, ridicată din planul pielii, lată de vreo 2 mm., net delimitată spre tegumentele sănătoase și în pantă dulce spre restul placardului. Consistența acestor margini este dură, reductibilă în parte prin digtopresune. Subiectiv, bolnavul acuză un prurit moderat. Din partea mucoaselor, a sistemului ganglionar, nimic anormal. Pulmonar câteva calcifieri hilare. Ca examinări de laborator: RW negativă, în urină nici un element patologic. Tabloul istopatologic arată un edem al corpului papilar, cu o ușoară infiltrație limfocitară, iar în chorion, infiltrație perivasculară, cu predominarea limfocitelor și a celulelor mastzellen. Bolnavul a fost urmărit de noi timp de o săptămână, leziunile evoluând în suprafață, mai cu seamă cele tinere. Tratatamentul, în lipsa unei etiologii determinate, s'a redus la autohemoterapie și desensibilizare cu thiosulfat de Sodiu și peptonă, iar local un antiflogistic sub forma unei paste cu acetat de Plumb și Ichtyol, în urma cărora, am obținut regresivitatea completă a placardelor mari.

Dermatoza aceasta rară, descrisă în 1916 de Darier sub numele de „eritem papulo-circlinat migrator și cronic” a cărei identitate cu erythema persians Jadassohn și cu erythema migrans Lipschütz și cu o serie de alte forme de eriteme figurate a format obiectul unor discuții foarte aprinse, azi este admisă ca o entitate morbidă sui generis, având două caractere patologice, ceea ce deosebește de celelalte eriteme, din grupa vastă, nesistemată a eritemelor persistente, asupra cărora, discuțiile școlii germane și franceze nici azi nu au adus o unitate de vederi. Aceste caractere sunt: prezența unor arcuri de cerc, roz-roșii, dure, care printr'o evoluție centrifugă, rapidă, acopăr suprafețe întinse. În căreva zile ele se fragmentează, tegumentele pe suprafața cărora au evoluat luând o colorație gălbuie și o descuamație furfuracee, ca apoi în scurt timp și acestea să dispară fără urme. Al doilea caracter al afecțiunii constă din absența oricărui proces de exudație. Aceste două caractere: prezența de eriteme figurate migratorii, cu brodura dură, ridicată în direcția evoluției centrifuge și absența fenomenelor exudative, o diferențiază față de urticaria cronică, eritemul exudativ multiiform, dermatita lui Duhring, erimele efemere girate, de erimele persistente sifilitice și tuberculoase (lupus eritematos), eczematidele și de erimele toxice fixe, afecțiuni, față de care am făcut diagnosticul diferențial și în cazul nostru. Problema etiologiei, rămâne deschisă, factorii etiologici incriminați: intoxicații alimentare, autointoxicații, stări infecțioase subacute și cronice (sifilis, tuberculide, reumatism), disendocrinii, nefiind confirmați decât în cazuri izolate. Afecțiunea pare a fi înrudită cu dermatita Duhring; în acest caz ar putea fi vorba de o alergoză, cunoscută fiind tendința mai nouă, de a încadra aceste afecțiuni în grupa stărilor de intoleranță.

Cazul l-am prezentat în dorința, de a Vă înfățișa tabloul clinic al eritemului anular centrifug, care constituie o raritate dermatologică nu numai la noi, ci și în serviciile mari din străinătate.

Dr. Leonida Pop și Dr. Iosif Mihalca: **Un caz de lupus eritematos subacut.**

Bolnava, în vârstă de 16 ani, necăsătorită, casnică, înțrătată în Clinica Dermato-Venerică la data de 18 Ianuarie a. c.

În antecedentele heredo-colaterale ale cazului observat de noi nu găsim nimic deosebit. În cele personale remarcăm o nefrită, înainte cu 2 ani, care a apărut în urma unei infecții a piciorului stâng.

Prima menstruație a avut-o la 13 ani, epocile catamentale succedându-se de atunci în mod regulat.

Boala actuală, la intrare în clinică, data de 3 luni, când a debutat cu febră și o erupție cutanată, sub forma unui placard eritematos, localizat pe dosul nasului. Erupția s'a extins repede la toată fața, apărând în același timp leziuni pe gât și ambele mâini. Totatunci a prezentat și o nefrită, bolnava fiind internată într'un spital din provincie și apoi în Clinica Medicală, unde a urmat un tratament dietetic și medicamentos. Cu tot tratamentul aplicat starea generală devenind din ce în ce mai rea, bolnava este transpusă la Clinica Dermato Venerică cu diagnosticul de nefrită, dermatită și eczematizație.

La examenul obiectiv al pielii, la intrarea în clinică, bolnava prezenta o erupție cutanată, localizată pe față, gât și mâini.

Erupția de pe față era formată din 3 placarde întinse, câte unul pe partea dreaptă și stângă a feței și altul în regiunea mentonieră.

Aceste placarde prezintă un contur neregulat, fiind delimitate de o margine netă, ușor ridicată. Suprafața placardelor, ridicată la același nivel cu marginile, este în mod difuz roșie eritematoasă, acoperită aproape în întregime de scuame întinse, pe alocurea observându-se emoragii subcutanate punctiforme și mici teleangiectazii stelate. Scuamele sunt ipercheratotice subțiri, ușor fisurate și aderente, iar după detașarea lor prezintă pe fața profundă numeroase ridicături conice cu aspect caracteristic de spini.

La baza placardelor se percepe un edem destul de pronunțat și o infiltrație discretă.

Diseminat pe pielea gâtului prezintă leziuni sub formă de plăci care ajung până la mărimea unei monede de 1 leu, au o culoare roșie eritematoasă, margini neregulate și net delimitate, ridicate sub forma unei borduri infiltrate, brodura fiind acoperită de mici scuame albicioase aderente. Centrul plăcilor este ușor scufundat pielea la acest nivel fiind subțire atrofică.

Localizat pe pielea frunții se observă leziuni cicatriciale, de mărimea unei boabe de linte-fasole, cu pielea ușor subțiată atrofică, de culoare roză sau albă-sidese, presărată cu pete brune iperpigmentate, aceste cicatrice fiind urmele leziunilor evolute.

Bolnava mai prezintă o erupție pe pielea degetelor, pe dosul mâinilor și pe palme, fiind formată din plăci roșii-eritematoase, acoperite de scuame subțiri albicioase, aderente și cu formațiuni spinoase pe fața lor profundă. Și pe suprafața acestor plăci se observă numeroase puncte emoragice subcutanate.

Gamblele în treimea inferioară și regiunile maleolare sunt ușor tumefiate, cu tegumentele de culoare palidă albă prezentând toate caracterele unui edem renal.

Semimucoasa buzelor este uscată și acoperită în parte de scuame albicioase și cruste brune emoragice.



**TION**  
GLUCONAT DE CALCIU 10%  
APR. DE ON. MIN. SĂNĂT. CU N° 30476

**ANTIREUMATICOERIU**  
LITIUMULFONAFENAT  
REUMATISM CRONIC  
REUMATISM ACUT  
SCIATICĂ  
LUMBAGO  
INTRAMUSCULAR NEDUREROS  
INTRA VENOS  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 220

**Thyobi**  
DR. OERIU  
THIOTARTRAT DE BISMUT  
ANTISIFILITIC  
BISMUT HIDROGENULUI  
PERFECT TOLECAT  
FIGOLE DE 1 CC.

**TILOR**  
BALANE CU OERIU  
DITHIOOXYBENZOAT DE SODIU SI AUR  
INDICAT ÎN:  
TUBERCULOZA PULMONARĂ  
LARINGITE TUBERCULOASE LUPUS  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 6540

**INTRA VENOS SAU INTRAMUSCULAR**  
**INJECTII INTRAMUSCULARE**  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂT. CU N° 142207

**LABORATORUL TION DR. OERIU**  
Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21  
Telefon 4.59.70 — 4.59.53

Subiectiv bolnava acuză un ușor prurit la nivelul leziunilor.

Ganglionii nu sunt măriți.

La examenul medical general bolnava este mijlocu dezvoltată și slab nutrită. Din partea organelor interne, în afară de un desen hilar mai accentuat, constatat radioscopic, nu prezintă simptome fizice. Bolnava este subfebrilă cu accensuni termice până la 37,5 C. Pulsul 80 pe minut, ritmic și bine bătut.

Bolnava pe lângă starea generală alterată se simte slăbită, astenică, cu pofta de mâncare abolită și prezintă vărsături incoercibile.

R. W. negativă. Azotul în sânge 160 mgr., iar clorurii 700 mgr. Examenul urinei: puroi și zahăr negative, albumina ad fundum petens, iar cu albuminometru Esbach 8 gr. ‰; în sedimentul urinar numeroase ematii, rare leucocite, cilindrii hialini, granuloși și ematici. Bacilul Koch prin colorare nu s'a putut pune în evidență în sedimentul urinar.

În baza debutului acut, a tabloului clinic și leziunilor cutanate, asociate cu o stare generală gravă și leziuni renale profunde, se pune diagnosticul de lupus eritematos, forma acută.

Bolnavei i-se continuă tratamentul pentru nefrită și primește ca tratament general vitamină C (inj. și tabl. Ceval) și tabl. Birobin. Contra vărsăturilor primește supozitorii Nautisan și pilule Vasano. Local se aplică comprese cu tanin și mixtură cu acid boric. Bolnava neputându-se alimenta se fac zilnic clisme cu ser glu ozat.

După internarea în clinică, pe lângă tot tratamentul instituit, starea generală continuă să se agraveze treptat și la o lună după internarea în clinică bolnava sucombă.

La autopsia făcută la Inst. de Anat. Pat. se găsesc următoarele leziuni: în ambele cavități pleurale se găsește cca. 200 cc. lichid serocitrin. Plămânii măriți de volum, lobul inferior stg. atelectazic, în ambii lobi inferiori pulmonari leziuni de bronchopneumonie, fără leziuni cu caracter bacilar. Prezintă un ganglion hilar calcificat.

Înima puțin mărită de volum, cavitățile dilatate, miocardul brun, ușor friabil.

Ficatul mărit de volum prezintă o degenerescență grasă.

Splina ușor mărită cu folliculi hipertrofiați. Rinichii mult măriți de volum, cu substanța corticală de aspect slăninosis presărată cu puncte mici roșii, îngroșată de 1 cm. având caracterele unei scleroze renale.

În axila stângă prezintă un flegmon care difuzează între mușchii interni ai brațului și sub mușchii pectorali. La deschiderea acestui abces se scurge un puroi gros filant, în care se pun în evidență stafilococi.

În lupusul eritematos se descriu 2 forme: una cronică benignă, și una acută sau exantematică, în care leziunile cutanate tipice sunt acompaniate de fenomene generale acute grave și de leziuni ale organelor interne (bronchopneumonii, nefrite, etc.), și care aproape totdeauna, duce în câteva luni la moarte.

În privința naturii comune a lupusului eritematos cronic și exantematic majoritatea autorilor sunt de acord. În privința etiologiei acestor boli ne găsim în fața unei probleme încă nerezolvate, din cauza rezultatelor discordante ale cercetărilor etiologice obținute de diferiți autori. Cu toată evoluția acută și leziunile profunde a numeroase organe, — ce ar denota în lupusul eritematos acut o septicemie — punerea în evidență a bacilului Koch, și în această formă, este greu de realizat, iar rezultatele cercetărilor de până acum nu sunt concludente.

Considerăm interesantă, pentru a putea fi menționată, părerea lui Millan, care cu toate că admite raportul dintre tuberculoză și lupusul eritematos cronic, consideră lupusul eritematos exantematic ca o varietate de eritrodermie streptococică, atașându-se astfel părerii autorilor anglo-americani, cari susțin că lupusul eritematos ar fi o infecțiune septicemică cu streptococi.

Am comunicat acest caz, prezentând interes prin raritatea lui, precum și pentru faptul că să atragem atenția asupra posibilității erorii de diagnostic, din cauza asociației leziunilor multiple posibile ale organelor interne, care ne fixează atenția, neglijând leziunile cutanate care de multe ori pot să fie discrete însă caracteristice pentru a putea face un diagnostic.

#### Prof. Dr. V. Bologa: Problema originii americane a sifilisului.

În privința originii sifilisului domnia două păreri:

După Americani, sifilisul ar fi fost importat în Europa de mateloișii lui Cristofor Columb în 1493.

Cealaltă părere este susținută de Sudhoff, Gaston Vorberg. Acești celebri istoriografi germani, afirmă că sifilisul a existat pe Continent din timpurile străvechi. În sprijinul tezelor au adus argumente foarte interesante, dar de o valoare discutabilă.

Americiștii se bazează în primul rând pe primele documente în care se amintește despre sifilis. Autorul Sahagun, după dictatul Mexicanilor, descrie o boală „Nanavati” care corespunde sifilisului cu toate manifestățiunile lui, în diferite perioade.

Oviedo, un medic spaniol, spune că după intrarea lui Cristofor Columb a tratat mateloișii de ai lui, suferind de sifilis.

În cronicile nobilului Las Cazes sunt documente asupra importării sifilisului din America.

Sifilisul s'a răspândit în Europa, găsind teren virgin și dând o boală foarte gravă, acută, epidemică, adeseori mortală.

Deci sifilisul a ajuns recent în Europa, în 1493, în timpul campaniei lui Carol al VIII-lea în 1496, producându-se răspândirea în toate țările Europei, la noi ajungând până la Brașov (1501).

Această argumentare a fost combătută de tabăra adversă prin următoarele:

a) Un os neolitic din Valea Petit-Morin prezintă alterațiuni suspecte de sifilis. Dar Aschoff ulterior a stabilit, că leziunile nu sunt sigure de natură specifică.

b) Gaston Vorberg susține, că bustul lui Socrate din Muzeul din Neapoli, prezintă semne de eredo-sifilis: nas în șea, strabism convergent stig., acestea însă nu s'au confirmat.

Sudhoff are argumente mai puternice:

a) Multe afecțiuni în evul mediu s'au vindecat cu mercur; acestea probabil erau de natură sifilitică.

b) O față publică din Rouen a fost dată afară din stabiliment în 1400, suferind de „gros mal” adică de sifilis, care astfel a existat și înainte de 1493 pe Continent.

Americiștii combat însă această argumentare, susținând

că „gros mal” s'a numit epilepsia. Eficacitatea Mercurului se observă și la alte afecțiuni, de ex. la sicoză.

În ultimii doi ani au intervenit două mari evenimente:

a) Cercetările de la Smithsonian Institute asupra mormintelor vechi din America și

b) Revizuirea de către Aschoff a osemintelor presupuse sifilitice din era precolumbiană (chiar preistorică), expusă cu un raport documentat la congresul din Germania în 1938, care a conchis, că în Europa n'a fost nici un os sifilitic înainte de 1493, deci rămâne o mare probabilitate pentru originea Americană a sifilisului.

#### Prof. Dr. V. Bologa: Un autor din secolul al XVIII-lea despre sifilisul ereditar.

Este vorba de medicul Nils Rosen von Rosenstein. Se știe că, până la Fournier, care a pus bazele cunoștințelor exacte asupra sifilisului ereditar, primul medic care a descris sifilisul congenital, înainte cu 350 ani, a fost chirurgul Amboise Paré. Un alt medic, Nils Rosen von Rosenstein pediatru, care a trăit între acești medici celebri, descrie modul de infecție al sifilisului congenital cu o exactitate uluitoare pentru epoca aceea.

## REVISTA CĂRȚILOR

**Noțiuni de laringologie clinică** de Prof. Dr. G. Buzoianu. 1 vol. de 363 pagini cu 166 figuri în text. Cluj 1939.

Activitatea științifică și didactică a Prof. Buzoianu așternută de pe acum în numeroase articole de reviste și volume este în curs. Ea urmează, ca să întrebunțez un termen consacrat în arhitectură, sistemul pavilionar. Este o construire lentă, în care se adaugă succesiv clădire la clădire, mergându-se către un tot care nu este încă isprăvit.

Volumul recent publicat este al 3-lea din seria celor care în ansamblul lor, formează marele tratat de oto-rino-laringologie românească.

Fie de la catedră, fie în societățile științifice sau la patul bolnavului, Prof. Buzoianu risipește din belșug comoara cunoștințelor sale și cu o dărnicie de nabab, pune la îndemâna celor care vor să se instruiască, tot capitalul experienței sale de clinician consumat și de profesor cu pasiune pentru catedra sa.

Noțiunile de laringologie clinică recent apărute, reprezintă fără îndoială una din operele cele mai reușite ale Prof. Buzoianu. De alfel D-Sa însuși, în prefața cărții, ține să precizeze că n'a scris-o „ca un contemplativ ci ca un om de acțiune”, așa cum în ciuda dificultăților de tot soiul a dovedit-o de când i s'a încredințat conducerea clinicei O. R. L. Scriind această laringologie, Prof. Buzoianu a ținut ca ea „să însemne și o impulsie de viață constructivă pusă în mâna discipolilor ei, în mâna laringologilor”, capabilă „a provoca o stare de lucruri mai bună în această ramură a patologiei”.

Aceste atitudini mintale și de suflet, demonstrează lămurit, chipul demn, în care Prof. Buzoianu înțelege să-și îndeplinească magistratura la care fost chemat. Până în cele din urmă, va trebui să se recunoască, că Prof. Buzoianu conduce azi carul O. R. L. românești cu o mână sigură și pe un drum bine ales.

Nu am intenția să intru în analiza detaliată a cărții, deși, nu este lipsit de interes, să arăt, că nu există noțiune

de laringologie oricât de neînsemnată care să nu figureze în aceste atât de modest intitulate „Noțiuni de laringologie clinică” și nu există chestiune din acest domeniu, care să nu fie pusă în concordanță cu ultimele date ale științei. Adăugați la aceasta un stil foarte curgător și o limbă românească aleasă, alături de o claritate pe care ne-am obișnuit s'o numim franțuzească deși poate fi astfel și originar românească, și veți înțelege entuziasmul cu care țin să recomand această carte, care într-o recentă împrejurare neplăcută, mi-a fost de un neprefuit ajutor.

Conf. Dr. P. Vancea

**Igiena și estetica părului** de *Docent Dr. Aurel Voina*  
Un vol. de 263 pag. și numeroase fiuguri în text, edit. Cugetarea, București 1939.

D-l Dr. Voina Docent al Facultății noastre și unul dintre cei mai autentici elevi ai școlii dermatologice de la Cluj, publică în edit. „Cugetarea” o importantă lucrare privitoare la igiena și estetica părului. Este al 2-lea volum din seria de lucrări în care D-Sa și-a propus să se „ocupe de igiena și estetica diferitelor părți ale corpului omenesc”.

Cu competența și talentul D-Sale de specialist recunoscut, D-l Docent Dr. Voina a reușit să dea la iveală o lucrare meritoasă nu numai din punct de vedere științific, dar și din punctul de vedere al concepției și al formei în care a realizat-o.

Ocupându-se rând pe rând, de rolul părului în viață, de structura și viața părului, de igiena părului sănătos, a părului uscat și gras, de estetica și de profesiionistii părului, D-Sa stabilește o mulțime de adevăruri din nefericire ignorate de imensa majoritate a oamenilor, fără să se plardă în detalii de prisos și fără să lase la o parte nimic important. O inovație în care am regăsit pe iubitorul de totdeauna a trecutului românesc în tot ce are el mai curat și mai specific național, o constituie capitolele privitoare la păr și folclorul românesc.

Cartea fiind destinată marelui public, dl Dr. Voina întrebuițează în mod intenționat un stil care departe de a fi de popularizare, este stilul unui iubitor de carte, stilul omului format în atmosfera bibliotecii. Deși scrisă pe înțelesul tuturor, igiena și estetica părului, va fi citită cu plăcere de toți iubitorii de literatură aleasă. Este cel mai frumos omagiu ce se poate aduce dlui Dr. Voina și personal îi doresc din toată inima să poată publica cât mai repede volumele promise în

prefața lucrării de care mă ocup aci. Publicul cetitor și literatura românească vor avea numai de câștigat.

Conf. Dr. P. Vancea

**Boala post-operatorie.** Reforma tratamentului chirurgical de *Dr. Liviu Câmpeanu*. Docent universitar. Tip. Cartea Românească București 153 pag.

Cu toată dezvoltarea pe care chirurgia, „cel mai pur triumf al biologiei”, a luat-o după ce marile probleme ale aseptiei și antiseptiei au fost rezolvate, într'un mare număr de cazuri timpul post operator este turburat de stări morbide, mai mult sau mai puțin grave, în directă legătură cu actul operator și privind starea generală a organismului.

Di Docent Câmpeanu, un emerit chirurg și om de știință, care de mulți ani prin diferite publicații sau conferințe atrage atenția asupra acestor stări, cărora le dă cu drept cuvânt numele de boală postoperatorie. a scos în ultimul timp un volum în care, bazat pe un bogat material clinic (peste 14 000 cazuri) fixează cadrul și terapia acestei boli.

Domnia-Sa considerând boala postoperatorie ca fiind constituită din „totalitatea turburărilor de ordin neuro-vegetativ, endocrinian, humoral, circulator și hemo-leucocitar deslănțuite de actul operator” cercetează în cele peste 150 pagini toate laturile problemei ce și-a pus.

În capitolul I vorbind despre factorii etiologici, consideră drept cauze determinante ale bolii: 1. șocul psihic, 2, intoxicația exogenă datorită anesteziilor, 3, traumatismul operator, 4, intoxicația endogenă urmare a absorției substanțelor toxice din plagă și în fine 5, dificultățile circulației periferice accentuate de imobilizarea celui operat. În continuare desbate patogenia bolii postoperatorii, simptomatologia, diagnosticul și prognosticul ei pentru ca la urmă să descrie tratamentul bolii care consistă înafară de chimioterapie în bioterapie, pentru care autorul pledează cu multă căldură.

În cap. II consacrat influenței anesteziilor asupra bolii postoperatorii după ce arată avantajile și defectele diferitelor anestezice, autorul consideră anestezia locală ca având valoare preponderentă deoarece „șocul operator se reduce la minimum” și „bioterapia cu ridicarea bolnavilor direct de pe masa de operație” se poate aplica fără inconveniente.

DRAGELE **UNTURĂ de FICAT de MORUN** GRANULE  
SOLIDIFICATĂ ȘI SARE DE CALCIUM

# CALCOLEOL

RACHITIZME  
DEMINERALIZAȚIE  
SCROFULOZE

DRAGELE ȘI GRANULE  
GLUTINIZATE  
INALTERABILE ȘI FĂRĂ MIROS  
GUST AGREABIL

TURBURĂRI  
ALE CREȘTEREI  
AVITAMINOZE

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

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

În capitolele următoare autorul arată pe baza datelor cunoscute ale fiziologiei, că imobilizarea bolnavului produce staza circulației periferică că mișcarea precoce este un adjuvant prețios în vindecarea celor operați. Impresiile câtorva bolnavi operați și sculțați precoce, redată textual sunt elocvente.

Aspectul economic și social al metodei sculțatului precoce (tratat în cap. VI) este tot atât de interesant ieftinind îngrijirea bolnavilor și redând muncii în cel mai scurt timp posibil pe cei operați.

O deosebită atenție merită în aceste vremuri tulburi când pe orizontul european aspectul războiului se conturează tot mai amenințător capitolul VII, unde autorul expune avantajile metodei sale pentru chirurgia de război. Reîtragerea și evacuarea răniților se va face mai ușor și din rândurile celor scoși din luptă se vor putea recupera un mare număr în timp scurt, ușurându-se în același timp munca brancardierilor.

În ultimul capitol se fac o serie de considerații critice asupra rezultatelor obținute prin tratamentul preconizat (îmbinarea anesteziei locale cu sculțatul precoce) înștrându-se apoi afecțiunile care se pretează la acest tratament, precum și puținele contraindicații.

În partea finală sunt expuse concluziile și o bogată bibliografie asupra chestiunii tratate.

Cartea scoasă în condiții tehnice excelente scrisă într'un stil de o claritate deosebită admirabil ilustrată este o plăcută și instructivă lectură pentru medic și chiar și pentru cei suferinzi pentru cari actul operator poate lua „un aspect calm liniștit și plin de optimism tonifiant“.

Dr. Nicolae Zolog.

## REVISTA REVISTELOR

### MEDICINA INTERNĂ

**Prontosil în meningita epidemică.** de R. Pongratz  
Clinica infantilă, Augsburg. Dtsch. med Wschr, 1937, nr. 26, pag. 1015.

Ținând seama că Prontosilul trece în lichidul cefalo-rachidian, Pongratz a încercat să sprijine la 3 copii cu meningită epidemică, injecția endolombară de ser cu doze mari de Prontosil.

1. Z. F. Copil de 1  $\frac{3}{4}$  ani. Se îmbolnăvește subit în ziua de 10. XI. 1936, iar în ziua de 12. XI. e internat cu tuberculoză miliară. Temperatura 40°, sensoriu pușin turburat, agilitatea redusă, sensibilitatea tactilă accentuată, reacția Kernig pozitivă, ceafa ușor rigidă, pupilele egale, reacționează bine. Tratament: 16. XI. ser antimeningococic intralombar și 20 cmc. ser antimeningococic intramuscular. Începând dela 17. XI., în fiecare zi 5 cmc. Prontosil intramuscular. Febra scade la 37,20, rigiditatea cefei dispăre, sensoriu e mai liber. În ziua de 20. XI., seara, starea generală din nou înrăutățită. rigiditatea cefii accentuată. Copilul geme foarte mult. Din nou ser antimeningococic intramuscular și intralombar (20 cmc.) în afară de aceasta Prontosil timp de 5 zile câte 5 cmc. Apoi începând dela 17. XI. până la 7. XII., câte 3 tablete pe zi, per os. În ziua de 23. XI., 37,3° starea generală bună, ceafa liberă. În ziua de 5. XII. 1936 temperatura devine normală, starea pacientului se ameliorează și se forti-

fică. În ziua de 18. XII. pacientul e vindecat și concediat din clinică.

2. Copil internat în ziua de 14. XI. 1936 (2 zile mai târziu), din aceeași cauză ca și primul. Puncție lombară: lichidul cefalorachidian ușor turburat, tensiunea urcată. Celule 1236/3 la cmc. predomină leucocitele. Cultură: meningococi. Tratament: 20 cmc. ser antimeningococic intralombar și intramuscular, zilnic 5 cmc. Prontosil intramuscular și de 3x1 tablete Prontosil per os. În ziua de 18. XI. 37°, sensoriu liber, rigiditatea cefei dispăre cu desăvârșire, copilul se poate ridica. 5. XII. copilul umblă liber, fără nici un fel de simptome meningitice. În ziua de 18. XII. este concediat din clinică fiind vindecat.

3. M. L., 2 ani. În ziua de 16. XI. internat pentru meningită și febră undulantă, sensoriu pușin turburat, ceafa foarte rigidă, reacția Kernig +, 40°. Puncție lombară: tensiunea mărită mult, lichidul cefalo-rachidian foarte turburat, celulele 2224/3. predomină leucocitele. Cultura: meningococi. Nu se administrează ser antimeningococic, ci numai Prontosil intramuscular, apoi 20 de zile câte 1 tabletă de 3 ori pe zi, per os. Deja în a 4-a zi, 37,4°. A doua puncție lombară (19. XI.) arată un lichid mult mai clar. Rigiditatea cefii a cedat considerabil. Starea continuă să se amelioreze. Temperatura aproape întotdeauna normală. În ziua de 12. XI. 1936, concediat din clinică, fiind vindecat.

### CHIRURGIE

**Un nou antiseptic (Zephirol)** Int. M. Dumitrescu.  
În serviciul de chirurgie al Spitalului Witting C.F.R. de sub conducerea dlui Dr. V. Săvescu, am experimentat noul antiseptic, preparat de casa »Bayer« numit „Zephirol“.

Înainte de a trece la expunerea rezultatelor țin să prezint metoda de lucru.

Se știe azi, că în toate intervențiile chirurgicale avem trei elemente, cari trebuiesc să fie sterile din punct de vedere bacteriologic: mâinile chirurgului, câmpul operator și instrumentele.

Pentru a vedea rezultatele la care putem să ne așteptăm dela noul antiseptic, am procedat astfel: din cele 20 intervenții în care am întrebuințat Zephirol-ul ca antiseptic, în unele cazuri l'am utilizat numai pentru aseptizarea câmpului operator; în altele numai pentru aseptizarea mâinilor și în restul cazurilor câmp, instrumente și mâini au fost sterilizate cu sol. de Zephirol.

Prepararea soluției gata de întrebuințare, am făcut-o după instrucțiunile recomandate de casa producătoare.

În toate cazurile instrumentele au fost fierte. Spălătul mâinilor a durat în medie 5 minute, spălarea făcându-se cu soluție de Zephirol 0,5%. Este de remarcat că, într'un litru de soluție gata preparată se spălau patru mâini (operator și ajutor). Spălătul se făcea prin simpla imersie a mâinilor în soluție și agitarea lor ca și cum te-ai spăla cu săpun.

Aseptizarea câmpului operator se făcea prin badjonări repetate și în diverse direcții timp de 2—3 minute, cu soluția 10% Zephirol.

Toate intervențiile au fost făcute în secția septică a serviciului, cu instrumente, care serveau și la pansarea supurațiilor.

Se știe că, dintre toate țesuturile economiei noastre,

# „GYNEK“ (PULBERE IRIGALĂ)

Comparațiune STABILĂ de Peroxyd și Trioximetilen  $(Na^2 O^2) + (CH^2 O)^3$   
Oxigen în statu nascendi.

Antiseptic genital neiritant, necolorant, fără chlor, netoxic, efect rapid și complet, necorosiv.

De 20 de ani rezultate clinice de neîntrecut, riguros controlate.

GYNECOLOGIE: Metrite, Salpingo-ovarite, Fluor — Albus. Secrețiuni vaginale muco-purulente, chiar refractare.

*Prin modificarea chimismului vaginal favorizează lupta saprofiților contra germenilor patogeni.*

OBSTETRICĂ: Adjuvant preventiv al infecțiunii patogeni.

Prevenirea infecțiunii endogene: Spălături vaginale zilnice în timpul sarcinei.

Prevenirea infecțiunii exogene: Spălarea vulvei înainte de facere.

Literatură și eșantion medical:

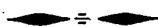
„GYNEK“ Brăila

tesutul grăos este acela care reacționează cel mai slab față de germenii patogeni.

Iată pentru ce șase din cele douăzeci de intervenții pregătite cu Zephirol, au fost făcute pentru extirpări de lipoame. Restul au fost intervenții pentru extrageri de corpi străini (ace), corecții de bonturi, desarticulații interfalangiene. În toate cazurile am avut cicatrizări per primam, nici un caz n'a supurat.

Evident că din aceste douăzeci de cazuri nu putem trage concluzii definitive. Dacă însă rezultatele pe sute sau mii de cazuri vor fi asemănătoare celor obținute de noi, Zephirol-ul va fi antisepticul viitorului, din următoarele considerente:

1. Suprimă mânușile.
2. Suprimă spălaturile mâinilor cu perii, lufe etc.
3. Nu produce iritații ale pielii după întrebuințări repetate.
4. Este mult mai eficient decât alcoolul, tct. Iodii etc.



## UROLOGIE

**Terapia cu acid mandelic în infecțiunile cu coli ale căilor urinare.** (Die Mandelsäuretherapie bei Kollinfektionen des Harntraktes) de Dr. J. Polke. (Uro'. abt. Rudolfsspital Wien). Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 26, 1939.

Între bacteriile cauzatoare ale cistitei, autorul distinge două grupe importante în raport cu comportarea lor față de uree: 1. Unele care descompun ureea în acid carbonic și amoniac, fiind prin aceasta foarte vătămătoare, producând o necroză a mucoasei vezicale; din această grupă fac parte proteusul, stafilococul și streptococul pyogen. 2. Altele, care nu descompun ureea; din grupa aceasta avem bacilul coli, bacilul lui Eberth, bacilul Koch, gonococul etc.

Este de mult timp bine cunoscută importanța reacției urinei în tratamentul infecțiunilor tractului urinar. În special e

de relevat sensibilitatea coli-bacilului față de mediul acid; pe aceasta s'au bazat toate tentativele terapeutice interne a cistitei datorite colibacilului. După încercările nereușite cu hexametilentetramină, mai nou acidul mandelic a ajuns medicamentul preferat în tratamentul infecțiunilor cu bacilul coli. Superioritatea acidului mandelic ( $C_6 H_5 CHOH. COOH$ ) constă în faptul că administrat intern, trece neschimbat în urină, unde în cazul unei acidități suficiente a urinei, are o puternică acțiune bactericidă mai ales față de colibacil și enterococ.

Autorul din cauza intoleranței survenite în decursul tratamentului cu acid și amoniu mandelic, a preferat administrarea preparatului Magnesium-Mandelat „Asta“, care e perfect tolerat de organism și astfel înlătură orice inconvenient al acestei terapii.

Bazat pe acest bogat material de experimentare, Polke distinge 2 grupe: 1. cistitele acute simple și 2. cistitele acute și cronice, care sunt datorite complicațiilor. În prima grupă a colinfecțiunilor, prin tratamentul cu Magnesium-Mandelat „Asta“; valoarea pH urinei între 5,4—5,0 e cea mai favorabilă acestei terapeutice.

E de relevat faptul, că în 70% din cazuri nu era vorba de o simplă cistită datorită colibacilului ci era și o infecție asociată cu enterococi, — și acești microbi sunt repede suprimați prin tratamentul cu Magnesium-Mandelat.

Bunele rezultate terapeutice trebuiesc puse și pe contul noului mod de preparare a medicamentului, a cărui dizolvare nu se mai face ca a celor dinainte în stomac, ci deabia în infestinel subțire, unde se face și resorbția. Prin aceasta sunt înlăturate orice tulburări supărătoare din partea stomacului (greață, vărsături) și totodată e posibil a se administra bolnavului doze masive în timp scurt, necesare unei acidifierei și distrugerii rapide a bacteriilor.

Terapeutică cu Magnesium-Mandelat „Asta“, este indicată nu numai în cazurile de cistite și pielite simple, ci și în cazurile de cistite produse prin complicații (hipertrofie de prostată, stricturi calculoză etc.), bineînțeles numai după ce s'a înlăturat

cauza primordială; durata tratamentului este între 6—11 zile. În aceste cazuri, pentru evitarea recidivelor, se recomandă prelungirea tratamentului încă vre-o câteva zile după dispariția microbilor din urină.

*Dr. Liviu Modran*

## VENEROLOGIE

**Chimioterapia blenoragiei.** (La chimiothérapie de la blennorrhagie) de *C. Levaditi*. *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*. Nr. 3—1938 pag. 99.

Din numeroasele lucrări apărute fie în Franța, fie în alte țări, asupra compuşilor p. aminofenilsulfamide, sau a derivaților benzenici sulfonați sau sulfoxidați, se desprind următoarele constatări: Acești compuși administrați per os, în blenoragia acută nu dau rezultate cu adevărat mulțumitoare; din contră în infecțiunile gonococice mai vechi, activitatea lor terapeutică e promptă și sigură în marea majoritate a cazurilor.

Din numeroasele comunicări relese pericolul legat de apariția unor accidente, nu prea grave, dar destul de dese, în urma administrării lor. Este fapt cert că un coeficient de partaj intervine în procesul chimioterapic între anumite celule al organismului și gonococ și că acesta nu se lasă atacat decât când aceste celule încep deja să sufere influența vătămătoare a medicamentului. Deci problema se complică prin faptul că, pentru ca acești compuși să-și exercite acțiunea curativă sterilizantă anti-gonococică, trebuie ca dozele să se apropie de pragul tolerabilității.

Levaditi este de părere că atâta timp cât va trebui să recurgem la asocierea corpurilor sulfamidați cu metoda spălăturilor lui Janet și cu vaccinoterapie, suntem încă departe de a fi realizat o adevărată chimioterapie specifică în blenoragie.

*Dr. Liviu Modran*

**Studiu fiziologic și istologic al spermatogenezei la cobai după administrarea de di-p. acetilaminofenil sulfonă: 1.399 F.** (Étude physiologique et histologique de la spermatogénèse chez le cobaye après administration de di p. acétyl aminophényl sulfone: 1.399 F.) de *P. Durel și V. Ratner*. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* No. 6, 1938 pag. 948.

Terapeutică antiblenoragică cu compuși sulfamidați a pus pe tapet chestiunea spermatogenezei, acuzându-se de diferiți autori o diminuare a numărului spermatozoizilor și o reducere a mobilității lor în urma acestui tratament.

Autorii au studiat în mod experimental la cobai: Într-o primă serie ei au luat 10 cobai la care au administrat 1 gr. de preparat „1.399” pe kilogram de greutate timp de 6 zile; administrarea a fost întreruptă 6 zile, după aceea din nou animalele au primit timp de 6 zile preparatul „1.399” F. În a II serie 9 animale au primit timp de 14 zile consecutiv 0,25 gr. de preparat „1.399” F. pe zi.

În general studiul fiziologic al spermatogenezei cobaiului, în cursul administrării de di p. acetyl-aminofenil sulfonă, n'a arătat decât modificări f. pasagere și care nu pot să aibă nici o însemnătate asupra capacității de reproducere a animalelor tratate.

Din punct de vedere istologic testicolii au arătat o structură normală.

*Dr. Liviu Modran*

## OTO-RINO-LARINGOLOGIE

**Importanța probelor vestibulare statice în diagnoza tumorilor frontale profunde.** Regula lui Muskens. de *M. g. de Morsier*. *Revue d'oto neuro-oftalmologie*. p. 430. Nr. 6 Iunie 1939.

Autorul examinează 2 cazuri clinice, un gliom al septului lucid drept și o tumoră chistică al extremității anterioare al nucleului caudat stâng. Numai proba mersului cu ochii închiși indica localizarea exactă a tumorii în partea verificată ulterior prin autopsie, pe când celelalte probe neurologice arătau partea opusă. Muskens a stabilit următoarea regulă că: deviația angulară în planul orizontal se face din partea leziunii când aceasta din urmă se găsește în segmentul supra comisural al căilor vestibulare centrale. Pentru acest autor nucleul caudat constituind centrul vestibular cel mai important.

Muskens a mai arătat că în acest caz deviația angulară în planul frontal se face din partea opusă leziunii.

*Dr. Țuleț*

**Osteom al etmoidului.** (Osteoma dell'etmoide). de *G. Lugli*. *Revista O. N. O. Martie-Aprilie 1939* pag. 118.

Autorul prezintă cazul unei fete de 17 ani cu un osteom al etmoidului operată. Discută datele clinice și radiografice cu ajutorul cărora se pune diagnosticul și pe care trebuiesc bazate tehnica chirurgicală și remarcă condițiile care fac ca intervenția să fie ușoară sau periculoasă. Între aceste condiții, afară de dimensiunile mari și propagarea la regiunile învecinate, cea mai mare importanță are caracterul de mobilitate relativă a osteomului care face posibilă o enucleare sau din contră osteomul este aderent sau chiar concreșcut cu pereții osoși.

Radiografia face posibilă această determinare precizând limitele și mai ales densitatea osteomului pe lângă structura țesutului înconjurător.

*E. Bodea.*

## INFORMAȚIUNI

— Domnii autori sunt rugați și pe calea aceasta cu insistență, să binevoiască a anexa la articolele care 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, plătit la preluarea traducerii.

# CARBARGIRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant,  
antitoxic, antiinfecțios.

In fermentațiuni, diaree, colibacilurie, sin-  
drom entero-renal toxic și infecțios.

DOZA: 1-3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmaciens, Paris XVI-e

# ISOCOLYR

## NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf.,  
chlor. de tetramethylthionin, aqua hama-  
mel., sol. adrenalina 1%, etc.

In cazurile de hiperaemie, blepharită, con-  
junctivită, etc.

Prezentsre: flacon — pipeta aseptică.

Doza: 2-3 ori pe zi 2 picături in fiecare ochiu.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85

**TION**  
GLUCONAT DE CALCIU 10%  
ANTIREUMATIC OERIU THIOBI  
LITIUMULFONAFENAT  
REUMATISM CRONIC  
REUMATISM ACUT  
SCIATICĂ  
LUMBAGO  
DR. OERIU  
THIOTARTRAT  
DE BISMUT  
ANTISIFILITIC  
BISMUT HIDROOXYBENZOAT DE SODIU SI AUR  
PERFECT TOLERAT  
FIOLE DE 1 CC.  
INTRAMUSCULAR NEDUREROS  
INTRAVENOS  
INTRA VENOS SAU INTRAMUSCULAR  
INJECTII INTRAMUSCULARE  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 30476  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 6340  
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 142207

„LABORATORUL TION” DR. OERIU  
Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21  
Telefon 4.59.70 — 4.59.53

---

---

In toate afecțiunile streptococice

# Prontosil

Erisipel, angină, scarlatină, septicemie post-partum și abortum, artrite infecțioase și meningite.

10 și 20 tablete de 0,3 g. Cutii cu 5 și 25 fiole de 5 cmc.

Admis și întrebuințat în serviciile  
Casei Asigurărilor Sociale din România.

---

---

BCU Hemostaticul fiziologic Cluj

# Manetol

Conține principii activi din măduva spinării.

In hemoptizii pulmonare, hemoragii ale cavității naso-faringiene,  
hemoragii intestinale, hemoragii ale căilor urinare.

Standardizat biologic. Efect reducător asupra duratei hemoragiilor.

Preventiv Pentru limitarea la minimum a pierderilor de sânge în intervențiuni chirurgicale.

Cutii cu 5 și 25 fiole.



»Bayer« LEVERKUSEN a Rh.

---

---

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România :  
„ROMIGEFA” S. A. R. București I. str. Brezoianu 53, Tel. : 3-9285 și 3-9286.  
Sucursala : Cluj, Calea Motoilor 18, Tel. 37-22